



HAL
open science

Ligatures : la reproduction des femmes indigènes au Guatemala, entre contrôles et résistances

Anaïs Garcia

► **To cite this version:**

Anaïs Garcia. Ligatures : la reproduction des femmes indigènes au Guatemala, entre contrôles et résistances. Sociologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2018. Français. NNT : 2018TOU20093 . tel-02481238

HAL Id: tel-02481238

<https://theses.hal.science/tel-02481238v1>

Submitted on 17 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE

En vue de l'obtention du DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par l'Université Toulouse 2 - Jean Jaurès

Présentée et soutenue par

Anaïs GARCIA

Le 23 novembre 2018

**-Ligatures- La reproduction des femmes indigènes au
Guatemala, entre contrôles et résistances**

Ecole doctorale : **TESC - Temps, Espaces, Sociétés, Cultures**

Spécialité : **Anthropologie sociale et historique**

Unité de recherche :

LISST - Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires

Thèse dirigée par

Stéphanie MULOT et Valérie ROBIN

Jury

Mme Arlette GAUTIER, Rapporteur

Mme Laëtizia ATLANI-DUAULT, Rapporteur

Mme Jules FALQUET, Examineur

M. Michel NAEPELS, Examineur

Mme Stéphanie MULOT, Directeur de thèse

Mme Valérie ROBIN AZEVEDO, Co-directeur de thèse



Université
de Toulouse

THÈSE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par : *l'Université Toulouse - Jean Jaurès*

Présentée et soutenue le *23 novembre 2018* par :

Anaïs GARCIA

- Ligatures -

**La reproduction des femmes indigènes au Guatemala,
entre contrôles et résistances.**

JURY

LAËTITIA ATLANI-DUAULT	Directrice de recherche en anthropologie à l'IRD	Rapporteuse
JULES FALQUET	Maîtresse de conférence HDR en sociologie à l'Université Paris Diderot	Membre du Jury
ARLETTE GAUTIER	Professeure de sociologie à l'Université de Bretagne Occidentale	Rapporteuse
STÉPHANIE MULOT	Professeure de sociologie à l'Université Toulouse Jean Jaurès	Directrice de thèse
MICHEL NAEPELS	Directeur d'études en anthropologie à l'EHESS, Directeur de recherche CNRS	Membre du Jury
VALÉRIE ROBIN AZEVEDO	Professeure d'anthropologie à l'Université Paris Descartes	Directrice de thèse

École doctorale et spécialité :

TESC : Anthropologie sociale et historique

Unité de Recherche :

Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires (UMR 5193) - CAS

Au cours de ces six années de thèse, beaucoup de personnes m'ont apporté des réflexions et du soutien, y compris dans les moments les plus difficiles. J'ai essayé d'en réunir une part essentielle dans ces deux pages. Je présente mes excuses aux personnes que j'ai oubliées.

Je tiens tout d'abord à remercier mes directrices de thèse Stéphanie Mulot et Valérie Robin Azevedo, pour la richesse de leur accompagnement, pour leur confiance, pour leur soutien.

Je remercie les membres du jury d'avoir accepté d'explorer mon travail et de le commenter.

Je remercie le LISST-CAS de m'avoir soutenue dans la réalisation de mes recherches.

Mes séjours sur le terrain de Huehuetenango ont été marqués par des expériences émotionnelles et réflexives intenses. Je remercie toutes les personnes qui m'ont entourée et accompagnée dans cette aventure.

Elsa, Raquel, Dalberta, Feliciano pour leur amitié, leur confiance, leur travail à mes côtés et leurs familles pour leur accueil. *Ustedes son la esencia de mi trabajo queridas.*

Les *patojas* et l'équipe de l'internat Ixmucané. Angélica, Mayali, Bertilia, Yomara, Ixmu. . . Celia *la chistosa por tu cariño.*

Les personnes dans les communautés pour leur partage et leur confiance, en particulier Elvira, Caterina, Petrona, Francesca, Alicia, Fortunato, Gonzalo. *Aprendí mucho a sus lados.*

Les personnels de santé d'Aprofam, de la clinique de planification familiale de l'Hôpital de Huehuetenango, du centre de santé de Todos Santos. *Convivimos tanto que nunca les olvidaré.*

Chiroy, Tony, Pily, Maria, pour m'avoir permis de me sentir protégée. *Cuidense también.*

Le groupe Actoras de Cambio et les organisations féministes de Huehuetenango. Giulia Maero, Amandine Fulchiron, Cecilia Merida et Aura Marina Yoc Cosajay, chercheuses et amies, qui ont facilité mon insertion sur le terrain et alimenté mes réflexions. *¡La lucha sigue chicas!*

Le centre de recherche, de documentation et de publication Cedfog où j'ai beaucoup travaillé, qui a tant œuvré à la compréhension des problématiques sociales huehuetèques et à la formation scientifique des *leaders* communautaires. Cedfog a disparu en 2017 faute de maintien des financements de la « coopération internationale ». Conchita, Jorge, *gracias por lo que lograron hacer con Cedfog y gracias por recibirme.*

Merci aux différentes institutions et associations scientifiques qui m'ont accueillie, qui m'ont proposé une collaboration, ou avec lesquelles j'ai échangé : le CRASC (Oran), le CEMCA (Guatemala), FLACSO (Guatemala), l'ENSIAS (Rabat), Women in War (Paris), Efigies.

Morgane, Rita, Lati, Mahmoud, les mots sont insuffisants pour vous signifier tout ce que vous représentez pour moi, et évidemment cette thèse ne serait rien sans votre amour, votre soutien et votre bienveillance quotidienne. Merci de m'avoir maintenue debout et insufflé de la force et de la combativité tant de fois.

Ma famille, Sista, Mama, Papa, Keylita, pour vous être adapté·e·s tant bien que mal aux complexités de mon mode doctorat, pour votre intérêt et votre valorisation, même après des corrections lourdes et interminables !

Le crew docts-CAS : un vrai bonheur ces six ans passés à vos côtés. Clara ma guru adorée love-love, l'indispensable Jeanne l'inventive, la pétillante Ariela la juste, la merveilleuse Magic-Marine, l'incroyable Abi de science fiction, Queen Aude la voix de la sagesse, l'extra-ordinaire Anélie la forte, Maxime my best co-rebut forever, Cyniq-Ben le rageux tout mignon... Je sais même pas comment on peut réaliser une thèse si vous n'êtes pas là pour y mettre tant de fun, de solidarité et d'esprit d'équipe.

Célia et Elsa pour leur accompagnement sociologique tout au long de l'expérience de thèse et lors d'un séjour sur mon terrain de recherche.

Alfonsina, Alice, Mounia, Leslie, Chiara, Irene pour la collaboration et la réflexion partagée.

Brahim Hamid et Boujemâa Ait-Kalati pour braver amicalement les aléas informatiques.

Salvador Montoya et Modesta Suárez pour les débriefings thèse improvisés.

Max pour la schématisation et Lotty pour la traduc. Les couz' vous êtes au top !

Les doctorant·e·s du CERS, de DR, de l'IRIT et d'Arpège, les membres d'ATRIA, le collectif précaire de l'Université du mirail.

Les footeuses de m***, la bande de la cité U, le DAL, le collectif pour des sexualités autonomes, toutes mes sœurs et tous mes frères de lutte.

Mes ami·e·s, mes proches, mes camarades, qui ont fait preuve d'intérêt, de chaleur, de patience et de compréhension. Diane, Fanny, Clara, Renata, Ma'en, Beto, Steve, Amilhoux, Amadou, Junior, Frantz, Rein, Catia, Hadrien, Mahamoud, Yacin, Fethi, Carmen, Wilfrido, Augusto, Gabi, Jordi, Muhammad, Khalid, Estrellita, Gabo, Julie, Litos, Jero, Felipe, Francisco, Igwee, Juan, Adjji, Erasme, Mohamed, Yaser, Eddo, Ludovic, Ibrahim, Debo, Hikma, Don Christ, la famille Ebengo, Momar, Bassam et ses enfants, Cheikhouna, Ahmad, David, Fab, Simon, Patience, Sergio, Tabou, Nabeel, Amine, Evy, Émilie, Willy, Maud, Jenni, Tzutu... et tant d'autres !

Table des matières

Prologue / Ouverture	11
Introduction	17
1 Carences dans les études sur la planification familiale au Guatemala	20
2 Anthropologie et santé de la reproduction	21
3 La question reproductive dans les études féministes	22
4 Intersectionnalité et gouvernement des corps	23
5 Contexte néo-libéral et de post-conflit	24
6 Articulation scientifique et perspective globale de l'analyse	25
I Présentation du terrain	29
1 Éléments contextuels	31
I Identités culturelles, territoires, société et colonialisme au Guatemala	32
II Une structure sociale, ethnique et politique héritée des inégalités face à la propriété de la terre	35
III La guerre (1960-1996) et l'exacerbation des tensions sociales	40
IV La région de Huehuetenango, au cœur de la violence et de la mondialisation néolibérale	41
2 Accès aux terrains et choix méthodologiques	49
I Terrain auprès d'acteurs institutionnels	49
1 Sonder le discours institutionnel à partir des sources écrites et audiovisuelles	49
2 Décortiquer les postures institutionnelles dans des entretiens avec des administrateurs locaux	50
II Terrain au sein des structures de santé	51
1 Accès au terrain des professionnel-le-s : nécessité de l'observation participante	51
2 Limites du terrain auprès de patient-e-s	54
III Terrain dans la ville de Huehuetenango et dans plusieurs communautés	54
1 Le terrain en dehors du terrain : utilisation de discours urbains variés	54
2 Questionner la vie sexuelle et reproductive : entretiens formels et informels	55
3 Le recours à des interprètes : enrichissement des dynamiques d'entretien	56
3 Considérations réflexives	59
I Traiter des données complexes	60
1 Des données essentielles à l'épreuve de la déontologie	60
2 Interprétation des silences et des détours discursifs	61
2.1 Repérage des stratégies de contournement	61
2.2 Les détours discursifs : un héritage du conflit armé ?	64

2.3	Intégrer les détours discursifs à l'analyse : apports et risques de surinterprétation	65
II	Usages des attributs de l'anthropologue	67
1	La « docteure » étrangère blanche	67
2	Le genre de l'anthropologue dans la relation d'enquête	70
2.1	Accéder aux hommes	72
2.2	Accéder aux femmes	74
III	Difficultés de la distanciation et dangers de l'imprégnation	76
1	Rester chercheuse en permanence ?	77
2	Gérer les situations et les récits de violence	80
2.1	Normalisation de la violence	80
2.2	Traitement éthique de la question de la violence	81
2.3	Risques de la posture critique sur le terrain	81

II Des politiques de planification familiale 85

4 L'encadrement de la reproduction : du global au national 89

I	La santé, les femmes et la reproduction enjeux du « développement » global	90
1	Un développement néo-libéral	90
2	La santé globale	92
3	Le genre, un axe fort des politiques de développement	94
4	Émergence des droits reproductifs onusiens	95
II	Le néo-malthusianisme au sein des perspectives de développement	98
III	Les programmes de planification familiale au Guatemala	102
1	Cadre institutionnel des programmes guatémaltèques de planification familiale	105
2	Partenariat financier contraignant	107
2.1	Présence et exigences d'USAID	109
2.2	Des objectifs chiffrés à atteindre	110
2.3	Vers la massification ciblée des méthodes durables et définitives	114
3	Clientélisme et corruption	116
3.1	Une « culture de la corruption » omniprésente et naturalisée	116
3.2	Corruption et santé publique	118
3.3	Liens forts entre détenteurs de pouvoir à toutes les échelles	119
3.4	La lutte contre la corruption comme moyen d'ingérence états-unienne dans le champ politique guatémaltèque	120

5 Normer la reproduction, contrôler la population 123

I	Les dispositifs sanitaires et éducatifs locaux	125
1	Associer l'éducatif au sanitaire	125
1.1	Éduquer : informer ou promouvoir ?	125
1.2	Formation des personnels de santé	126
2	Privilégier l'éducation aux normes néo-malthusiennes à l'information sur les méthodes contraceptives	130
3	La charla : mode de transmission du discours éducatif à destination des mères	132
II	Construction d'une norme procréative	135
1	Informer pour normer	135
2	Éduquer des (futurs) mères à être « responsables »	139

3	« Ladiniser » la reproduction nationale	144
III	Santé reproductive et planification familiale	147
1	Lier santé materno-infantile et planification familiale	147
1.1	Les visites médicales de « contrôle » de la mère et l'enfant	147
1.2	Baisser le taux de mortalité materno-infantile	150
1.3	Accouchement médicalisé et stérilisation	152
1.4	Primat des impératifs néo-malthusiens sur la santé des femmes	155
2	Intégrer les comadronas (sages-femmes traditionnelles) aux dispositifs	156
IV	Le contrôle et la contrainte	160
1	Le pouvoir bio-médical	160
2	Cibler des populations « vulnérables »	163
3	Conditionner pour faire adhérer	165
4	Les politiques autoritaires envers les populations rurales indigènes	167

III Des personnels de santé guatémaltèques 171

6 Servir la nation en régulant la reproduction des mères indigènes 175

I	La question reproductive au prisme du racisme	175
1	Culturalisme politique guatémaltèque : de l'altérité à l'inégalité	175
1.1	Une culture nationale ladina	175
1.2	Gestion de l'altérité indigène	181
1.3	Les perspectives multiculturelles	183
1.4	Santé interculturelle et ethno-gouvernementalité	185
1.5	La référence au modèle occidental	188
2	Stigmatisation des comportements « indigènes » en matière de reproduction	191
2.1	Ignorance supposée des indigènes et diffusion de « rumeurs négatives »	192
2.2	Les représentations racistes et stéréotypées de la culture indigène	196
2.3	Appropriation raciste des argumentaires néo-malthusiens	198
II	Un esprit missionnaire de la planification familiale	202
1	Mission humanitaire, spirituelle, éducative et civilisatrice des profession- nel-le-s	203
1.1	Homologies avec une action à caractère humanitaire	203
1.2	Des personnels de santé évangélistes	205
1.3	La « ladinité » médico-sociale	207
2	Politiser les professionnel-le-s, dépolitiser les patient-e-s	209

7 Conformer les femmes indigènes à la norme procréative 213

I	Les femmes indigènes sur la ligne de mire	213
1	Différencier les traitements selon ethnicité, sexe, classe.	213
1.1	Définir, catégoriser et orienter les patient-e-s	214
1.2	Une plus grande liberté contraceptive pour les femmes ladinas ?	217
2	Féminisme colonial	219
2.1	« Lutter contre le machisme » par le contrôle reproductif des femmes indigènes	220
2.2	« La femme indigène », figure docile	225
2.3	Représentations de la sexualité indigène	228
3	S'appropriier légitimement le corps des femmes indigènes	234
3.1	Définition et négation du consentement	234

3.2	Rapport collectif et public à la santé reproductive des femmes	238
II	Nuances de la norme procréative à l'épreuve du terrain	241
1	Ambiguïtés des postures des professionnel·le·s : Différences discours/pratiques	242
1.1	Patientes indigènes, personnels de santé ladinos : Des modes de vie et des appréhensions du corps et de la santé pas si éloignés	242
1.2	Dépassement de la dichotomie professionnelle-patiente par le genre et l'ethnicité	245
2	Une prestation qui s'adapte aux conditions quotidiennes d'exercice	248
2.1	Le fonctionnement difficile et aléatoire des services de santé reproductive	248
2.2	Trancher entre responsabilité de l'État et responsabilité des populations	250

IV Des femmes indigènes rurales 253

8 Une cosmovisión indigène de la planification familiale ? 257

I	Exprimer et penser la planification familiale	257
1	Vocabulaires de la contraception	257
1.1	Nommer la planification familiale et les méthodes contraceptives	257
1.2	« L'opération »	260
1.3	Le transfert du vocabulaire des professionnel·le·s	264
2	Des idées approximatives ou fausses de la contraception ?	266
2.1	Des représentations issues des professionnel·le·s ?	266
2.2	Dé-ligaturer	269
2.3	La (dé)régulation des menstrues	270
3	Les expériences comme support	275
3.1	Des représentations issues de ses propres expériences contraceptives	276
3.2	Des représentations issues des expériences des femmes les plus proches	278
3.3	La référence à « une femme de la communauté » - le statut de la rumeur	282
3.4	L'expression d'une condition corporelle commune	285
II	Calculer le nombre d'enfants souhaité et leur espacement	289
1	Aléatoire de la vie précaire face à la notion de « planification »	295
1.1	Une précarité qui multiplie le nombre de grossesses	296
1.2	Une précarité qui limite le nombre d'enfants	299
1.3	Dimension inexplicable dans le phénomène reproductif	302
1.4	Associer planification, aléatoire et précarité dans le choix d'une contraception	303
2	Intégration partielle de la norme procréative institutionnelle	307
2.1	Un idéal qui correspond au modèle institutionnel	307
2.2	Intégrer la norme pour s'intégrer soi	308
2.3	Adhésion résignée au modèle normatif	309

9 Normes de genre, rapports à la sexualité et logiques reproductives 311

I	Planification et patriarcat	311
1	Risques et inégalités dans la sexualité pré-conjugale	311
2	L'union comme perspective d'émancipation - la grossesse comme perspective d'union	313
3	Résidence patrilocale et preuve de la capacité reproductive féminine	317
4	Négociation et pouvoir conjugal dans la décision de planifier	320
II	La planification, une responsabilité féminine	321

1	Assumer une paternité : choix le moins intuitif	322
2	Le refus masculin de perte de fertilité	329
III	Des sources d'informations pour les hommes ?	331
1	Les espaces masculins d'information : la question sexuelle avant la question reproductive	331
2	De l'omission de s'informer au refus de transmettre l'information	334
IV	Articulation entre planification et santé reproductive	338
1	Expériences dures en santé reproductive	339
2	Impact des effets secondaires	340
3	La stérilisation comme solution aux effets secondaires	341
V	Des pratiques liées à des modes de vie en mouvement	343
1	Planifier en milieu rural	343
2	Approche générationnelle	347
2.1	Génération de femmes, générations de normes reproductives ?	347
2.2	La critique de l'union précoce	351
10	Stratégies féminines de planification familiale	355
I	Trouver de l'information	355
1	Des réseaux de partage d'expériences entre femmes	356
2	S'informer hors du cercle proche	361
2.1	Les travailleuses du sexe	361
2.2	Les femmes étrangères occidentales	362
2.3	Trouver une brèche informative auprès des professionnel-le-s de santé	363
II	Planifier non-médicalisé	368
1	« Planifier naturel »	368
1.1	Remèdes à base de plantes	368
1.2	« Méthodes naturelles »	370
2	Des méthodes « impensées »	371
2.1	La virginité et le retard de l'âge du mariage	373
2.2	La migration	375
2.3	La circulation des enfants : confiage, adoption, maternage	376
2.4	L'infanticide par l'abandon	379
2.5	L'avortement	380
III	Contourner les injonctions contraceptives	384
1	Stratagèmes de contournement des injonctions institutionnelles	385
1.1	Instrumentaliser les représentations sur l'indigénité	386
1.2	Banalisation du mensonge face aux personnels médicaux	390
1.3	Mettre en place une dynamique collective de résistance	393
2	Stratagèmes de contournement des injonctions familiales et communautaires	395
2.1	Se cacher pour planifier	395
2.2	Travail de transmission des informations	397
IV	Un corps féminin qui doit rester autonome et puissant	400
V	Des violences et des citoyennetés post-conflit	411
11	Un continuum de violences	415
I	Les dangers des institutions étrangères et ladinis : entre mythes et réalités	416
1	L'origine des rumeurs	418

2	Expériences indigènes des mauvais traitements	421
3	La peur du Ladino/de l'étranger et la menace de lynchage	423
II	Une guerre sans fin	426
1	Violences, politiques répressives et citoyennetés	426
1.1	Une société violente héritée du conflit ?	426
1.2	La réactualisation du système de patrouilles d'auto-défense civile	428
1.3	Politiques répressives de <i>mano dura</i>	430
1.4	Craintes répressives diffusées par les institutions sanitaires	431
1.5	Illustration du continuum de violence au sein d'une communauté	433
2	L'incorporation de la violence	435
III	Une citoyenneté féminine empêchée par l'atteinte au corps	437
1	Des violences gynécologiques au féminicide	437
1.1	Banalisation des atteintes à l'intégrité corporelle des femmes	437
1.2	Émergence et instrumentalisation du féminicide	440
2	La sexualité et la santé reproductive affectées par les violences	443
IV	Un État qui crée et renforce l'oppression patriarcale	445
V	Aspirations et choix de vie des femmes	451
1	Des possibilités d'études limitées	451
2	La conjugalité comme frein à l'épanouissement personnel des femmes	454
3	La migration comme perspective d'avenir	457
12	Enjeux des résistances indigènes	461
I	Reconnaissance du génocide et politiques multiculturelles en post-conflit	463
1	Un procès historique pour génocide	463
2	Mémoires de la guerre et mayanisation	465
3	Assigner et cantonner les femmes au rôle de reproductrices de la culture maya	469
4	Mayanisation et patriarcat	474
5	Impacts du contrôle communautaire et familial sur le corps des femmes	476
II	Essentialisation de l'identité féminine indigène	479
1	Usages du vêtement indigène féminin	479
2	Incarnation de la nature	481
3	Une socialisation genrée traditionnelle	482
III	Formulations intersectionnelles des femmes indigènes	487
1	Conscience des rapports d'oppression imbriqués	487
2	Les perspectives émancipatrices au cours de l'histoire locale	490
3	Un féminisme indigène pour la vie, le corps et le territoire	493
	Conclusion	496
	Épilogue	501
	Bibliographie	505

*« Les enfants latino-américains continuent obstinément à naître
et à revendiquer leur droit naturel à une place au soleil
sur ces terres magnifiques qui pourraient offrir à tous
ce qu'elles refusent à presque tous »*

*- Eduardo Galeano -
Les veines ouvertes de l'Amérique Latine¹*

1. Galeano, *Las venas abiertas de América Latina*.

Prologue / Ouverture



Ana, Eva, Lena

Histoires de trois femmes indigènes mam d'une communauté de Huehuetenango

Ana prépare les tortillas en me racontant son alphabétisation tardive durant son exil au Mexique au cours de son adolescence. Elle s'y était réfugiée pour fuir les violences sexuelles et les massacres des années 1980, perpétrés par les groupes militaires et paramilitaires. Ses parents et neuf de ses frères et sœurs sont restés à proximité du village pour limiter les pillages et les destructions, en se cachant régulièrement. Certain·e·s étaient proches de la guérilla, comme Ana. À sa majorité, Ana est revenue au Guatemala, a travaillé dans les plantations de la côte et s'est mise en couple avec un autre saisonnier. Éprouvée par ce travail harassant et mal payé, Ana profite du retour d'une certaine stabilité politique pour rejoindre sa communauté. Les femmes mam n'héritent pas des terres familiales, mais Ana demande alors à son père de lui donner un terrain comme à ses frères pour qu'elle et son mari puissent cultiver du maïs, des haricots, des fruits, des légumes pour leur propre consommation et du café pour le vendre. Elle tombe enceinte de sa fille Eva à 22 ans. Durant sa grossesse, elle souffre de lourdes infections vaginales, et de douleurs abdominales, qu'elle attribue à la maladie du *susto*, contractée pendant la guerre, en raison de la peur et des violences. Elle frôle une fausse couche, d'autant qu'elle travaille dur dans les champs. Son deuxième enfant, Derek, naît dans des conditions encore plus difficiles, quatre ans plus tard. Lors d'une consultation à l'hôpital, un personnel médical pose un stérilet au cuivre à Ana. Elle le gardera 11 ans, soit une année au-delà de sa péremption, parvenant difficilement à négocier dans les structures de santé le retrait du stérilet sans qu'on lui en remette un nouveau ou qu'on la stérilise. Ana voulait avoir un autre enfant, car elle était souvent seule à la maison. Elle tombe enceinte trois mois après le retrait du stérilet. Cela la surprend, car elle adhère partiellement aux rumeurs qui circulent dans son village sur la réputation stérilisante de l'usage de méthodes contraceptives médicalisées. Pendant sa grossesse, elle travaille dans des plantations de la côte pour financer les études de ses deux adolescent·e·s. Elle a toujours trouvé important que ses enfants étudient, car elle leur souhaitait une condition sociale meilleure que la sienne. Elle ne voulait pas qu'ils soient pauvre et discriminés comme elle. Comme pour ses deux aîné·e·s, elle tente d'accoucher chez elle de son troisième et dernier enfant, Marcus. Face aux complications présagées par la sage-femme, elle se résigne à faire une césarienne à l'Hôpital public de Huehuetenango, même si elle craint d'y mourir ; les institutions médicales font peur dans sa communauté, car elles sont vécues comme un espace de danger et d'oppression. Il est très rare que des femmes de la génération d'Ana aient si peu d'enfants dans la communauté. Selon plusieurs de ses amies, Ana a pu gagner en liberté, entre autre dans sa gestion reproductive, par le fait qu'elle soit propriétaire de sa maison et de terres cultivables. Elles estiment qu'il est plus difficile de prendre ses propres décisions en résidant chez la famille de son mari, comme c'est l'usage. Ana s'entend relativement bien avec son conjoint, sauf quand il boit et n'assume pas les tâches qui lui reviennent. Il travaille dur, sur leurs terres dès qu'il peut, dans les plantations de la côte quand il faut ramener plus d'argent. Il est sûrement l'un des seuls hommes de la communauté qui utilise des préservatifs comme moyen de contraception avec son épouse, la responsabilité contraceptive incombant le plus souvent aux femmes. Il soutient également Ana lorsqu'elle exige des autorités communautaires des réparations ou une protection, pour les femmes violentées qui viennent lui demander de l'aide. Il s'est d'ailleurs fait passer à tabac plusieurs fois par des hommes de la communauté, qui préfèrent voir se perpétrer un ordre patriarcal violent : « Tiens ta femme ! » lui a t'on dit. Il faut dire qu'Ana est une des femmes qui participent le plus activement à la vie politique de sa communauté, et cela dérange. D'autant que dans l'exil et le refuge, elle s'est formée à des idéaux révolutionnaires et à l'organisation solidaire entre femmes. Sans spécifiquement chercher à les transmettre à sa fille Eva, celle-ci s'en est imprégnée. Ana continue de préparer les tortillas tout en regardant de façon bienveillante et fière Eva qui danse avec sa petite-fille.

Eva a 21 ans. Elle est la première femme diplômée de la communauté. La plupart des voisines de son âge ne sont même pas allées à l'école, d'autant que les instituteur/rice-s sont souvent absent-e-s car ils/elles viennent de très loin et sont mal payé-e-s. Eva est elle-même qualifiée en tant qu'institutrice, mais elle a préféré saisir l'opportunité de travailler comme animatrice et coordinatrice d'activités pour une organisation de femmes. Elle complète son salaire en fabricant des sucreries qu'elle vend au marché à deux heures de route. À 16 ans, Eva fréquentait un homme résidant dans le chef-lieu municipal, marié et père de deux enfants. Afin de ne pas exposer une sexualité active, Eva n'a pas envisagé de chercher une méthode contraceptive au centre de santé municipal. Elle était consciente des risques, grâce à la prévention en milieu scolaire, mais surtout par les informations glanées discrètement dans les paroles d'autres femmes. Elle demandait à son compagnon de pratiquer le coït interrompu. Elle est malgré tout tombée enceinte. Son compagnon fut heureux d'apprendre cette grossesse accidentelle et assura qu'il s'occuperait des deux familles. Puis, il a interdit à Eva de voir ses ami-e-s, de sortir sans sa permission. Elle n'a pas supporté et lui a déclaré que, dans ces conditions, elle préférait élever seule sa fille. Il a alors estimé qu'il n'avait pas à assurer la charge économique de l'enfant. Il vit toujours avec sa famille « officielle » et ne donne rien à Eva. Quand il la croise par hasard, il lui dit encore aujourd'hui qu'elle ne doit pas faire n'importe quoi, qu'elle doit être une fille respectable... Au début de sa maternité, elle a fréquenté un autre homme qui lui a proposé de se marier et de reconnaître l'enfant. Désillusionnée, Eva a décliné cette proposition comme les suivantes, tout en gardant une sensibilité romantique. Sa fille Mel est née par césarienne à la clinique de l'ONG Aprofam de Huehuetenango, bien qu'Eva aurait aimé accoucher chez elle avec l'aide d'une voisine sage-femme. Mel est tombée gravement malade plusieurs fois, mais le poste de santé de la communauté a toujours été vide de matériel et de personnel. Une nuit où le risque était vital, Eva a dû se résigner à amener Mel en urgence à Huehuetenango. Pour payer un homme de la communauté qui les a emmenées en voiture, ainsi que les frais médicaux, elle a dû emprunter de l'argent, car la somme dépassait trois mois de son salaire. Le transport est compliqué dans cette communauté de montagne. Les habitants se sont battus pour qu'un bus passe tous les jours à l'aube, et ont obtenu cela récemment. À pied, il n'existe qu'un seul moyen d'atteindre rapidement la route ou la municipalité, après 2h30 de marche sur un chemin réputé très dangereux : il y aurait des vols, des viols et des assassinats. Eva est souvent amenée à se déplacer, dans le cadre de ses activités professionnelles. Comme elle est souvent absente ou occupée, c'est sa mère, Ana, qui s'occupe principalement de Mel. L'économie de toute la famille dépend des revenus d'Eva. Elle veille seule aux besoins de sa fille et rembourse aussi les frais de construction de sa petite maison, sur le terrain de sa mère. Quand elle aura terminé, elle tentera d'économiser pour pouvoir reprendre ses études, tenter d'entrer à l'université. Une bonne partie de l'argent qu'Eva donne à ses parents est investie pour financer les études de son petit frère Marcus. Enfin, elle subvient aux besoins de Milky, le fils de son frère Derek et de sa 'belle-sœur' Lena.

Lena est occupée à faire la vaisselle avec Milky entre ses pattes, mais elle regarde amusée Eva et Mel qui dansent. Lena est d'une communauté voisine. Elle n'a jamais reçu d'informations sur la contraception avant de tomber enceinte d'un rapport avec Derek, auquel elle a cédé, ou bien consenti, elle ne sait pas trop. Alors qu'elle avait 13 ans, elle flirtait avec lui à la sortie de l'école, « *il a insisté et c'est simplement arrivé* ». Le père de Lena a alors exigé des parents de Derek qu'ils prennent chez eux sa fille et le bébé, et qu'ils donnent une somme compensatoire. En anthropologie on appelle ça « le prix de la fiancée » ; les personnels des institutions guatémaltèques appellent ça « acheter/vendre une femme » ; les mam qui le pratiquent ont des dizaines de manières de nommer et de pratiquer cette transaction matérielle, en fonction des différentes situations de mise en concubinage, liées aussi à des paramètres nouveaux d'études, de migrations... Ana et son mari se sont endettés pour donner la somme demandée par le père de Lena. Elle correspondait à la somme qu'il avait dépensée pour sa fille afin qu'elle étudie, ce qu'elle ne pouvait plus faire à présent dans sa nouvelle situation de jeune mère. Lena préférerait accoucher dans la communauté avec une sage-femme, malgré les risques liés à son jeune âge. Au delà du confort d'une naissance chez soi et de son prix réduit, elle craignait aussi des maltraitements dans une structure médicale, en répression du fait d'être une jeune fille indigène, tombée enceinte avant ses 15 ans. Peu de temps après la naissance de son bébé, Lena a eu un accident dans un pick-up de transport collectif qui rejoint le chef-lieu municipal où elle allait vendre quelques denrées au marché. Elle a utilisé des béquilles pendant plus de six mois et ne pouvait ni porter son bébé, ni sortir de la maison, car le chemin est trop pentu. Elle ne pouvait donc ni rapporter de l'argent, ni réaliser de travaux domestiques. Cette période a été dure financièrement et physiquement pour la famille, d'autant que Derek, qui avait 17 ans, passait son temps dehors avec ses amis au lieu de travailler avec son père, d'aider à la maison ou de s'occuper de son enfant. Peu de temps après, Derek a pu réaliser son projet de partir clandestinement aux États-Unis avant ses 18 ans. Il a convaincu ses parents de mettre une partie de leur terrain en hypothèque pour financer son voyage, en les assurant qu'avec ce qu'il gagnera aux États-Unis, il pourrait participer à une bonne part de l'économie familiale. Arrêté par la police migratoire à son arrivée, il s'est endetté auprès d'un co-détenu pour payer sa caution. Mineur, il pouvait rester sur le territoire, mais il fût contraint de dépenser tous ses premiers salaires à rembourser la dette qu'il avait contractée. Lorsqu'il arriva enfin à dégager un peu d'argent, il en conditionna l'envoi à ses parents : il insista pour que son père mette Lena à la porte avec Milky, encore bébé, car il voulait s'en déresponsabiliser. Ana et Eva refusèrent et continuèrent d'assumer la charge financière de Lena et Milky, tout en tentant de rembourser l'hypothèque. Un an plus tard, ils apprendront que Derek a une nouvelle famille aux États-Unis et Lena décidera alors de négocier avec son père pour retourner vivre dans sa famille avec son enfant.

Introduction

L'histoire du Guatemala semble marquée par l'oppression des populations indigènes. En effet, pendant la période coloniale espagnole (1524-1821), ces populations ont été expropriées de leurs terres et leur travail a été intensément exploité au profit du pouvoir colonial. Ces faits se sont poursuivis après l'indépendance (proclamée en 1821). Le Guatemala a été, par la suite, le théâtre d'une violence inouïe menée par l'armée et les paramilitaires envers ces mêmes populations, durant la récente guerre civile (1960-1996)². Les résistances indigènes se sont souvent soldées par une forte répression ; l'aspect génocidaire du conflit armé en est probablement l'expression la plus extrême. Tout au long des périodes mentionnées, le pouvoir politique au Guatemala a manifesté un caractère raciste dans ses projets d'organisation sociale, légitimant la soumission des populations indigènes aux intérêts économiques des classes dirigeantes. Or, la condition de cette soumission a été le maintien de cette population dans une position subalterne, par un état de pauvreté et de précarité, mais aussi de contrôle important, parfois violent³. La signature des accords de paix en 1996, constituait un enjeu important dans la réduction des inégalités au sein de la population guatémaltèque, divisée entre Indigènes et *Ladinos*⁴. Pourtant, aujourd'hui encore, un racisme latent et manifeste imprègne les structures sociales, politiques et économiques du pays, particulièrement hiérarchisées⁵.

Ayant préalablement réalisé un travail de recherche sur les constructions identitaires de Guatémaltèques *ladinos* de classe aisées en situation migratoire⁶, je me suis intéressée à cette histoire nationale, à ses implications dans le présent, dans la configuration des rapports de pouvoir au Guatemala. Dans un après-conflit censé réconcilier les Guatémaltèques, quelles que soient leurs origines ethniques, et les rassembler en tant que citoyens, il convient d'interroger les ruptures et les permanences dans les formes d'oppression des populations indigènes. Dans le panorama actuel, on constate tout d'abord que les indices de pauvreté les plus élevés sont caractéristiques des zones indigènes du Guatemala. Ensuite, on observe que la population indigène est fortement encline aux travaux les plus précaires en termes de conditions de travail et de salaires, que ce soit dans l'espace national (travail dans les plantations, dans les mines, travail domestique...), ou dans la migration vers les États-Unis. On remarque également que cette même population est fortement touchée par de multiples formes de discrimination et de

2. Selon la Commission pour l'Éclaircissement Historique, mandatée par les Nations Unies, les 36 ans de guerre ont été marqués par 200.000 morts et disparus, 1,5 millions de déplacements forcés, plusieurs milliers de violences sexuelles, des destructions de maisons et de biens : CEH, *Guatemala memoria del silencio*.

3. Taracena Arriola, *Invención criolla, sueño ladino, pesadilla indígena* ; Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

4. Un *Ladino* désigne un Guatémaltèque non-indigène, hispanophone et « occidentalisé » Martínez Peláez, *La patria del criollo*.

5. Casaús Arzú, *Guatemala*.

6. Dans le cadre de mon mémoire de master en anthropologie : Garcia, « “Tanto que no sabes”. (Re)présentations de soi d'un groupe de Latino-américains en situation migratoire à Toulouse. »

violence, intrafamiliale, dans l'espace public, dans le travail, au sein des institutions... Mais aussi, on s'aperçoit que de nombreuses résistances s'organisent, notamment à l'initiative des femmes, qui se confrontent pourtant aux conditions de vie les plus violentes et difficiles. Cette résistance est portée par des groupes féministes indigènes, qui conceptualisent leur situation d'oppression par l'imbrication des rapports de pouvoir de genre, de classe, d'ethnicité, et qui œuvrent à la réappropriation de leurs corps⁷.

Imprégnée des luttes féministes françaises, j'ai été surprise de constater que les groupes féministes indigènes mettaient peu en avant les revendications concernant l'accès à la planification familiale médicalisée. En creusant ce thème, j'ai découvert le lien fort qui pouvait exister entre la question de la gestion reproductive des femmes indigènes et la mémoire du conflit. Ce lien se matérialise assez spécifiquement autour d'une méthode contraceptive : la stérilisation chirurgicale féminine. Dans les rapports produits par les organisations féministes, la stérilisation contrainte apparaît comme l'une des nombreuses formes de violences sexuelles exercées sur le corps des femmes indigènes pendant la guerre⁸. Par ailleurs, d'autres organisations indiquent l'existence actuelle de stérilisations forcées dans une perspective eugéniste, en continuité avec l'entreprise génocidaire des années 1980, ayant touché les populations mayas⁹.

En parcourant les rapports des organismes de financement des programmes de planification familiale médicalisée, j'ai rapidement constaté que ces programmes étaient bel et bien orientés vers la promotion de l'usage massif de méthodes contraceptives durables (implant, stérilet) et définitives, et donc particulièrement de la stérilisation féminine. Ils étaient ciblés en priorité sur la population féminine indigène rurale ayant déjà enfanté.

J'ai alors cherché à connaître l'ampleur réelle de ce phénomène de stérilisation et l'effectivité de son caractère ciblé. En 1987, la fécondité des femmes indigènes, de 6,8 enfants, était 36 % supérieure à celle des femmes non-indigènes, de 5 enfants. Six ans après les accords de paix, en 2002, elle était de 64 % supérieure (6,1 enfants chez les femmes indigènes et 3,7 chez les non-Indigènes)¹⁰. En 2012, au moment de commencer cette recherche, le taux de fécondité était de 4,5 enfants pour les femmes indigènes et de 3,1 pour les femmes non-indigènes¹¹. Les pouvoirs publics et organismes internationaux qui financent les programmes d'extension de la contraception médicalisée jugent insuffisante cette baisse, pourtant significative, de la fécondité des femmes indigènes. Bien qu'elles soient plus ciblées par les programmes, ces femmes ont toujours une fécondité plus élevée et ont moins recours aux méthodes contraceptives médicales que les autres femmes¹². Le phénomène de stérilisation chirurgicale n'est finalement effectif que sur un pourcentage assez faible de femmes indigènes en âge reproductif. Dans le panel de contraceptifs médicalisés, on observe qu'elles utilisent principalement l'injection trimestrielle hormonale de Depo-provera. Ce moyen de contraception est jugé marginal dans les pays du Nord, où il est réservé uniquement à certaines catégories de population, dans le contexte psychiatrique ou auprès de femmes pauvres immigrées¹³. Tout comme l'implant et le stérilet, utilisés également dans une moindre mesure par les femmes indigènes guatémaltèques, ces méthodes contraceptives scellent l'intervention et la compétence médicale en matière de planification familiale.

7. Falquet, *Pax neoliberalia*.

8. www.unamg.org/pronunciamento-final-tribunal-de-conciencia-contrala-violencia-sexual-hacia-las-mujeres-durante-el

9. Alfredo Embid, « Del control de natalidad al genocidio ».

10. Adams, *Etnicidad e igualdad en Guatemala*.

11. INE - Institut National de Statistiques, « ENCOVI - Encuesta Nacional de Condiciones de vida 2011 ».

12. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, « Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina ».

13. Bretin, « Marginalité contraceptive et figures du féminin ».

La stérilisation ne s'avère finalement pas une pratique si diffusée au regard de sa promotion et de sa dénonciation eugéniste. Le secteur médico-social semble toutefois pleinement mobilisé par les programmes, dans une mission de baisse drastique de la fécondité des femmes rurales indigènes. De ce fait, on peut légitimement s'attendre à ce qu'il participe à une construction sociale sexuée et racisée des modalités du gouvernement des corps¹⁴. Pour en faire le constat précis, il s'agit de décrire comment les dispositifs de santé façonnent des pratiques et des représentations spécifiques de la contraception, de la reproduction et de la sexualité des femmes indigènes. Quels sont alors leurs impacts dans les choix et les trajectoires de vie des femmes ?

Dans les rapports des organismes de financement des programmes de planification familiale médicalisée, les bénéfices espérés des dispositifs proposés sont multiples (émancipation des femmes, préservation environnementale, baisse de l'analphabétisme, baisse de la mortalité materno-infantile. . .), et s'articulent autour d'un objectif principal : la lutte contre la pauvreté. Or, malgré la baisse continue de la fécondité au fil des ans, les indices nationaux de pauvreté étaient équivalents en 2000 et en 2011. Les taux de pauvreté les plus importants se concentraient toujours dans les départements indigènes de l'*Altiplano Occidental*¹⁵, zone pourtant traitée en priorité par les programmes.

Cette région de l'*Altiplano Occidental* est très riche en ressources naturelles. Elle est habitée en grande majorité par des populations indigènes, réparties de façon éparse, et regroupées selon plusieurs groupes ethnolinguistiques. Elle a été très marquée par la violence durant la guerre, par les massacres, les violences sexuelles, les disparitions, les destructions de bien, l'expropriation et le déplacement forcé vers le Mexique frontalier. Dans cette zone de mémoire vive du conflit, les dispositifs médico-sociaux de santé reproductive se trouvent profondément imprégnés des tensions entre catégories ethniques, sociales et de sexe. Aussi, c'est dans cette région que l'État guatémaltèque a été régulièrement accusé de mener des campagnes de stérilisation forcée des femmes, surtout dans le département de Huehuetenango¹⁶.

C'est en identifiant un certain nombre d'enjeux autour de la question des stérilisations que j'ai décidé de mener une étude sur la planification familiale dans le département de Huehuetenango. Je me suis demandée ce qu'impliquait la mise en place de campagnes ciblées de stérilisation dans des communautés où la mémoire de la guerre et du génocide est vive, et où il existe une méfiance importante envers les dispositifs institutionnels. Je me suis rapidement aperçue que se limiter à lire les tensions existantes en opposant les institutions et un groupe Maya homogène était toutefois réducteur. Sur le terrain, j'ai pu distinguer, dans un premier temps, la position des *leaders* masculins indigènes, qui soupçonnent les institutions d'une volonté eugéniste guidant leurs programmes de santé reproductive. Se sentant investis d'une mission de perpétuation de la culture maya à travers le contrôle reproductif des femmes à un niveau communautaire et familial, ils convoquent parfois le motif génocidaire pour limiter leur accès aux méthodes contraceptives et aux structures de santé. Les femmes persistent le plus souvent à s'y rendre, bien qu'elles supportent difficilement les cadres normatifs et contraignants auxquels elles sont confrontées au sein de ces structures. Elles inscrivent les discriminations qu'elles y subissaient dans un « continuum de violences »¹⁷ physiques, verbales, psychologiques, économiques, symboliques, en tant que femmes, indigènes, rurales et pauvres.

En effet, les femmes rurales indigènes rencontrées évoquent un racisme qui s'exprime de manière spécifique et exacerbée envers elles. Leurs conditions de vie sont extrêmement difficiles

14. Bretin, *Contraception, quel choix pour quelle vie ?*

15. INE - Institut National de Statistiques, « ENCOVI - Encuesta Nacional de Condiciones de vida 2011 ».

16. Taracena Arriola, *Etnicidad, estado y nación en Guatemala*.

17. Bourgois, « Théoriser la violence en Amérique ».

et les institutions ne permettent en rien leur amélioration, malgré un mouvement féministe indigène local important, formé autour de nombreuses revendications. Ces femmes ont peu accès à la santé et à l'éducation. Leur précarité est en train de s'accroître, dans un contexte d'exode rural des hommes, mais aussi d'une partie des femmes, en partie dû au manque d'opportunités, à la contamination environnementale et à l'expropriation. De plus, elles sont particulièrement exposées à des violences sexistes, dans les espaces publics et privés, mettant en péril leur intégrité mentale et physique.

Cette précarisation des femmes, assortie de violences multiples, a été théorisée par plusieurs auteures. Certaines montrent que de nombreux crimes perpétrés actuellement contre les femmes au Guatemala, et plus largement en Amérique Centrale et au-delà, touchent spécifiquement les populations les plus pauvres et racisées. Pour ces auteures, ce phénomène de violence exacerbé s'inscrit dans un contexte de mondialisation néolibérale, et participe au prolongement des diverses violences menées contre les femmes dans d'autres espaces sociaux¹⁸. Cette continuité entre les espaces se doublerait également d'une continuité historique. En effet, au Guatemala, le taux élevé de féminicides s'inscrirait en continuité avec les violences sexuelles et meurtrières de la guerre, et leur impunité¹⁹. Ce cas de violence extrême participerait, conjointement à d'autres formes de violences ciblées, à la négation de droits pour les femmes indigènes, dont le droit à disposer de leur propre corps²⁰.

Aussi, en examinant plus précisément les politiques d'extension de la planification familiale médicalisée dans le département de Huehuetenango, l'ambition de cette thèse est de décrypter certains enjeux autour de la stérilisation ciblée des femmes indigènes, dans un contexte de post-conflit où se développe un rapport d'appropriation particulièrement violent du corps de ces femmes. Il s'agit de faire apparaître les rapports sociaux entre des femmes indigènes et différents acteurs institutionnels, professionnels, communautaires et familiaux, et leurs impacts sur les trajectoires reproductives, afin de les inscrire dans une configuration plus large de rapports de pouvoir locaux, nationaux et internationaux. J'ai exploré l'encadrement des femmes indigènes par les politiques de planification familiale et cherché à identifier en quoi il est un révélateur des rapports hiérarchiques de genre, d'ethnicité et de classe au Guatemala. À l'intersection de ces nombreux enjeux de pouvoir, comment les femmes indigènes se retrouvent-elles au cœur d'une question reproductive en tension avec laquelle elles doivent composer, pour négocier leur statut de citoyennes? Comment, finalement, comprendre et envisager les droits reproductifs dans un cadre où les choix des femmes en matière de planification familiale sont classés et hiérarchisés, mais surtout dans un cadre où les conditions d'accès limitées à la santé, à l'information, à la sécurité, à la justice et à d'autres ressources ne permettent pas toujours de garantir les droits?

1 Carences dans les études sur la planification familiale au Guatemala

Il existe peu d'études poussées en sciences sociales sur la planification familiale au Guatemala. La question de la contrainte autour des stérilisations, passées et présentes, est parfois mentionnée, mais n'a jamais été étudiée. La sociologue Emma Chirix est la première à explorer profondément le thème de la sexualité chez des populations indigènes guatémaltèques, dans une étude qu'elle publie en 2011²¹. La plupart des études sur les thèmes de la sexualité, de la santé reproductive, de la planification familiale, menées jusqu'à aujourd'hui, sont commanditées par

18. Fregoso et Bejarano, *Terrorizing Women*; Falquet, « Des assassinats de Ciudad Juárez au phénomène des féminicides ».

19. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

20. Falquet, *Pax neoliberalia*.

21. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

les pouvoirs publics ou diverses organisations internationales impliquées dans les programmes de développement. Elles ont pour objectif de guider des groupes professionnels dédiés à la santé sexuelle et reproductive à atteindre de meilleurs résultats concernant la santé materno-infantile, le contrôle de la natalité ou la prévention du VIH. Ces études privilégient les données chiffrées, sans réaliser de véritable travail empirique. Il en ressort une vision naturalisée du corps et une conception essentialisée de la sexualité. Témoignant d'une influence positiviste ou malthusienne, ces études sont empreintes d'une vision néo-colonialiste et anti-nataliste. Elles sont imprégnées de préjugés et de jugements de valeurs, préférant mettre en avant les failles des populations en matière de gestion reproductive. Les femmes indigènes y sont présentées comme responsables de la surpopulation et les problèmes liés à la reproduction leur sont toujours attribués. Ces études justifient, de fait, une relation de domination envers des groupes sociaux qui ont été exclus historiquement, par la soumission des corps et de la sexualité des femmes, spécialement les femmes indigènes²².

Il était donc nécessaire de mener une étude en sciences sociales depuis une approche différente. La période dans laquelle la présente enquête s'est déroulée (2012-2015) a été particulièrement propice, car elle correspondait à un moment à la fois de désengagement de l'État dans de nombreux domaines, dont celui de la santé et de la sûreté pour les femmes, et à la fois d'affirmation d'un intérêt renouvelé des politiques de santé reproductive et de planification familiale envers les femmes, par l'État, mais aussi par les organismes internationaux. Cette recherche menée dans ce contexte permet de faire émerger de nombreux éléments de compréhension pour penser les rapports des femmes à l'État et aux institutions, à partir de la question reproductive.

2 Anthropologie et santé de la reproduction

Au Guatemala comme ailleurs, les institutions qui prennent en charge la question de la planification familiale, dans une dimension tant éducative qu'appliquée, sont directement rattachées à des structures de santé. La sanitarisation de la planification familiale s'est justifiée à travers l'affirmation d'une nécessité de prévention de la souffrance des femmes et de l'ensemble de la société. Ce phénomène correspond à un processus de traduction sanitaire de problèmes sociétaux, conceptualisé par Didier Fassin sous le nom de « sanitarisation du social »²³. Ce processus de sanitarisation s'est opéré sur un plan conceptuel - formulation du problème de planification familiale dans le vocabulaire de la santé publique -, institutionnel - recours des organismes publics et privés à des modes d'intervention spécifiques à la santé publique -, et interactionnel - dans la relation professionnel-le-usagère par exemple²⁴. Les pratiques de sanitarisation visent à intégrer des populations jugées marginalisées et exclues. Or, comme l'ont montré plusieurs auteur·e·s, dans une société inégalitaire, ces pratiques peuvent aboutir finalement à une réification de la marginalisation et de l'exclusion²⁵. Aussi, dans la lignée des travaux en anthropologie de la santé, il faut considérer l'aspect politique des problèmes liés à la santé et leur combinaison étroite avec la violence structurelle et les inégalités²⁶. Il est alors essentiel d'intégrer la restitution des savoirs, des pratiques et des expériences de planification familiale à une analyse des conditions concrètes d'existence, tout comme des contextes macro-sociétaux qui alimentent les violences structurelles. Il s'agit ainsi de penser la manière dont le poids des

22. Chirix.

23. Fassin, « Entre politiques du vivant et politiques de la vie ».

24. Pelchat, Gagnon, et Thomassin, « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale ».

25. Pelchat, Gagnon, et Thomassin.

26. Farmer et Castro, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante ».

structures et les rapports de pouvoir sont incorporés²⁷.

Les réflexions anthropologiques autour de la planification familiale se mêlent à un domaine récent de l'anthropologie, celui de la santé de la reproduction. Les études anthropologiques en santé de la reproduction s'imprègnent à partir des années 1980 du développement de l'anthropologie médicale critique, puis de l'anthropologie politique de la santé publique. Ces études arborent un souci de restitution du cadre social, économique et politique dans lequel s'intègre leur objet de recherche. Elles prennent peu à peu en compte l'influence des politiques publiques de gestion des naissances et les conséquences sur la planification familiale des femmes²⁸. Dès les années 1980, B. Jordan montre comment les naissances s'inscrivent au cœur d'un ensemble de constructions sociales spécifiques, les produisent et les reproduisent, notamment en terme de « savoir d'autorité ». Elle observe alors la manière dont les savoirs sur la naissance sont classés, légitimés et délégitimés²⁹. D'autres chercheuses montreront aussi comment la bio-médicalisation aspire à s'étendre en cherchant à écarter peu à peu du champ de la santé reproductive les systèmes de santé et de rapport au corps différents³⁰.

3 La question reproductive dans les études féministes

À propos de la question reproductive, Didier Fassin écrit :

*« Phénomène affirmant de la manière la plus indiscutablement naturelle et universelle la division sexuelle des fonctions sociales, il est en même temps le plus culturellement inscrit dans les rapports de domination entre genres qui prévalent dans chaque société : c'est sa condition physiologique de reproductrice qui sert à justifier en grande partie la position qui est réservée à la femme »*³¹.

Le travail reproductif, tel qu'il a été nommé et conceptualisé par les études féministes, est loin d'être naturel. Il est organisé socialement, et constitue une part importante de la division sexuelle du travail³². Les travaux anthropologiques sur la reproduction permettent de constater la manière dont les enfants naissent au milieu d'arrangements sociaux complexes, à travers lesquels se négocient au fil du temps des modes de propriétés, de positions, de droits et de valeurs. En ce sens, la reproduction et la maternité, dans leurs aspects biologiques et sociaux, sont inextricablement liées à la production de la culture³³. Les désirs des femmes en matière de contraception et de maternité varient selon de nombreux facteurs sociaux, historiques, politiques et culturels. Or, du point de vue des femmes, la réussite d'un programme de planification familiale se mesure notamment au fait qu'elles aient les enfants qu'elles désirent³⁴.

La notion de droits reproductifs, promue par les Nations Unies, reconnaît l'autonomie reproductive des femmes, tant face à l'État qu'au conjoint, ou toute personne extérieure. Il s'agit donc de droits individuels. Pourtant, de nombreuses études montrent l'importance de l'injonction, voire de l'imposition, conjugale mais aussi médicale, dans le choix contraceptif, en

27. Massé, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé ».

28. Jullien, « Du bidonville à l'hôpital ».

29. Jordan, *Birth in Four Cultures*.

30. Davis-Floyd et Sargent, *Childbirth and Authoritative Knowledge*.

31. Fassin, « Femmes, travail, maternité ».

32. Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*.

33. Ginsburg et Rapp, « The Politics of Reproduction » ; Mathieu, *L'anatomie politique*.

34. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

particulier concernant la stérilisation³⁵. Il existe donc des formes de stratifications, qui auto-risent des personnes à jauger de la capacité d'autres personnes à la reproduction et à l'usage contraceptif, en fonction des groupes sociaux, ethniques, sexuels auxquels elles appartiennent³⁶. La diffusion de méthodes contraceptives médicalisées peut alors aussi bien se plier aux rhétoriques de la libération, que du contrôle des corps et de la sexualité des femmes³⁷.

En effet, la planification familiale dépend par exemple de manière importante des rapports de pouvoir quant à la gestion des relations sexuelles. Aussi, les rapports hiérarchiques entre les sexes sont tels, qu'avoir des enfants est un bien à gérer dans un échange sexuel et économique qui est désavantageux pour les femmes³⁸. La potentialité reproductive de l'homme est quant à elle intouchable. Les enfants et leur planification sont mesurés depuis les femmes, considérées comme les reproductrices biologiques, mais aussi culturelles de la nation. Il existe donc une démarche de responsabilisation collective globale des femmes en tant que groupe des destinées nationales, qui s'appuie sur une démarche de responsabilisation individuelle des femmes sur leurs choix reproductifs. Leur corps devient ainsi un fort enjeu de pouvoir³⁹. Comme le montre Colette Guillaumin, la reproduction fait alors partie intégrante des rapports de sexage, qui accaparent le corps des femmes et leur force de travail de manière à la fois privée et collective⁴⁰. Il s'agira donc ici de comprendre comment des mécanismes d'assujettissement des corps féminins indigènes, historiquement et localement situés, fusionnent avec un modèle de développement global, qui masque un renforcement des inégalités.

4 Intersectionnalité et gouvernement des corps

Comme cela peut déjà apparaître à travers les premières lignes de ce manuscrit, mon engagement féministe a largement orienté mes questionnements et mon étude. Loin de constituer un biais pénalisant dans mon travail, ma formation au féminisme, militante et scientifique, a permis d'alimenter ma réflexion sur les multiples rapports de pouvoir. Comprendre les rapports de pouvoir constitue, à mes yeux, une contribution essentielle des sciences sociales à la vie sociale et politique. C'est pourquoi je souhaite inscrire la recherche proposée ici dans le champ des études féministes, à partir d'une approche intersectionnelle. Ma démarche prend en compte l'imbrication de différents rapports de genre, de race, de classe, d'âge, de géographie... Cette analyse intersectionnelle sera contextualisée historiquement, politiquement et socialement, afin d'échapper à l'écueil d'un traitement universaliste ou culturaliste. Elle permettra d'observer en quoi l'encadrement de la reproduction des femmes indigènes est à la fois un révélateur des rapports hiérarchiques ethniques, de genre, de classe, au Guatemala et à l'échelle mondiale, et à la fois un vecteur de renforcement de ces rapports.

Au delà de la gestion de la reproduction, la planification familiale concerne la définition des identités de genre et de rapports entre les sexes, les conditions sociales d'exercice de la sexualité, la mobilité sociale et ses limites⁴¹. La question de la santé reproductive des femmes indigènes n'est pas seulement liée à l'application de dispositifs médicaux, mais aussi à l'application de politiques économiques nationales et internationales colonialistes et capitalistes sur le corps des

35. Gautier, « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ».

36. Bretin, « Marginalité contraceptive et figures du féminin ».

37. Takeshita, *The Global Biopolitics of the IUD*.

38. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

39. Yuval-Davis, *Gender and Nation*.

40. Guillaumin, *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

41. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

femmes, et d'autant plus lorsqu'elles sont pauvres et racisées⁴². Étudier la manière dont les institutions organisent et gèrent la reproduction peut aider à déterminer comment le racisme, en tant que système d'idées et de pratiques d'exclusion, interfère dans les dimensions nationale et individuelle de la reproduction. La structure triangulaire historique entre race, nation et reproduction place la reproduction humaine comme un champ à l'intérieur duquel se définit la communauté nationale⁴³. L'espace de la subjectivité ne permet pas toujours de distinguer des directions politiques évidentes. Toutefois, les milieux médicaux apparaissent dans de nombreuses études comme des espaces où des perspectives de société nationale amènent à façonner et à contraindre les corps et les individus. L'extension de l'emprise des institutions de santé sur le corps des femmes transforme alors les modes de régulation de la vie reproductive, des relations familiales, des rapports à la filiation. Cette extension entraîne également une reconfiguration des rapports au pouvoir et des modes de subjectivation de l'expérience, particulièrement de l'expérience corporelle⁴⁴.

Dans la continuité de Foucault, de nombreux/ses auteur·e·s montrent comment les sociétés contemporaines se saisissent du corps, de la vie et du vivant, et en définissent les limites et les usages légitimes. De nouvelles bio-politiques se dessinent, sans surveillance univoque mais par des formes multiples d'intervention étatique et de régulation sociale⁴⁵. Le présent travail relève différents mécanismes de contrôle qui régulent les affiliations citoyennes et bio-politiques. Il s'agit de décrypter des politiques de planification familiale qui classent, organisent et civilisent. L'édictation de normes procréatives auprès des femmes indigènes, jugées déficientes et vulnérables, s'articule autour d'un idéal d'encadrement et de protection des femmes et des peuples indigènes. Or, cet encadrement peut justifier des pratiques violentes pour contraindre les résistances des corps et des sujets. Si l'objectif est de s'emparer du corps des femmes pour le mettre au service de la reproduction de la nation, alors le refus d'accorder à ces femmes leur droit à la libre disposition de leur corps les relègue à une citoyenneté de seconde zone. Comment sont donc intriqués, au sein d'un même État, différents statuts et degrés de citoyenneté, pour partie associés à des comportements sexuels et reproductifs prescrits ?

5 Contexte néo-libéral et de post-conflit

Chirix met en évidence une temporalité particulière de post-conflit et de développement néo-libéral au Guatemala, dans laquelle s'inscrivent les démarches de contrôle reproductif des femmes indigènes. Or, le travail de recherche présenté dans ce manuscrit se déroule dans cette temporalité, double mais insécable. Le « post-conflit » guatémaltèque désigne la fin des luttes armées ouvertes, à partir de la signature des accords de paix de 1997. Cette période se caractérise par la reformulation de certaines considérations politiques, culturelles et sociales, parallèlement à diverses constructions mémorielles de la guerre. Toutefois, les formes de continuités dans la violence interrogent la notion de post-conflit. Pour certaines organisations de la société civile, l'avènement des politiques néo-libérales dans ce contexte alimente ce sentiment d'un conflit inachevé. Les mesures de libre-échange entraînent une augmentation de la pauvreté et de la précarité, par exemple par la dépossession de territoires pour des méga-projets agricoles ou extractivistes de multinationales. La mondialisation néo-libérale aggrave les conditions de vie et de santé, notamment des femmes pauvres et racisées, qui sont à la fois privées de services

42. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

43. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

44. Faya Robles, « De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. »

45. Fassin et Memmi, *Le gouvernement des corps*.

publics de qualité, de sécurité, de droits, souvent contraintes à la précarité, à la migration illégale, à l'exploitation, et exposées à de multiples violences⁴⁶.

Ainsi, les pratiques reproductives et maternelles s'intègrent dans un contexte global, dans lequel interviennent des aspects économiques, sociaux, politiques et culturels plus généraux, qui affectent de manière importante ces pratiques⁴⁷. Il est par exemple apparu, au cours de l'enquête ethnographique, que la question migratoire occupait un espace important dans la restitution des trajectoires reproductives des femmes. D'autre part, les récits des femmes étaient fortement marqués par l'appréhension de leur vécu depuis un continuum de violences, dans lequel venaient se greffer des expériences déterminantes en matière de santé reproductive.

Menéndez et Ballón soulèvent respectivement la nécessité d'étudier anthropologiquement la question des stérilisations féminines, en la liant à la question du racisme, mais aussi aux violences et à la mémoire des violences⁴⁸. La temporalité sociale du post-conflit transcende les générations et se réactive sous l'influence de différents types d'acteurs, dans des sociétés nationales apparemment pacifiées et démocratisées, dans le cadre des processus de justice transitionnelle⁴⁹. De quelles manières les contextes de post-conflit et de néo-libéralisme déterminent-elles donc les trajectoires des femmes indigènes en termes de citoyenneté, de planification familiale, de travail, de famille, de projet, de santé, d'identité, d'engagement politique, de rapports aux différentes institutions ? J'essaierai de renseigner ici l'inscription des politiques, des pratiques et des représentations de planification familiale au Guatemala dans ce cadre néo-libéral de post-conflit, qui transforme et reproduit des rapports particuliers au corps et à la reproduction.

6 Articulation scientifique et perspective globale de l'analyse

Ce travail de recherche se situe donc à l'articulation de plusieurs champs thématiques des sciences sociales, tels que la santé, le développement, la mémoire des violences, le corps, l'ethnicité, le genre ou encore le politique. Il s'agira de comprendre comment les programmes de planification familiale s'inscrivent dans un ensemble de dispositifs visant à contrôler et à s'appropriier le corps des femmes indigènes et ses produits dans le cadre d'une globalisation néolibérale de post-conflit.

Cette étude se structure autour de plusieurs niveaux de discours, ceux institutionnels de l'État et de certains organismes internationaux impliqués dans la conception des programmes de planification familiale, ceux professionnels des personnels de santé médico-sociaux investis dans l'application des programmes, et enfin ceux des femmes usagères et non-usagères, ainsi que d'autres acteurs de leur vie communautaire et familiale, notamment les hommes. À ces différents niveaux/regards correspondent des échelles qui guident le fil du manuscrit entre le global et le local. Aux modèles institutionnels, se confrontent des réalités sociales complexes, des rapports de pouvoirs tissés historiquement, mais aussi transformés ou renouvelés, des formes multiples d'adhésions et de résistances. La lecture du manuscrit suit alors cette dynamique de réflexion. L'analyse, qui se situe dans une perspective globale de définition des pratiques, des normes et des valeurs en termes de planification familiale et de reproduction, s'enrichit peu à peu d'une ethnographie multi-située et approfondie, dans les structures de santé et les communautés de Huehuetenango.

46. Falquet, *De gré ou de force* ; Velásquez Nimatuj, *Pueblos indígenas, estado y lucha por tierra en Guatemala*.

47. Sanchez-Bringas, « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ».

48. Menéndez, « De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas » ; Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

49. Losonczy et Azevedo, *Retour des corps, parcours des âmes*.

En première partie, je présenterai le terrain de recherche, en donnant un ensemble d'éléments sur l'histoire et la société du Guatemala et du département de Huehuetenango. J'expliquerai ma méthodologie de recherche et apporterai des considérations réflexives.

La seconde partie traitera de l'inscription des programmes guatémaltèques de planification familiale dans un agenda international, mais aussi national, et des idéologies qui sous-tendent ces programmes et leurs modalités de mise en place.

La troisième partie décrira les formes concrètes d'application des programmes par les personnels médico-sociaux guatémaltèques, à partir de dimensions hiérarchiques ethniques, de sexe et de classe spécifiques à cette société.

La quatrième partie abordera la réception des programmes par les femmes indigènes, en l'articulant autour de leurs élaborations pratiques et symboliques de représentations sur la planification familiale.

Enfin, la cinquième et dernière partie sera consacrée à une recontextualisation de tous les enjeux décrits précédemment autour de la planification familiale des femmes indigènes, dans un environnement néo-libéral de post-conflit particulièrement violent.

« Les États, les gouvernements, les entreprises, les églises et quelques ONGs, internationales et nationales, décident ce qu'est la sexualité et ce qu'elle n'est pas, de ce qui est important, et de ce qui ne l'est pas. C'est une autre forme de tyrannie parce que la sexualité continue d'être attachée à l'empire, aux institutions et aux secteurs hégémoniques. Il ne s'agit pas de se lamenter de leur utilisation du multiculturalisme néolibéral. Ils s'en servent pour assurer une continuité aux programmes de stérilisation massive, pour surveiller les corps des femmes indigènes, avec la justification d'éviter l'explosion démographique ». Leur stratégie est de contrôler des peuples spécifiques, de nier et de passer sous silence la sexualité subjective historique, économique et politique, sans reconnaître les autres cultures et leurs sexualités mais avant tout pour freiner la transformation des peuples. Ce qui se joue actuellement ce n'est pas seulement le corps des femmes indigènes et les sexualités indigènes, mais les territoires, et l'insistance du pouvoir à justifier l'expropriation, le pillage, l'expulsion des peuples de leur territoire ».

- Emma Chirix -

Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul⁵⁰

50. Chirix, Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul.

Première partie
Présentation du terrain

Chapitre 1

Éléments contextuels



Nous nous trouvons dans les ruines de Zaculeu à quelques kilomètres de la ville de Huehuetenango. Zaculeu fut le dernier bastion de la résistance indigène mam durant la conquête espagnole en 1525. Toute la région fut alors colonisée par les Européens pendant plusieurs siècles.

Un groupe d'Indigènes mam joue un spectacle, déguisés en Mayas de l'époque post-classique. Discriminés en tant qu'Indigènes, ces jeunes se construisent une identité valorisante autour d'une culture maya dont ils seraient issus, en utilisant notamment des textes et images trouvés sur internet.

Un homme *ladino* les observe. Bien qu'intéressés par la période ancestrale maya de leur pays, beaucoup de personnes *ladinas* critiquent la population indigène actuelle, qu'elles jugent arriérée et dont l'attitude handicaperait l'accès à un développement moderne et occidental auquel elles aspirent pour leur nation. (voir -I-)

Les ruines de Zaculeu ont été restaurées dans les années 1940 par la *United Fruit Company*, qui a recouvert en intégralité ces restes d'une cité millénaire d'une bonne couche de béton. Depuis 1901, cette firme états-unienne possédait la plupart des terres cultivables du pays. (voir -II-)

Cette firme a joué un rôle important dans le déclenchement du conflit armé (1960-1996), qui a opposé l'armée et des groupes paramilitaires aux forces de guérilla, et a provoqué la mort de centaines de milliers de personnes, indigènes pour la plupart. (voir -III-)

Adossés aux ruines bétonnées, des policiers occupent le site. Cette région s'est fortement policarisée et militarisée ces dernières années, en raison des gangs et du narco-trafic, mais aussi du maintien de l'ordre social. En effet, des groupes indigènes locaux luttent contre les effets dévastateurs de l'implantation massive de multinationales extractivistes, et dénoncent la militarisation comme une continuité dans la violence de la guerre dont ils ont été la cible. (voir -IV-)

I Identités culturelles, territoires, société et colonialisme au Guatemala



Situé entre le Mexique et les pays centraméricains, entre le Pacifique et la mer caribéenne, le Guatemala est un pays relativement petit mais d'une grande diversité en terme de géographies, d'environnements, de climats, de populations, de cultures, de religions. . . Cependant, la division

entre catégorie ethnique « indigène »¹ et « *ladina* »² constitue un aspect central des modes de représentation et d'identification des 16 millions de Guatémaltèques.

Il peut arriver qu'apparaisse au sein de l'oligarchie guatémaltèque une troisième catégorie, celle des *Criollos*, qui, selon une vision racialisée des peuples, se considèrent descendants directs d'Européens ; « *contrairement aux Ladinos dont la peau est plus obscure, leur sang n'aurait pas été mélangé à du sang indigène* »³. Cette catégorie, tombée en désuétude, relève aujourd'hui uniquement de l'auto-définition de certains individus qui revendiquent la « pureté » de leur ascendance européenne, et qui sont désignés par les autres Guatémaltèques comme *Ladinos*.

Le terme « *ladino* », construit historiquement autour de configurations sociales spécifiquement guatémaltèques, se rapproche quelque peu de la notion de « *mestizo* » que l'on trouve dans d'autres pays d'Amérique latine, et qui sous-entend « les Métisses entre Espagnols et Indigènes ». Les *Ladinos* forment une catégorie définie par une culture qui leur serait propre. La « culture *ladina* » ne peut pas être définie comme un mélange entre une « culture indigène » et une « culture espagnole » ou encore « occidentale ». S'il paraît difficile de définir le terme « *ladino* » c'est parce que la référence à cette catégorie s'emploie principalement pour distinguer la population guatémaltèque non-indigène de la population guatémaltèque dite indigène. Les traits principaux que l'on attribue au *Ladino* sont : l'origine blanche ou mélangée (blanche et indigène), la langue maternelle espagnole, l'habillement à la mode européenne et l'adhésion à des valeurs et normes occidentales ; alors que les Indigènes parleraient une langue indigène comme première langue et auraient des normes et valeurs culturelles distinctes⁴.

La catégorie « indigène » au Guatemala est constituée presque intégralement de personnes dites « mayas »⁵, car elles proviendraient d'une origine commune : celle de la civilisation méso-américaine maya. Il existe une vingtaine de peuples mayas au Guatemala (mam, k'iche', kaqchikel, q'anjob'al...), qui se concentrent dans la partie Nord-occidentale du pays.

Il est très difficile d'obtenir un indice démographique solide et précis concernant la division de la population entre Indigènes et *Ladinos*. Dans les recensement basés sur de l'hétéro-désignation⁶ la population indigène peut atteindre le taux de 60 % de la population guatémaltèque, alors que ce taux n'arrive pas à la moitié dans des recensements par auto-définition⁷, principalement en raison du déclassement de cette identité. En effet, l'appartenance à une identité ethnique, fondée actuellement le plus souvent sur des considérations d'ordre culturel, est aléatoire selon les critères retenus pour la juger⁸, mais elle est aussi politique et porteuse d'enjeux sociaux importants⁹. De nombreux analystes mettent en avant la corrélation frappante et

1. Dans cette thèse, j'utiliserais le terme « indigène » pour nommer ce que l'on appelle communément en France les populations « indiennes ». Si je préfère le premier terme au second, c'est, d'une part, parce qu'en Amérique Latine le terme « *indio* » est employé péjorativement. D'autre part, la majorité des personnes auprès de qui j'ai réalisé mon enquête, qu'elles soient Indigènes ou non, utilise systématiquement le terme « *indígena* ».

2. Généralement une personne guatémaltèque est désignée comme « *ladina* » lorsqu'elle est reconnue non-indigène. Cette catégorisation trouve son origine historique au moment de l'indépendance et revêt une forme complexe comme nous allons le voir par la suite.

3. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

4. Remijnse, « Viendo el pasado, viendo el futuro » ; Remijnse, *Memories of Violence*.

5. Il existe également une micro-catégorie « *xinca* » en train de disparaître, et une catégorie « *garifuna* » constituée de personnes issues d'un métissage entre des anciens esclaves africains échoués et des Indigènes de la côte caribéenne.

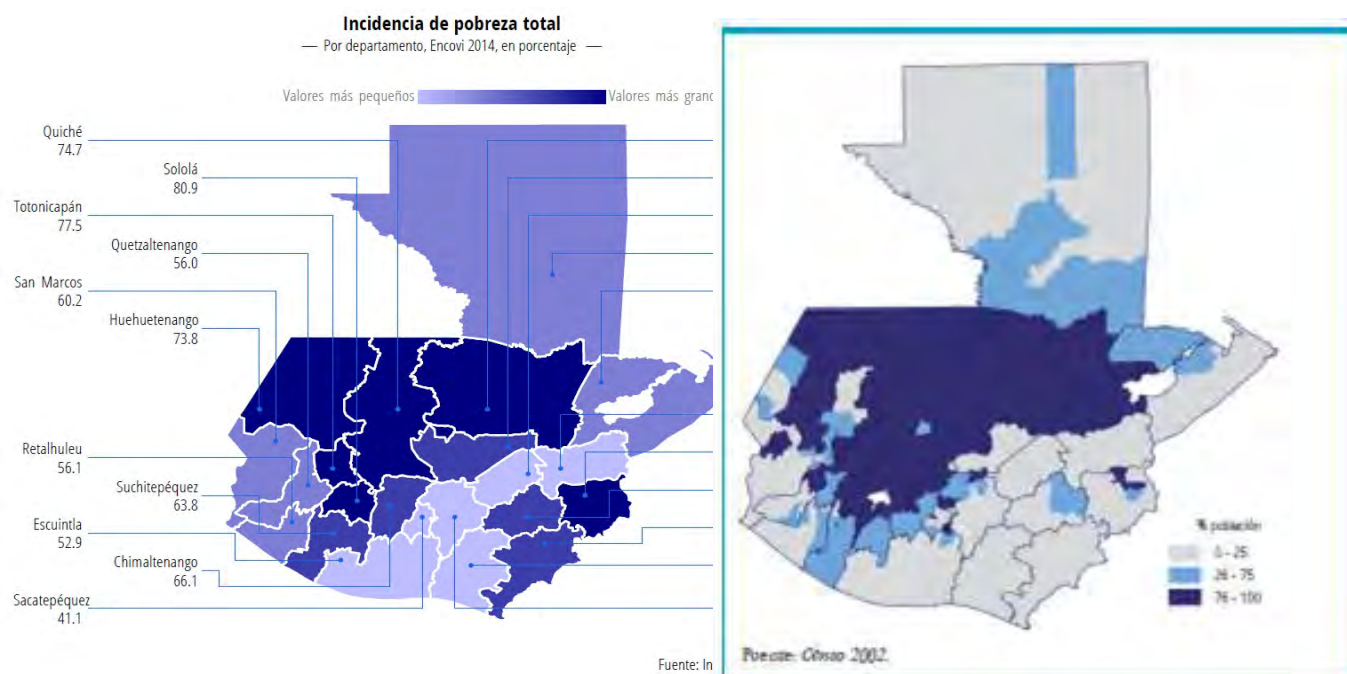
6. Le recenseur définit la catégorie ethnique de la personne en fonction de critères plus ou moins précis liés à la langue, au mode de vie...

7. Les personnes recensées déclarent elles-mêmes la catégorie ethnique à laquelle elles estiment appartenir

8. Pitt-Rivers, « Race in Latin America » ; Gosselin et Lavaud, *Ethnicité et mobilisations sociales*.

9. Robin Azevedo et Salazar-Soler, *El Regreso de lo Indígena*.

non hasardeuse entre structure ethnique, structure politique et structure sociale de la société guatémaltèque. Il est par exemple surprenant de voir à quel point les zones les plus densément peuplées de populations indigènes sont également les zones de plus grande pauvreté, alors même que ce sont des territoires très riches du point de vue des ressources naturelles (agricoles, minières, touristiques...):



Indice de pauvreté

Répartition population indigène

Sur ces cartes nous pouvons voir que les taux de pauvreté par départements recensés à gauche¹⁰, se recoupe avec les taux de population indigènes recensés à droite¹¹. Cette pauvreté indigène est doublée d'un accès difficile au droit, à la santé, à l'éducation et donc d'un taux d'analphabétisme des plus élevés d'Amérique Latine¹².

Ces inégalités structurelles sociales et politiques, qui mettent en corrélation pauvreté et indigénité, trouvent leurs origines dans la construction et le développement historique de l'État-nation guatémaltèque, autour de l'appropriation des Terres. Les historiens l'expliquent par un découpage chronologique, qui marque les transformations sociales au cours de périodes politiques spécifiques, à partir de la conquête espagnole :

- La période coloniale (1523-1823) qui organise la hiérarchie raciale.
- Les 80 premières années de l'indépendance (1823-1900) qui renforcent la structure coloniale et voient se succéder des dirigeants nationalistes conservateurs puis libéraux.
- La première moitié du XXème siècle (1901-1944) qui voit se solidifier une élite *ladina*, et une dépendance progressive avec les États-Unis.
- La tentative de réforme agraire et de mesures sociales (1944-1954), avortée par un coup d'État orchestré par les États-Unis et l'oligarchie guatémaltèque.
- Le conflit armé (1960-1997) qui marque l'exacerbation des tensions liées à la propriété de la terre et aux inégalités sociales et qui s'accompagne de nombreux massacres de population indigène.

10. www.icop.org.gt/mapasas

11. www.monografias.com/trabajos93/principales-paradigmas-administradores-ongs/principales-paradigmas-administradores-ongs2.shtml#ixzz4pvM3d23b

12. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

- La période de post-conflit (1997 à aujourd'hui) dans laquelle les inégalités persistent notamment à travers l'activité des multinationales extractivistes et agricoles, la corruption, les systèmes de discrimination et d'impunité qui perdurent.



Mural peint par Tz'utu B'aktun Kan, un artiste et rappeur mayaniste tz'utujil.

À gauche, la période précolombienne idéalisée.

Au milieu, la conquête et la colonisation espagnole,

marquée par le massacre, l'exploitation et la résistance des populations indigènes.

À droite, la guerre et le post-conflit, avec la continuité des violences, l'appropriation et l'expropriation des terres, mais aussi l'éducation, l'identité maya, l'égalité de genre...

II Une structure sociale, ethnique et politique héritée des inégalités face à la propriété de la terre

Avant la conquête espagnole, il existait des terres communales indigènes. La terre était cultivée en commun ou individuellement selon les besoins. Avec l'arrivée des Espagnols en 1523, beaucoup de ces terres vont peu à peu être colonisées, et les populations indigènes vont y travailler au bénéfice des colons. L'indépendance du Guatemala en 1823 s'établit sur les bases d'une société agraire divisée en deux groupes bien distincts. Les propriétaires fonciers *criollos* contrôlent la possession des terres et règlent les conflits que cette répartition entraîne, notamment en légiférant pour consolider la structure agraire coloniale. L'autre groupe est celui des Indigènes, ignorés des gouvernants, exploités mais rendus dociles depuis la violente répression de la révolte de Totonicapán en 1820. Cette révolte visait à former un gouvernement indigène ¹³.

Les *Criollos* ont œuvré à l'indépendance pour pouvoir récupérer l'entièreté du pouvoir économique et politique. Leur stratégie justificative a été d'exalter l'idée qu'ils étaient des purs descendants des conquistadors, qui avaient lutté et travaillé dur pour coloniser ces territoires

13. Vigor.

et ces populations. L'héritage qu'ils revendiquaient alors était celui de la propriété de la terre et des Indigènes. L'Indigène était considéré uniquement comme un sujet en situation de dépendance, au service du colon. Revendiquer le passé pour le *Criollo* revenait à défendre l'ordre colonial en s'appropriant les charges d'administration des territoires et des populations, dans un nouveau contexte national¹⁴. Le rôle de l'Indigène, dans ce projet *criollo* dit « conservateur », était simplement d'être dominé et soumis à l'exploitation. Cette volonté de continuité coloniale et d'appropriation foncière, en faveur des élites revendiquant leur ascendance espagnole, fut vivement contestée par une nouvelle classe possédante *ladina*.

Cette classe naît vers la fin du XIX^{ème} siècle, alors qu'une grande partie des terres nationales et ecclésiastiques leur sont vendues. Au sein de la population émergente métisse, qu'on appellera donc plus tard « *ladina* », une élite agricole se forme, achète ces propriétés terriennes et commence à les accumuler, allant même jusqu'à grignoter petit à petit sur les terres communales indigènes. Les terres sont alors sujettes à de fortes spéculations. Les Indigènes travaillent comme journaliers pour un salaire misérable dans les plantations de la bourgeoisie *ladina* et de l'oligarchie *criolla*. Les propriétés indigènes se concentrent de plus en plus dans la région de l'*Altiplano*, peu propice aux grandes plantations. La répartition des privilèges est alors négociée entre une classe possédante ancienne *criolla* restreinte et une classe possédante nouvelle *ladina*, un peu plus étendue, qui continue de s'approprier illégalement des terres indigènes¹⁵. Déshéritée du pouvoir politique et économique à l'indépendance, cette nouvelle classe *ladina* met en avant sa volonté de construire le futur de la nation autour de l'idée de progrès. Son projet libéral, défini comme « civilisateur », prend pour modèle les États-Unis et des nations européennes telle que la France. L'éducation est le fer de lance de ce projet libéral, dont l'objectif est de « moderniser » économiquement la nation.

Durant les deux siècles qui suivent l'indépendance, des régimes conservateurs puis libéraux vont se succéder à la tête du pays, et imprégner les structures politiques guatémaltèques. Au pouvoir en 1871, le courant libéral ancre l'idée que la construction d'une identité nationale doit être placée au centre des préoccupations politiques. Dans les symboles nationaux, on réinvesti les héros pré-hispaniques et les éléments civilisationnel de l'époque maya la plus florissante, tout en rompant le lien qui les uni aux populations indigènes actuelles. L'objectif est simplement de construire les bases d'une nation différente de celle des européens. Les Indigènes sont exclus de la nation, sous des prétextes combinant le racial et le culturel. Cette infériorisation permet de justifier leur domination et leur exploitation pour renforcer les bases économiques du pays¹⁶. En faisant disparaître les groupes de classe basés sur l'origine (le sang, la race), ce système libéral s'est mis à réguler implicitement la participation politique et les ressources à partir des différences culturelles. C'est sur ces différences que s'établit la citoyenneté guatémaltèque et sa négation conjointe, sur la base du binôme Indigène-*Ladino*. La conscience nationale s'élabore autour d'une identité citoyenne spécifique : l'identité *ladina*. Cet imaginaire place l'Indigène comme un citoyen de deuxième ou de troisième catégorie, car il est perçu comme inutile à la nation¹⁷.

La combinaison de la pensée coloniale conservatrice *criolla* puis libérale *ladina* engendre un paradoxe dans la domination ethnique. D'un côté la nation se conçoit comme uniforme, en niant l'existence d'une culture distincte à celle officielle au sein de la nation. Mais petit à petit le métissage devient la culture nationale en privilégiant la domination blanche. Il s'agit

14. Martínez Peláez, *La patria del criollo*.

15. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

16. Bastos et Camus, « Multiculturalismo y pueblos indígenas ».

17. Garcá-Ruiz, « L'émergence politique des sociétés mayas dans le contexte de l'État-nation au Guatemala ».

alors de promouvoir l'assimilation des Indigènes, leur incorporation à la nation, notamment en les rendant hispanophones par des dispositifs éducatifs. L'éducation est ainsi présentée comme un instrument de « ladinisation », c'est à dire une manière de « rendre *ladinas* » les populations du Guatemala, et particulièrement les Indigènes, en tant que condition préalable à la possibilité d'exercer des droits citoyens. Mais le droit constitutionnel à l'éducation pour tous ne s'appliquait, en pratique, que pour les *Ladinos* urbains. L'éducation des Indigènes est renvoyée à la responsabilité de ceux qui avaient peu d'intérêt pour son développement : les propriétaires des plantations qui disposaient de la main d'œuvre indigène. L'éducation en tant qu'instrument idéologique de ladinisation autour de symboles nationaux ne s'applique donc qu'aux populations non-indigènes. Elle renforce alors l'affirmation de l'existence d'un groupe *ladino*, assimilé au groupe de citoyens guatémaltèques. De ce fait, l'extension réelle du système éducatif aux populations *ladinas*, et uniquement à ces populations, a été fondamentale pour la distinguer plus fortement socialement et politiquement de ceux qu'il fallait exclure de la condition de citoyen : les Indigènes¹⁸. Ce cas est spécifique au Guatemala, par opposition à l'application intense de politiques assimilationnistes dans les pays voisins, faisant peu à peu disparaître la catégorie indigène. Au Guatemala, la nation ne s'est finalement jamais construite depuis la rédemption de l'Indigène dans le métissage indifférencié, mais depuis une fracture sociale de la population en deux étiquettes ethniques dichotomiques et même antagoniques : celle de l'Indigène et celle du *Ladino*, qui perpétuent le pacte colonial de la coercition indigène. Les Indigènes sont ainsi restés un collectif social présent, numériquement très important, mais subordonné aux intérêts de l'État, de l'oligarchie et de la bourgeoisie *ladina* naissante, entre la ségrégation et de timides intentions d'assimilation¹⁹.

La construction de la nation depuis la Réforme Libérale de 1871, a donc permis de considérer que les *Ladinos* étaient les seuls citoyens qui avaient des droits politiques, par opposition aux Indigènes, considérés arriérés et incapables d'exercer ces droits, et dont la culture nuisait à la construction nationale. On les renvoyait alors à une seule utilité : l'exploitation de leur travail dans les plantations agricoles en pleine expansion²⁰. Cette politique libérale promulgue une législation qui permet de mettre la main-d'œuvre indigène à disposition des propriétaires terriens et des dirigeants d'entreprises agricoles, notamment par des mesures autorisant la surexploitation et la migration forcée²¹. La construction d'une citoyenneté guatémaltèque, concomitante à la disqualification des Indigènes sur des motifs culturels, les reliait alors d'autant plus à des positions subalternes. Ils sont contraints de se mettre à la disposition d'un « développement de la nation », idéologisé vers les intérêts des nouveaux capitaux et propriétaires terriens²².

En 1901, l'entreprise états-unienne *United Fruit Company* achète massivement des terres au Guatemala pour y produire du café, des bananes et du sucre. Elle devient en quelques années le plus gros propriétaire terrien du pays. Le développement économique national guatémaltèque dépend de plus en plus des investissements et des exportations nord-américaines²³. Dans la première moitié du XXème siècle, l'aggravation de l'inégalité dans la répartition des terres engendre des inégalités sociales de plus en plus fortes. Le climat social et politique se durcit, surtout dans les zones rurales. À partir des années 1930, sous le gouvernement de Jorge Ubico, se développent des dispositifs policiers et militaires, ainsi qu'une législation facilitant la

18. Bastos, « Educación y sistemas de dominación étnica : la interculturalidad como pregunta ».

19. Taracena Arriola, *Etnicidad, estado y nación en Guatemala*.

20. Adams, *Etnicidad e igualdad en Guatemala* ; Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

21. Martínez Peláez, *La patria del criollo*.

22. García-Ruiz, « L'émergence politique des sociétés mayas dans le contexte de l'État-nation au Guatemala ».

23. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

répression des populations indigènes rurales, leur travail forcé dans les grandes plantations ou leur enrôlement contraint dans l'armée. Des privilèges sont accordés aux officiers militaires les plus dévoués, à qui on offre de vastes propriétés terriennes. Le salaire et les conditions de vie et de travail des journaliers agricoles indigènes se dégradent, et les propriétaires terriens sont autorisés à les abattre s'ils quittent les plantations sans autorisations²⁴. Pour Ubico, les hommes indigènes seraient amenés à s'alphabétiser et à se « civiliser » au sein des casernes, dans le cadre d'une mobilisation militaire obligatoire. C'est pour cela qu'il ne juge pas nécessaire d'autoriser l'ouverture d'un Institut Indigéniste au Guatemala, bien qu'il y ait adhéré par convention, lors du 1^{er} Congrès indigéniste inter-américain au Mexique en 1940. Pour autant, l'Indigène guatémaltèque se trouve soumis et contrôlé par des dispositions légales qui vont contre sa dignité, sa liberté et son bien-être, tel que le travail forcé²⁵. Durant toute la période des gouvernements libéraux, le pouvoir des propriétaires terriens s'est réaffirmé, dans l'exploitation de la richesse laborale indigène. Pour cela, le racisme ségrégationniste contre les Indigènes s'est perpétué conjointement au racisme assimilationniste, tant dans sa version co-active que civilisatrice et persuasive²⁶.

Dans les années 1940, les classes moyennes *ladinas* montrent une forte lassitude face à une société figée qui ne tient aucun compte de la montée de leur puissance économique. Le pouvoir politique reste aux mains de l'oligarchie agraire, de l'armée, et du capital étranger²⁷. De plus, la situation d'exploitation est telle qu'ils craignent une révolte indigène. De 1944 à 1954, se succèdent deux gouvernements qui mettent en place des grandes mesures socio-économiques, modérées mais symboliquement fortes, après des décennies d'une politique entièrement dévouée aux intérêts états-uniens et de l'élite *ladina* agro-exportatrice.

Le président Arévalo (1945-1951) abolit le travail forcé, récupère des terres offertes par Ubico à ses généraux ainsi que des *fincas* allemandes, autorise l'activité syndicale, impose l'égalité salariale entre hommes et femmes, interdit l'appropriation privée des terres communales, abolit la discrimination raciale et met en place un véritable plan d'éducation²⁸. La plupart de ces mesures demeurent sans résultats significatifs, si ce n'est de visibiliser les inégalités et d'impulser l'idée qu'il est impératif de procéder à des réformes politiques d'ampleur pour les réduire²⁹. Dès 1945, Arévalo permet l'organisation politique des Indigènes et promeut l'amélioration de leurs conditions économique, sociale et culturelle, en tant qu'intérêt national. L'ensemble de ces processus menés de 1944 à 1954, contribuèrent à une véritable et profonde politisation de certains secteurs indigènes, qui furent violemment réprimés après le coup d'État de 1954³⁰.

Arévalo crée l'Institut Indigéniste National pour concevoir une nouvelle politique sociale nationale auprès des populations indigènes et recenser leurs caractéristiques socioculturelles. Les instituteurs sont formés en prenant en compte les différents groupes linguistiques. Il s'agit réellement d'incorporer les groupes indigènes à la nation, en commençant par l'alphabétisation et l'éducation. La Révolution de 1944 permet donc enfin d'étendre le droit réel à l'éducation aux populations indigènes. Mais cette éducation persiste à être conçue depuis l'idéal d'une nation guatémaltèque homogène autour de l'identité *ladina*. La ladinisation est perçue comme le meilleur moyen d'atteindre une égalité. Il est notamment considéré impératif que tous les

24. Vigor.

25. Cojtí Cuxil, *El racismo contra los pueblos indígenas de Guatemala*.

26. Cojtí Cuxil.

27. Dasso, « Aux origines du coup d'État de 1954 au Guatemala ».

28. Dasso.

29. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

30. García-Ruiz, « L'émergence politique des sociétés mayas dans le contexte de l'État-nation au Guatemala ».

Indigènes puissent parler espagnol pour pouvoir exercer leurs droits. Dans ce contexte, les Indigènes sont encore associés à une certaine « arriération », mais cette fois en raison d'un système féodal d'exploitation qui perdure depuis la colonisation et ne leur a pas permis de se développer. Il faut alors les y aider par une éducation qui les amènera vers la citoyenneté, en parallèle d'une réforme agraire qui les rendra socialement libres. En ce sens, on peut considérer que la décennie révolutionnaire de 1944 à 1954 est finalement le seul moment où se développent des politiques indigénistes effectives, avec une réelle intention d'intégrer les populations indigènes à la nation dans une perspective assimilationniste. L'Indigène n'y est pas considéré comme un sujet culturellement distinct, mais comme un sujet arriéré depuis des siècles par la situation coloniale.

Árbenz Guzmán succède à Arévalo en 1951, avec 65 % des suffrages. Il instaure le début d'un système de sécurité sociale qui inclut la couverture des accidents du travail et de la maternité³¹. Mais surtout, il met en place une réforme agraire qui vise à réquisitionner des terres non-cultivées, en friche ou jachère, détenues par de grands propriétaires terriens, pour les redistribuer sans discrimination raciale aux paysans sans terre. Il est estimé qu'en 1945, 2 % de la population du pays possédait 72 % des terres cultivables et n'en exploitait que 12 %. Le Guatemala compte trois millions d'habitants, et la réforme d'Árbenz profite en peu de temps à 500.000 personnes pauvres, Indigènes et *Ladinos* confondus. Ils peuvent enfin accéder à un peu de terre, pour de l'agriculture vivrière principalement et la vente de surplus³². Les propriétaires des lots expropriés sont indemnisés en bons d'État à 3 % d'intérêt. Le montant de l'indemnité correspond à la valeur des parcelles, telle qu'elle figure dans la dernière déclaration de revenus. Les gros exploitants sont également amenés à payer des impôts, alors qu'ils en étaient presque totalement exonérés jusqu'alors. Par cette réforme modérée, Árbenz Guzmán cherche à développer une agriculture intégrée à une économie de marché et à transformer les rapports de production, pour adapter le Guatemala aux exigences de l'économie capitaliste et du libéralisme moderne, et l'ouvrir à l'industrie. L'économie guatémaltèque bénéficie grandement de ces changements, mais la *United Fruit Company*, particulièrement visée par cette réforme car, en 1950, elle ne cultive que 15 % des terres qu'elle possède, n'entend pas délaissier même une infime partie de ses avoirs et de ses privilèges. La firme refuse de supporter des contraintes auxquelles elle n'était pas habituée, telles que « *payer l'impôt, rendre des comptes devant les élus du peuple, respecter des lois sociales, accepter les règles de la concurrence et surtout voir son immense patrimoine écorné au nom de l'intérêt général* »³³.

La *United Fruit Company* cherche alors du soutien auprès de sa patrie états-unienne. Pour cela, elle mène des actions de propagande contre le gouvernement de Árbenz Guzmán en agitant le spectre de la menace communiste par des campagnes de désinformation, en plein début de guerre froide. Les actionnaires et les dirigeants de la firme ont de nombreux proches au sein de l'appareil d'État états-unien, notamment à la C.I.A., et mènent en parallèle une action de lobbying. En 1954, sous prétexte de lutte contre le communisme, Árbenz Guzmán est renversé par un coup d'État, orchestré conjointement par la C.I.A., la *United Fruit Company* et les propriétaires issus de l'oligarchie guatémaltèque dépossédés par la réforme agraire. Les petits paysans qui avaient bénéficié des terres saisies sur les grosses exploitations sont expropriés, souvent par la force. Le nouveau gouvernement supprime les taxes et impôts pour les sociétés étrangères. Il rend illégale l'action syndicale, ce qui engendra une grande répression, marquée par l'assassinat de 8000 syndicalistes paysans dans les deux premiers mois qui suivent le putsch. Le

31. Dasso, « Aux origines du coup d'État de 1954 au Guatemala ».

32. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

33. Dasso, « Aux origines du coup d'État de 1954 au Guatemala ».

vote à bulletin secret est également aboli.³⁴ En 1997, la déclassification partielle de documents d'archives de la C.I.A. confirmera le rôle prédominant de la *United Fruit Company* et des services secrets dans le coup d'État, ainsi que dans la mise en place des politiques qui ont suivi³⁵.

Cet événement politique décourage les Guatémaltèques aux idéaux révolutionnaires, qui se rendent compte qu'un changement ne se produira pas par les urnes, d'autant plus face à l'union des forces entre les États-Unis, les firmes étrangères, l'oligarchie et l'armée. Néanmoins, des groupes de résistances se forment autour de mouvements issus de la société civile, du milieu universitaire et syndical... La répression est immense et de plus en plus de militant·e·s rejoignent des groupes armés de guérillas, qui, en se cachant dans les montagnes, bénéficieront peu à peu du soutien ou de la participation de membres de communautés paysannes indigènes. Démarrent alors les 36 ans du conflit armé, marqués par d'innombrables violences et massacres.

Après 1954, l'idée d'assimilation reste ancrée, mais plus depuis le nationalisme populaire de la décennie révolutionnaire. Il est remplacé par un nationalisme militaire. Ce n'est pas un nationalisme intégrateur concernant la population indigène, mais un nationalisme *ladino* anti-indigène : « *si dans le pays des plantations de café, l'Indigène avait une raison d'exister, dans un pays « moderne », il n'a plus sa place* »³⁶. L'assimilationnisme reste au devant du point de vue rhétorique mais les pratiques ségrégationnistes se réinstaurent de plus belle. Ce nouvel assimilationnisme discursif se définit comme anti-communiste et contre-insurrectionnel. Ce nouveau support s'intègre à l'idéologie de ladinisation. Si la « modernisation » a touché les populations indigènes, dans le sens de leur urbanisation croissante, de leur emploi salarié, de leur poursuite d'études pour certains, cela ne les a pas amenés à faire disparaître leur identité indigène, ni dans leur manière d'être perçus, ni dans leur sentiment d'appartenance. L'exemple le plus flagrant est l'affirmation de l'identité maya avec l'émergence du mayanisme, par des élites indigènes urbaines, disposant d'importants capitaux économiques et culturels. C'est pourquoi on peut affirmer que la ladinisation est une idéologie éloignée d'une constatation scientifique de la réalité. Elle part de l'idée que certaines cultures sont arriérées, et que leur modernisation les fera disparaître. Il n'était pas imaginé que la culture maya pouvait se transformer et se moderniser, et revendiquer d'autant plus une appartenance identitaire indigène³⁷.

III La guerre (1960-1996) et l'exacerbation des tensions sociales

Entre 1960 et 1996, le Guatemala est le théâtre d'un conflit interne armé d'une extrême violence, souvent identifiée comme génocidaire. La Commission pour l'Éclaircissement Historique, mandatée par les Nations Unies, estime que :

*« la violence a été dirigée par l'État, depuis sa fondation autoritaire, exclusif et raciste, dans le seul but de protéger les intérêts de certains secteurs privilégiés minoritaires [...] contre les exclus, les pauvres - et particulièrement la population Maya - et contre ceux qui luttent en faveur de la justice et de l'égalité sociale ».*³⁸

Dès le début du conflit, les mouvements de guérilla se réfugient dans les montagnes de l'*Altiplano* pour mener leur combat. Or, cette région est habitée très majoritairement par des

34. Dasso.

35. Central Intelligence Agency, *CIA and Guatemala Assassination Proposals 1952-1954*.

36. Bastos, « Educación y sistemas de dominación étnica : la interculturalidad como pregunta ».

37. Bastos.

38. CEH, *Guatemala memoria del silencio*. p.51.

populations indigènes mayas, qui ont constitué une base de soutien et de recrutement pour les forces de guérilla³⁹. En effet, les inégalités, les discriminations et les conditions de vie difficiles ont convaincu beaucoup de personnes indigènes du bien-fondé des idéaux révolutionnaires. D'autant que des bases idéologiques étaient déjà en place localement, notamment à travers l'influence d'organisations catholiques proches du courant de la théologie de la libération, qui partage de nombreux points communs avec la pensée marxiste⁴⁰.

Pour s'opposer à ce mouvement, les dirigeants guatémaltèques ont mené des campagnes de terreur dans la région de *l'Altiplano*. Ils ont ordonné des centaines de massacres de populations civiles indigènes afin de fragiliser les bases stratégiques de la guérilla et de décourager la mobilisation des populations. Dans ces zones, l'État a formé des groupes para-militaires, dont la participation pour les habitants était contrainte, appelés Patrouilles d'Autodéfense Civile. Ces groupes armés avaient pour mission de trouver et de sanctionner durement les sympathisants des mouvements de guérilla. Certains patrouilleurs sont responsables de nombreux crimes, notamment des assassinats, des violences sexuelles et des extorsions, envers des personnes de leur propre communauté ou de communautés voisines. La participation des victimes de ces crimes dans la guérilla était rarement vérifiée ou avérée. Les violences étaient parfois liées à d'autres conflits, à propos de la propriété de la terre, ou simplement découlaient d'une volonté de prendre du pouvoir localement⁴¹. L'armée guatémaltèque recrute en masse de jeunes soldats durant toute la période du conflit et forme des milices spéciales d'anti-insurrection, les unités d'élite Kaïbiles⁴², qui infligent de terribles tortures et opèrent des massacres de villages entiers dans *l'Altiplano*⁴³. Pendant toute la période de guerre, les États-Unis financent et encadrent l'armée guatémaltèque⁴⁴, car ils veulent défendre leurs intérêts même au-delà de la protection face à la menace communiste. Ils envisagent notamment les possibilités d'implanter des multinationales extractivistes et agricoles, qu'il s'agit de sécuriser, dans les zones de *l'Altiplano*.

La guerre a fortement impacté les populations de *l'Altiplano*, du fait des violences, des disparitions, des déplacements forcés, des destructions, des expropriations, des conflits intra-communautaires. . . Au sortir de la guerre, ces communautés se sont retrouvées considérablement transformées, appauvries et toujours discriminées. Certaines d'entre elles ont pu bénéficier de projets humanitaires, d'autres ont choisi la migration vers le Mexique ou les États-Unis comme moyen d'améliorer leurs conditions de vie. Selon l'OIM, le nombre de Guatémaltèques vivant aux États-Unis est estimé entre 1 et 1,5 million en 2013, principalement des hommes, pour 14 millions d'habitant·e·s au Guatemala. Dans les communautés de *l'Altiplano*, beaucoup de personnes voient un lien fort entre les violences du conflit et celles qu'elles vivent actuellement.

IV La région de Huehuetenango, au cœur de la violence et de la mondialisation néolibérale

Comme on peut le voir, l'enjeu de la terre domine la vie politique au Guatemala, et provoque des démarches répressives disproportionnées, le plus souvent envers les populations rurales indigènes⁴⁵, dans un souci de protection des intérêts des firmes internationales et de

39. Le Bot, *La guerre en terre maya*.

40. Baum, « Théologie de la libération et marxisme ».

41. Sáenz de Tejada, *Víctimas o vencedores ?*

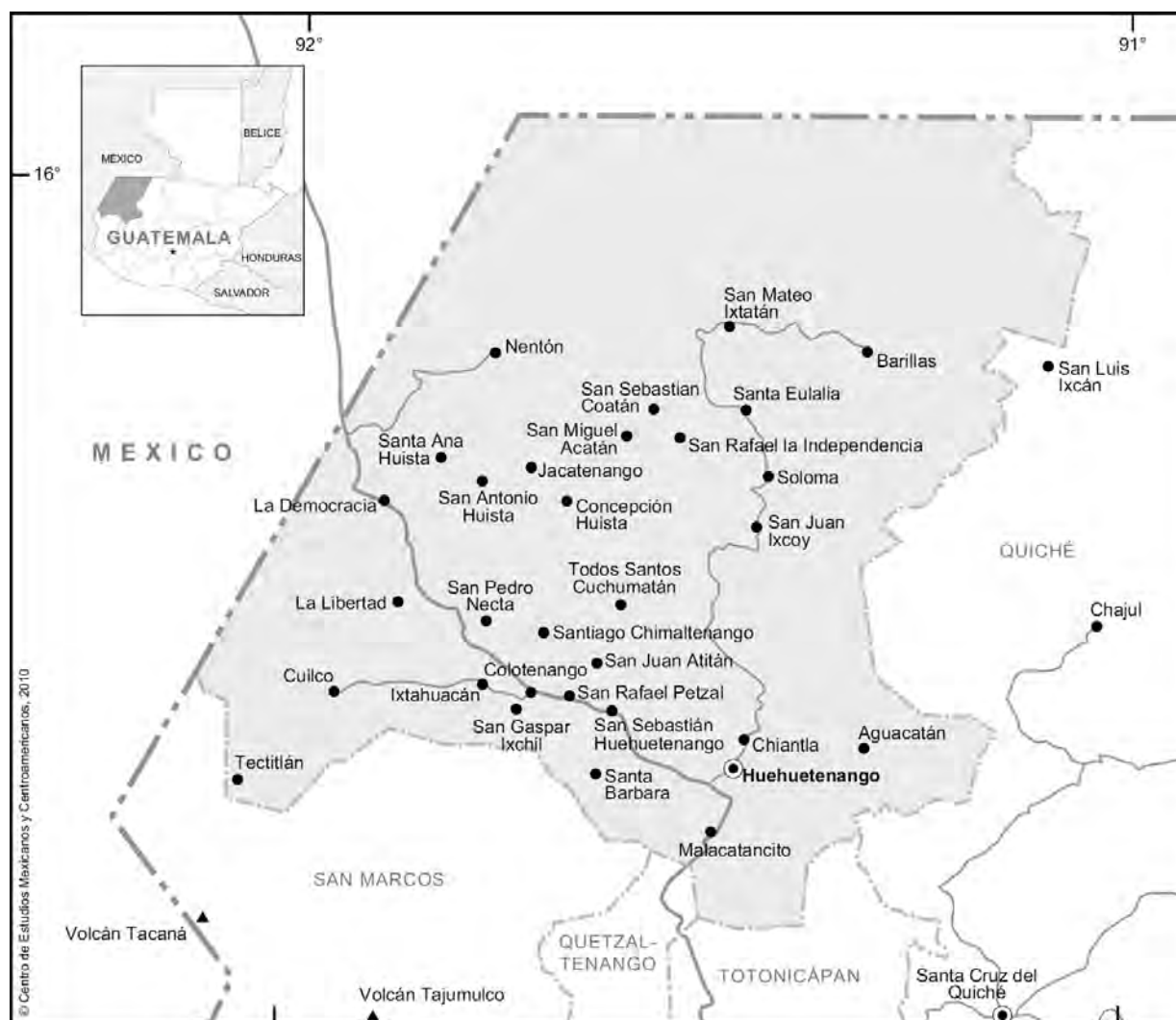
42. Aujourd'hui certains de ces anciens soldats d'élite kaïbiles ont rejoint des cartels de drogue mexicains, et entraînent des tueurs qui travaillent pour ces cartels.

43. Castañeda, *Los Pelotones de La Muerte*.

44. Dasso, « Aux origines du coup d'État de 1954 au Guatemala ».

45. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

l'oligarchie guatémaltèque. La région de Huehuetenango est particulièrement représentative de cette appropriation violente des territoires et des ressources, et des problèmes complexes que cela engendre localement.



Municipios du département de Huehuetenango

Huehuetenango est une région rurale et montagnaise d'un million d'habitants, située dans la zone de l'*Altiplano*, qui comprend plusieurs régions des plus densément peuplées en populations indigènes paysannes, largement majoritaires d'un point de vue numérique. C'est également l'une des zones où le conflit a été très important et où les violences se sont exacerbées. Il existe neuf ethnies mayas dans ce département ; l'ethnie mam est la plus nombreuse. Huehuetenango est composé de 32 *municipios* (sorte de canton), représentés sur la carte ci-dessus. Les Huehuetèques sont pour moitié catholiques et pour moitié évangéliques, hormis une petite quantité de mormons. Huehuetenango est une des régions où le taux d'analphabétisme est le plus élevé du pays, et les femmes sont les plus touchées. Dans les zones rurales, rares sont celles qui ont été à l'école. Le département est frontalier avec le Chiapas mexicain. C'est une zone où de nombreux passeurs et narco-trafiquants locaux ont largement développé leur activité ces dernières années.

La présente étude s'est déroulée principalement dans la capitale du département et dans les *municipios* mam de Todos Santos Cuchumatán, San Ildefonso Ixtahuacán et Colotenango (voir cartes en annexe). Ces *municipios* sont assez significatifs des dynamiques à l'œuvre dans les territoires indigènes du département, et plus largement du Guatemala, d'un point de vue politique, historique, économique, social, culturel...



Vêtement masculin de Todos Santos et broderies customisées

Todos Santos Cuchumatán est situé à trois heures de route de la capitale du département en saison sèche. Ce canton est réputé pour la beauté des montagnes qui l'entourent, et surtout pour ses pratiques culturelles. C'est l'un des rares endroits du pays où les hommes portent le vêtement dit « typique », ce qui attire de rares touristes. C'est un *municipio* agricole, où les personnes cultivent principalement du maïs, des pommes de terre, des haricots noirs, des fèves et des légumes verts. Le travail agricole rapporte très peu d'argent aux familles, qui utilisent leurs récoltes principalement pour l'auto-consommation.

Todos Santos est aussi l'une des municipalités du pays, et même d'Amérique Latine, les plus pourvoyeuses en candidats à la migration vers les États-Unis, ce qui reconfigure considérablement le panorama économique, social et culturel de cet endroit⁴⁶. Les transformations visibles provoquées par ces migrations se trouvent probablement dans l'amélioration des conditions matérielles de nombreuses familles qui construisent de grandes maisons en béton où flottent des drapeaux états-uniens⁴⁷. La migration représente avant tout une ascension sociale. C'est une possibilité pour les familles de financer les études des enfants, d'acquérir un petit commerce pour assurer des revenus fixes voire une retraite, de se mettre un peu à l'abri en cas de maladie grave, d'obtenir parfois du prestige social dans la communauté. Cependant, pour les jeunes mères, les conditions matérielles d'existence deviennent parfois très difficiles, car elles sont régulièrement abandonnées par leur conjoint ayant migré aux États-Unis. Aussi, comme

46. Burrell, « Migration and the Transnationalization of Fiesta Customs in Todos Santos Cuchumatán, Guatemala ».

47. Aussi dans la customisation des vêtements dits « typiques » par l'ajout de fausses coutures Levis, de têtes de mort, ou encore d'insignes Nike cousues sur les pantalons tissés, comme on peut le remarquer sur la photo ci-dessus.

dans tout le département, les organisations familiales sont très sujettes à des transformations en raison de ces migrations massives, qui ont été impulsées pendant le conflit armé.

Durant la guerre, une minorité de Todosanteros ont rejoint ou soutenu la guérilla. Pour enrayer les processus de recrutement insurrectionnel, dans les années 1980, l'armée a organisé les Todosanteros en Patrouilles d'Autodéfense Civile. Les Todosanteros qui se sont enrôlés dans ces groupes paramilitaires considèrent qu'ils n'ont pas vraiment eu le choix, car s'ils ne se portaient pas volontaires, on risquait de les considérer comme proches des guérilleros⁴⁸. C'est pourquoi Todos Santos a plutôt la réputation d'avoir affirmé son soutien à l'armée, mais la réalité des alliances et des adhésions aux différents discours et groupes politiques est beaucoup plus complexe⁴⁹. Les autorités locales de Todos Santos, au moment de cette étude, appartiennent au parti politique d'extrême droite répressive du président Otto Pérez Molina, ex-général en charge de la zone où il y a eu le plus de massacres durant le conflit armé.



Écriteau de protestation contre l'implantation minière et hydroélectrique - Colotenango

Les municipalités voisines de San Ildefonso Ixtahuacán et de Colotenango constituent l'une des zones les plus pauvres du département et du pays. Cette zone a été particulièrement touchée par les massacres et les violences sexuelles durant le conflit armé. Elle a pour réputation d'avoir été un « vivier à guérilleros ». Aujourd'hui elle est toujours considérée très « vindicative » par les *Ladinos* du département, en particulier en raison de l'engagement de certains *leaders*

48. Ce qui était d'ailleurs le cas pour certains d'entre eux avant d'entrer dans les patrouilles, même s'ils ne l'avouent qu'à demi-mots.

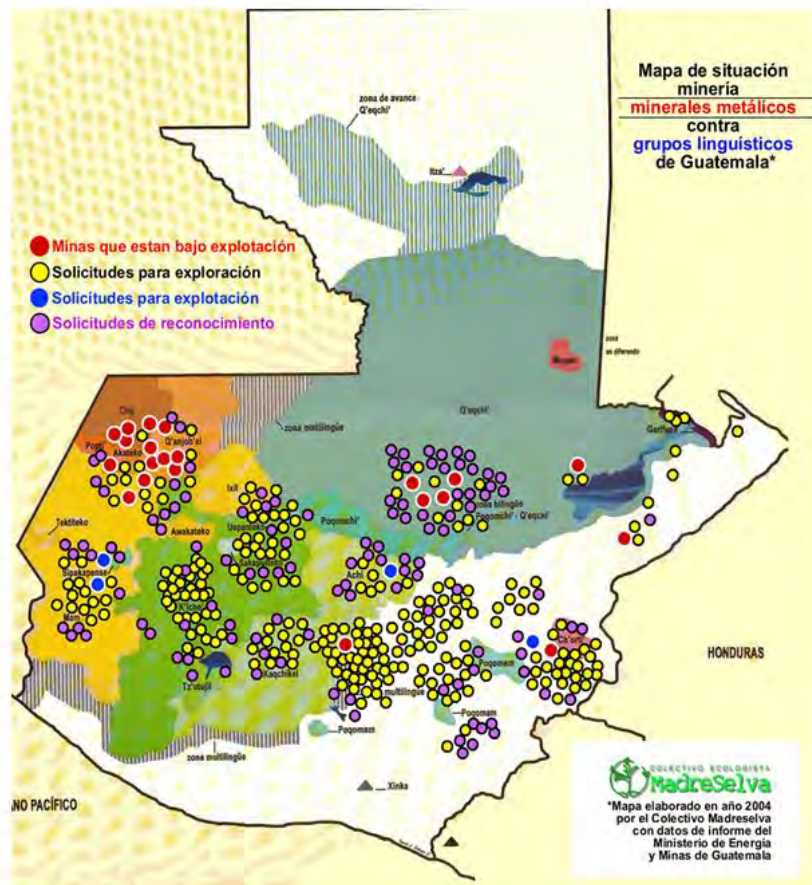
49. Burrell, *Maya after War*.

communautaires⁵⁰ dans les luttes sociales et dans le parti URNG-MAIZ (ancien parti de guérilla associé à un parti paysan auquel appartient Rigoberta Menchú - Ch3-I-2).

Il faut dire que les blessures du conflit dans certaines zones du département ressemblent plus à des plaies ouvertes qu'à des cicatrices. Les conflits entre les groupes se sont aussi approfondis dans la lutte contre l'activité minière et hydroélectrique d'entreprises nord-américaines et européennes, implantées dans la région et qui cherchent à s'étendre. Généralement, on peut remarquer, qu'au sein des communautés, les personnes qui refusent l'implantation de ces entreprises sur leurs territoires sont plutôt affichées comme celles qui furent des soutiens à la guérilla de l'époque du conflit. Ceux qui soutiennent l'implantation sont peu nombreux et ont souvent été proches des groupes paramilitaires. Si l'activité minière est si critiquée, c'est qu'elle pollue énormément, qu'elle confisque des droits et détruit des territoires, qu'elle augmente l'alcoolisme, les difficultés économiques et la violence intra-familiale, et enfin qu'elle entraîne une répression inouïe. Ces implantations se pratiquent surtout dans les territoires indigènes, comme on peut le voir sur cette carte :

Mapa de la ubicación de los pueblos indígenas en Guatemala

Este mapa muestra como las licencias mineras coinciden con los territorios de los pueblos indígenas en Guatemala



Correspondances entre licences accordées aux exploitations minières et zones indigènes

Sur la carte, Huehuetenango apparaît comme la zone où l'activité minière est actuellement la plus dense. Les licences accordées aux multinationales pour mener cette activité n'ont pas fait l'objet d'une consultation des habitant·e-s de ces territoires. Or, la plupart des *leaders* communautaires huéhuétèques réclament que les populations soient consultées, comme cela est préconisé dans les accords de paix et prévu par la Convention 169 de l'Organisation

50. Terme couramment employé pour désigner des membres de la communauté qui disposent d'un pouvoir symbolique de guide, en raison de leur charisme ou de leur dévouement à la communauté.

International du Travail, ratifiée par le Guatemala. Ils dénoncent publiquement, souvent au prix de leur vie, des exactions commises par ces entreprises (expansion sur des territoires non-octroyés, déversements de produits non-autorisés dans les rivières, séquestrations et disparitions d'opposant·e·s, signature de faux contrats, engagements écrits non-respectés, exploitation des travailleurs, risques trop élevés dans les conditions de travail et pas de compensation matérielle aux familles en cas d'accident, de maladie ou décès...). Beaucoup de ces *leaders* communautaires sont des femmes, car leurs actions et leur présence dans les luttes est prépondérante dans l'histoire guatémaltèque, d'autant qu'elles sont généralement les plus affectées par les oppressions multiples qui se sont construites et transformées au fil du temps.



Entretien à San Ildefonso Ixtahuacán

Chapitre 2

Accès aux terrains et choix méthodologiques

« Chaque texte écrit par des chercheurs en sciences humaines n'est pas le reflet d'une réalité mais plutôt celui d'une sensibilité »¹

L'enquête présentée ici est issue d'un travail ethnographique qui s'est déroulé sur quatre années. Un recueil de données, des observations participantes et une soixantaine d'entretiens ont été menés dans le département de Huehuetenango, durant deux mois en 2012, cinq mois en 2013, cinq mois en 2014, un mois en 2015. Assez vite, j'ai repéré plusieurs types d'acteurs auprès desquels mener mon enquête : institutionnels, professionnels, communautaires.

Pour comprendre au mieux la complexité du monde social que j'ai étudié, j'ai opéré des choix méthodologiques, selon des logiques que je tenterai ici de restituer. Prendre conscience du façonnage de mon matériau en fonction des chemins que j'ai empruntés dans mon travail de terrain a alimenté la construction, le traitement et l'analyse de mes données. À travers une démarche réflexive, je tâcherai de témoigner du rapport subjectif par lequel j'ai appréhendé mon objet, car *« l'objectivation scientifique n'est complète que si elle inclut le point de vue du sujet qui l'opère »²*. Afin d'objectiver les analyses qui seront présentées dans ce manuscrit, je décrirai donc brièvement les différents terrains qui ont servi de base à cette thèse, la manière dont j'y ai accédé, les choix méthodologiques opérés, et les principales difficultés que j'ai rencontrées dans cet exercice.

I Terrain auprès d'acteurs institutionnels

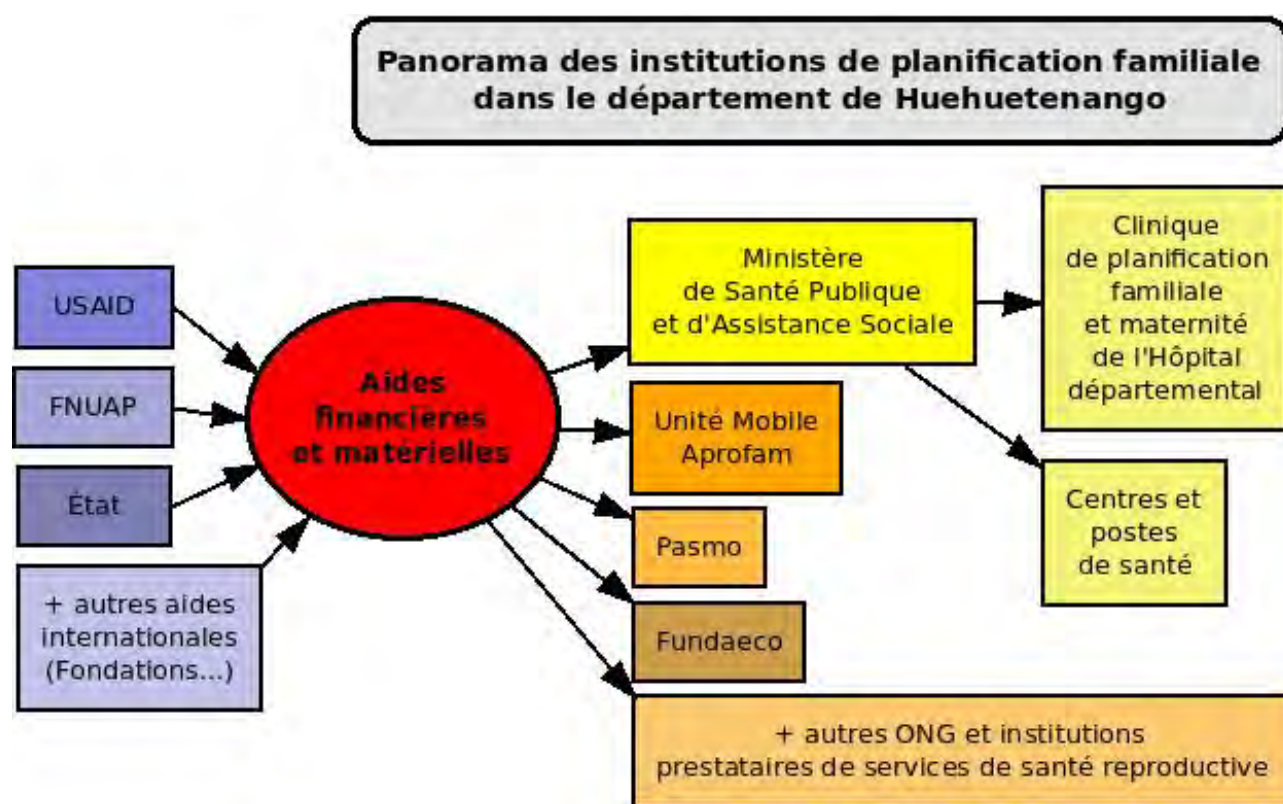
1 Sonder le discours institutionnel à partir des sources écrites et audiovisuelles

Pour comprendre le fonctionnement des programmes de planification familiale au Guatemala, j'ai d'abord exploré de nombreux rapports écrits, ou autres supports de présentations, produits par des institutions finançant ces programmes, ainsi que des interviews médiatisées de responsables de ces institutions. L'exploitation de sources écrites et audiovisuelles institutionnelles, disponibles sur internet, avaient pour objectif principal de saisir les idéologies affichées qui sous-tendent les financements de ces programmes. J'ai par la suite enrichi ces premières données par une ethnographie des supports éducatifs fournis par ces institutions aux professionnel-le-s de santé, à destination des populations ciblées par les programmes.

1. Ghasarian, De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive.

2. Bourdieu, « L'objectivation participante ».

Lors de mon arrivée dans le département de Huehuetenango, en septembre 2012, j'ai pu visualiser un panorama d'institutions et d'organisations publiques et privées, dont l'action était directement en lien avec des programmes de planification familiale et de santé reproductive. J'ai uniquement ciblé les programmes comportant une dimension non-lucrative, et dont l'accès était le plus généralement gratuit. Il s'agit donc des programmes les plus accessibles, qui touchent le plus d'usagers dans tout le département, généralement menés dans les structures fréquentées par les populations modestes. J'ai réalisé des entretiens avec les responsables locaux des institutions que j'ai identifiées, publiques (en jaune sur le schéma ci-dessous) et non-gouvernementales (en orange). Je les interrogeais principalement sur les modalités d'application des demandes formulées par les organismes finançant les programmes dont ils avaient la charge (en bleu sur le schéma). Au cours de mes terrains, je me suis ainsi entretenue avec des membres de direction de l'Hôpital National de Huehuetenango, de centres de santé ruraux, d'antennes locales d'ONGs (Aprofam, Pasmó, Fundaeco), de fondations... J'ai également assisté à des réunions entre différents responsables d'institutions dans le cadre de la mise en place d'actions collectives institutionnelles d'amélioration de la santé reproductive sur le département.



2 Décortiquer les postures institutionnelles dans des entretiens avec des administrateurs locaux

Dans un premier temps, les discours des responsables administratifs locaux ne différaient pas vraiment de celui, officiel, des institutions auxquels ils étaient rattachés. Au cours des trois années de terrain, nos rencontres régulières et dans divers espaces ont permis la poursuite plus libre d'entretiens informels. J'ai ainsi eu accès à des informations essentielles, que je n'avais pas jusqu'alors, tels que des politiques non-officielles de quotas (voir Ch4-III-2)

Il est important de préciser que les rencontres avec ces responsables institutionnels se sont systématiquement réalisées par le truchement de personnes tierces en qui ils avaient confiance. Ma présence au sein des institutions n'a aucunement posé problème. J'ai toujours été accueillie

chaleureusement, alors même que peu de ces responsables ont réellement cherché à comprendre les enjeux de ma recherche.

Notes de terrain - Huehuetenango - 13 mars 2013 -

Je commence à comprendre les rapports hiérarchiques au sein de l'Hôpital et de l'ONG Aprofam. Cela me permet de situer la manière dont se transmettent les programmes de santé reproductive, de leur conception à leur application la plus directe. Je repère par exemple des relations clientélistes et corporatistes à travers les pratiques de politesse (tutoiement entre les personnes titulaires d'une licence, vouvoiement pour tous les autres...), des accès privilégiés à certaines informations ou encore à certains espaces en fonction du statut, des consignes strictes de la hiérarchie et des marges de manœuvres de ceux qui les appliquent, les manières dont s'organisent les processus décisionnels, dans une dimension large comme dans des cas concrets. . . J'ai ainsi plus d'éléments pour comprendre quels sont les espaces, les personnes ou les informations auxquels on me donne volontiers l'accès, et celles que l'on me refuse, ou plutôt qu'on évite de mettre en avant.

Grâce à ma meilleure connaissance du terrain, et des enjeux liés aux questions de santé sur ce territoire j'ai commencé à percevoir les normes, les codes et les valeurs présentes dans le fonctionnement de ces institutions et organisations, et à m'y familiariser. Cela m'a permis de développer ma réflexivité quant aux biais par lesquels j'ai recueilli mes données.

II Terrain au sein des structures de santé

1 Accès au terrain des professionnel-le-s : nécessité de l'observation participante

J'ai choisi pour ce terrain d'assister, quotidiennement et durant de longues périodes, à des consultations et des interventions de services médicaux, sociaux et administratifs de planification familiale, principalement au cours de mon second terrain, en 2013.

J'ai ainsi ethnographié des structures de santé reproductive publiques :

- la clinique de planification familiale de l'Hôpital du département à Huehuetenango
- la maternité de l'Hôpital
- le service de planification familiale du centre de santé de la municipalité mam de Todos Santos.

J'ai également accompagné durant plusieurs mois les interventions de l'unité mobile de l'ONG Aprofam, le plus gros prestataire de services de planification familiale médicalisée au Guatemala. Cette équipe mobile, composée de huit membres, réalise des journées d'application de méthodes contraceptives, appelées *jornadas*, dans différents centres de santé du département.

Les méthodes d'enquêtes sur ce terrain étaient principalement des entretiens informels, des observations, régulièrement par procédés de recension³. J'ai ainsi cherché à repérer et noter systématiquement des éléments récurrents et exceptionnels des consultations, en précisant les caractéristiques des profils sociologiques des patientes.

J'ai choisi de passer par l'intermédiaire des responsables institutionnels pour accéder au second niveau d'acteurs : les professionnel-le-s chargé-e-s de l'application de ces programmes. Ce mode d'accès au terrain pose évidemment la question du biais par lequel les professionnel-le-s me

3. Olivier de Sardan, « La politique du terrain ».

donnent à voir leurs pratiques, et me les commentent. L'introduction auprès de ces acteurs de terrain par la demande d'autorisations préalables des responsables d'institutions a conditionné, dans un premier temps, un discours de survalorisation de l'institution et de réinterprétation de ce qu'elle attend. Surtout à l'hôpital, où ma présence en tant qu'observatrice a été imposée au personnel, favorisant une méfiance envers moi, perçue comme une potentielle figure de contrôle hiérarchique du travail accompli par les équipes médicales. Introduite par l'institution, il était peu probable que les personnels se montrent critiques envers elle devant moi. Ils avaient au contraire tendance à me donner en permanence des « gages d'allégeance » à celle-ci⁴.

Observation du service de planification familiale du C.A.P de Todos Santos - 20 juin 2014 -

Aujourd'hui, à la salle de planification familiale, il y a un aide-soignant de Jacaltenango que je ne connais pas. Il pense directement que je viens pour le contrôler. Il me demande si je vais faire quelque chose avec les patientes. Je dis que non, que je vais juste observer les consultations pour voir quels types de services viennent chercher les patientes, quelles sont leurs questions, etc... Il me dit que si j'ai des commentaires à faire qu'il sera très honoré de recevoir mes critiques. Je lui réponds que je ne suis pas là pour contrôler son travail. La première patiente vient pour son injection contraceptive mensuelle, elle dit que normalement elle doit la mettre le lendemain, mais que le poste de santé de sa communauté est fermé ces jours ci. En me regardant en coin, l'infirmier lui demande : « *comment ça va avec votre méthode ?* ». Il est évident qu'il demande ça parce que je suis là. Même la patiente est surprise de cette question. Elle répond enthousiasmée à l'idée de partager ses préoccupations : « *j'ai beaucoup de pertes, blanches, ça fait trois mois. Et j'ai des douleurs de tête depuis cinq ans que j'utilise cette injection* ». L'infirmier répond simplement de ne pas se préoccuper pour ça, et de passer au service général de consultations, pour qu'on lui donne des comprimés. Puis, il se tourne vers moi et se justifie de s'approprier à lui injecter le contraceptif : « *je ne sais pas si pour vous c'est bien que je l'injecte un jour avant la date ? C'est qu'elle vit très loin et demain c'est samedi et la prestataire de santé où elle vit ne pourra pas le faire...* ». Il l'injecte, elle sort. Je clarifie une fois de plus pourquoi je suis là à l'aide-soignant, et que je ne compte pas contrôler son travail. Il me dit qu'aujourd'hui c'est un peu difficile de bien s'occuper des patientes parce qu'ils sont seulement deux pour tout le centre de santé à les recevoir. Aucun des deux ne parle mam, et ils peinent à se faire comprendre en espagnol par les patientes.

Observation clinique planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 1^{er} mars 2013 -

La Docteure Irina et l'aide-soignante Evi se décident enfin à me demander pourquoi je prends autant de notes pendant les consultations. Je profite de cette question d'ouverture pour tenter de gagner leur confiance sur le fait que je ne les contrôle pas, sans qu'elles sentent que je me justifie. Je leur explique que je note par exemple le fait que les patientes font des frottis de façon répétée sans venir chercher les résultats, que ça me sert à voir comment les femmes gèrent et perçoivent leur santé reproductive, que je note les questions que posent ces femmes... La docteure, soulagée autant que moi, me montre avec enthousiasme la pile énorme de résultats de frottis que personne n'est jamais venu réclamer, en me précisant que ce n'est que ceux de 2012. Puis, elle me cite une série interminable de questions que posent les patientes et auxquelles elle a du mal à répondre. Elle m'explique, sur le ton de la confiance, que ses réponses sont parfois peu protocolaires, mais que la direction ne connaît pas toujours les réalités du terrain.

4. Fournier, « Attention dangers ! »

En observant le travail de personnels de santé qui me percevaient comme inspectant leurs « bonnes » pratiques, j'avais alors moi-même le sentiment de « mener des observations sous surveillance »⁵. Cependant, comme le montre Olivier Kahola dans son étude auprès de personnels d'un commissariat de Lubumbashi, si l'observateur ethnographique accédant à son terrain par le biais hiérarchique peut d'abord être perçu comme un « espion », un « intrus à la solde de l'autorité », il est toutefois possible de renverser cette impression, afin de pénétrer de nouveaux espaces de discours et de pratiques, jusqu'ici « dissimulés »⁶. Tout comme Kahola, j'ai surinvesti dans un premier temps l'une de mes identifications sur le terrain : mon statut étudiant. J'ai alors démontré des signes d'ignorance mêlée de passivité, laissant suggérer une certaine naïveté complaisante, jamais critique, quel que soit ce que l'on me donnait à voir et à entendre. Je n'ai pas réalisé d'entretiens formels au sein des équipes médicales que j'ai fréquentées, afin de ne pas les inquiéter sur l'une ou l'autre de mes préoccupations qui pourraient transparaître dans mes questions⁷. De plus, les entretiens formels auraient pu accentuer les distances. J'ai plutôt opté pour une libération de la parole et des actes, par un partage quotidien et des échanges autour de sujets variés, même en déconnexion avec l'enquête, en démontrant une forte curiosité et un désir d'apprentissage. Cette situation a permis mon acceptation évidente au sein des équipes. Sans finalement éclaircir complètement les raisons de ma présence et les enjeux de mon travail, au cours des trois années de terrain, les relations de confiance que j'ai nouées ont effacé le caractère perturbant de cette situation d'enquête, restée confuse chez les professionnel-le-s enquêté-e-s.



Avec une partie de l'équipe mobile d'Aprofam

Aussi, la posture de survalorisation de l'institution qu'ils/elles ont adoptée dès mon arrivée s'est peu à peu estompée, au profit d'une posture de défense des choix qu'ils/elles sont

5. Fournier, « Des observations sous surveillance ».

6. Kahola, « Une semaine d'enquêtes ethnographiques dans les commissariats de Lubumbashi ».

7. Kahola.

amené·e-s à opérer au quotidien, en négociant entre des injonctions institutionnelles, critiquables car parfois déconnectées des réalités du terrain, notamment au niveau des moyens fournis. Le partage prolongé d'un quotidien, des échanges moraux et matériels, une participation aux activités internes et externes qui m'ont été proposées, ont permis de développer de profonds rapports de confiance avec certain·e-s professionnel·le-s. Mais cette relation de confiance s'est aussi construite en testant mes réactions aux discours discriminants et pratiques limites du point de vue de l'éthique médicale auxquelles j'ai été exposée. J'ai pour cela été incitée à « me compromettre », à « devenir complice », en quelque sorte, de ces pratiques⁸. L'observation participante, sollicitée par les personnels médicaux, a constituée pour eux une manière de m'impliquer, même lorsqu'il s'agissait simplement de me demander d'inscrire dans le registre des patientes dont le consentement était manipulé, ou qui étaient traitées de façon violente.

Ainsi, dans un premier temps, j'ai pu relever les postures que les professionnel·le-s pensaient attendues des institutions. Leurs signes de précautions m'ont permis de repérer un certain nombre d'enjeux concernant les pratiques et discours que j'étudiais⁹. Dans un second temps, j'ai eu accès à d'autres informations. J'ai vu apparaître des nuances, des contradictions, un retour à des pratiques courantes et un discours plus libre, décomplexé.

2 Limites du terrain auprès de patient·e-s

Au sein des structures de santé, le terrain auprès des patientes s'est révélé compliqué, en raison de mon identification à une médecin. Peu de fois, j'ai réussi à développer avec elles une relation de confiance permettant l'émergence d'un discours non-conditionné par la perception de mon statut de personnel soignant. Les patientes acquiesçaient systématiquement aux questions que je formulais, comme elles le font avec n'importe quel personnel de santé. Acquiescer de la sorte, quand on ne comprend pas une question ou qu'on essaye de donner la réponse attendue, est une stratégie utilisée par de nombreuses femmes indigènes pour que les personnels les laissent accéder au service qu'elles souhaitent. Cette stratégie, je l'ai découverte dans les communautés, en discutant avec certaines femmes. C'est donc uniquement par une entrée depuis les communautés que j'ai pu obtenir des informations différentes que celles que les patientes donnent aux personnels soignants dans le contexte de la consultation hospitalière.

III Terrain dans la ville de Huehuetenango et dans plusieurs communautés

1 Le terrain en dehors du terrain : utilisation de discours urbains variés

Le département de Huehuetenango est très peu fréquenté par des étranger·e-s blanc·he-s, c'est à dire des personnes qui ne soient ni *Ladinas*, ni Indigènes. Ma présence à Huehuetenango avait donc tendance à intriguer. De ce fait, il était fréquent que des personnes m'interrogent sur les raisons de ma présence sur place.

**Mercedes, Paloma, Isabel - Huehuetenango - 48, 53, 56 ans - *ladinas*
- 28 mars 2014 -**

Paloma me demande sur quoi je travaille. Comme d'habitude je raconte que je travaille sur la santé reproductive dans le département de Huehuetenango et sur la planification familiale. Et comme les autres personnes *ladinas* à qui je dis ça, elles entrent automatiquement dans un registre anti-natalité indigène : « *ah oui c'est un très gros problème ici la planification familiale... parce que les gens indigènes tu comprends, ils ont trop d'enfants, ils ne planifient pas, ça cause de gros problèmes...* »

8. Kahola ; Rodgers, « Haciendo del peligro una vocación ».

9. Fournier, « Des observations sous surveillance ».

Les personnes rencontrées dans la ville de Huehuetenango avaient systématiquement quelque chose à dire sur la planification familiale locale. Elles l'exprimaient spontanément dès l'évocation de mon sujet, comme on peut le voir dans cet extrait d'entretien. Souvent, ces personnes liaient leurs commentaires à ce qu'elles perçoivent comme la vision politiquement correcte sur le sujet pour une Européenne universitaire blanche. Cependant, ce discours se nuancait au fur et à mesure que je les fréquentais. Approfondir mes relations avec certaines de ces personnes m'a amenée à repérer plusieurs niveaux de discours existant sur la planification familiale localement, et à dépasser un discours construit pour une interlocutrice européenne. Cela ne signifie pas que je suis passée outre le niveau de discours du premier contact, car il est très significatif. Je l'ai donc étudié conjointement à l'évolution temporelle et contextuelle d'autres niveaux de discours.

2 Questionner la vie sexuelle et reproductive : entretiens formels et informels

Lors de mes séjours de terrains, pour des raisons économiques et pratiques, je résidais principalement dans un internat de la ville de Huehuetenango, géré par une ONG espagnole, en compagnie d'une soixantaine de jeunes filles de 14 à 19 ans, de communautés rurales de la région. Cet internat est destiné à donner à ces filles, dont les familles vivent dans une pauvreté extrême, un cadre de travail pour qu'elle accèdent à des formations diplômantes, équivalentes à un CAP, BEP ou baccalauréat.

Je me suis liée d'amitié avec de nombreuses internes, avec lesquelles j'ai pris l'habitude de discuter quotidiennement. Dans cet internat, j'ai compris beaucoup d'éléments de la vie sociale, familiale, sentimentale et sexuelle de ces jeunes filles, indigènes et *ladinas*, toutes issues de milieux très modestes. J'ai eu également l'occasion de les observer lors d'ateliers organisés par l'ONG espagnole, sur des thèmes liés à la planification familiale et à la sexualité.

Au cours de mon troisième terrain, en 2014, j'ai réalisé une soixantaine d'entretiens formels, de femmes mam rurales en grande majorité, afin de rendre compte du vécu d'expériences reproductives et contraceptives, de leurs points de vue et de leurs représentations de la planification familiale¹⁰. Ces entretiens ont également concerné quelques personnes *ladinas*, et/ou de milieu urbain, et/ou des hommes.

Les entretiens ont consisté principalement à retracer des trajectoires, « *comme série des positions successivement occupées par un même agent (ou un même groupe) dans un espace lui-même en devenir et soumis à d'incessantes transformations* »¹¹. Les questions abordaient particulièrement :

- les parcours de vies et les organisations familiales : parcours sociaux, scolaires, professionnels, organisationnels, sexuels, concubins, parentaux, migratoires, religieux...
- les rapports à la santé et au corps : maladies, recours à différents types de médecine, ressources stratégiques d'utilisation des structures de santé, rapport à ces services...
- les représentations de la planification familiale (médicalisée ou non) : savoirs, sources de ces connaissances, expériences de contraception, rumeurs sur l'utilisation contraceptive...
- les rapports à la société guatémaltèque et aux questions culturelles, politiques et sociales : vécu de discriminations ou de violence, représentations de soi et des autres (régionale, ethnique, genrée...), réputations locales, configurations et constructions identitaires...

10. Olivier de Sardan, « La politique du terrain ».

11. Bourdieu, *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*.

J'ai réalisé ces entretiens dans la municipalité de Huehuetenango, capitale du département, à majorité *ladina*, ainsi que dans trois municipalités rurales mam (voir cartes en annexes) : Todos Santos Cuchumatán (chef-lieu et communautés de Batzalom, de El Pajón et de Chia-bal), San Ildefonso Ixtahuacán (chef-lieu et communauté d'Ixcul¹²), Colotenango (communauté d'Abalac¹³).

Les communautés des trois municipalités ne représentent pas l'ensemble du département, puisqu'il s'agit uniquement de communautés mam, dont la plupart ne sont pas des plus périphériques (voir cartes en annexes). J'ai choisi ces communautés pour des raisons de facilité d'accès, compte tenu des contacts que j'avais établis et entretenus depuis mon premier terrain. En effet, je m'étais particulièrement liée d'amitié avec deux jeunes filles de l'internat originaires de Todos Santos, ainsi qu'avec deux jeunes femmes de Colotenango et Ixtahuacán, que j'avais rencontré lors d'activités féministes que j'étais venue observer dans une communauté et que je fréquentais régulièrement. Ces amies ont accepté de m'introduire auprès de personnes de leurs villages respectifs, en me proposant de résider dans leurs familles. Elles ont été enthousiastes à l'idée de m'accompagner lors des entretiens afin de faciliter l'échange, au départ du point de vue linguistique, car la plupart des femmes enquêtées parlaient uniquement mam, puis finalement sur de nombreux aspects de l'enquête de terrain que je vais détailler.

3 Le recours à des interprètes : enrichissement des dynamiques d'entretien



Entretien interprété à Abalac, Colotenango

12. Le nom a été changé.

13. Le nom a été changé.

Avant mon premier départ sur le terrain j'envisageais, d'apprendre la langue mam. Maîtriser le mam est assez difficile, car c'est une langue peu apprise en dehors de la transmission familiale. Elle diffère fortement d'une municipalité à l'autre, si bien que des personnes mam de municipalités différentes se comprennent parfois mieux en espagnol. Je n'en ai possédé que des rudiments, mais ce handicap s'est effacé lorsque j'ai décidé de solliciter mes amies-hôtes pour jouer le rôle d'interprète. La médiation de chacune de ces interprètes a facilité incontestablement mon travail de terrain et d'analyse, compte tenu des difficultés à construire des rapports de confiance solides, pour évoquer des thèmes liés à la sexualité ou à la violence par exemple, et négocier la possibilité de réaliser un entretien enregistré.

Le travail de terrain dans les communautés s'est passé systématiquement selon le procédé suivant. Tout d'abord, mon interprète me parle d'une femme qu'elle connaît directement ou indirectement. Nous partons la rencontrer, en visant un moment où l'on suppose qu'elle sera seule. Les femmes résident le plus souvent dans leur belle-famille, ce qui les indispose parfois à se rendre disponible un long moment, qui plus est dans un espace d'intimité qui permette de parler librement. Les règles de commensalité dans les communautés passent par le don de nourriture ou d'une boisson aux personnes qui rendent visite, et ne pas pouvoir appliquer ces règles peut créer une gêne. Nous apportons donc des pains sucrés et une boisson, pour ne pas que la personne refuse de nous recevoir si elle n'a rien à nous offrir. Nous nous restaurons ensemble pendant que nous discutons.

Dans l'objectif de construction d'un rapport de confiance, mes quatre interprètes ont chacune spontanément décidé de me présenter comme une amie, résidant chez elle, qui fait une étude sur la condition des femmes de la municipalité, sur la grossesse, la famille et les problèmes qu'elles rencontrent avec les structures de santé. Cette présentation a contribué à un sentiment de confiance à deux niveaux. D'une part, le fait d'être une amie, qui réside dans la famille, signifie que j'ai un comportement moral acceptable, que je respecte un mode de vie local et très modeste auquel je peux m'adapter, notamment manger la même nourriture que les personnes de la communauté, dormir sur des couchages durs et me laver dans le *chuj*¹⁴. Ces éléments me démarquent de la figure d'une personne de qui il faut se méfier, une représentante institutionnelle par exemple, donc d'une *ladina* urbaine, dont on m'a souvent fait remarquer qu'elles seraient trop fermées dans leurs préjugés pour accepter de résider chez une famille indigène. Être une étrangère blanche, et donc de ne pas correspondre exactement au profil d'une *ladina*, a contribué à laisser place à une autre identification que celle d'une potentielle ennemie. D'autre part, le fait que les interprètes mentionnent directement mon ouverture à une posture critique des institutions de santé a accentué le sentiment de confiance que je pouvais incarner. Cela a permis une parole différente que celle, consensuelle, que j'ai pu recueillir auprès des patientes dans les structures de santé. À l'inverse de ma posture de neutralité et de naïveté face aux professionnel-le-s, le sentiment de confiance des femmes des communautés envers moi s'est parfois accru lorsque j'ai adopté une posture critique des institutions. Par exemple, j'ai senti qu'elles me parlaient plus librement après avoir constaté que je m'offusquais ostensiblement lorsque nous échangeons sur des situations de maltraitance ou de discriminations desquelles j'avais été témoin au sein de ces structures, ou que l'on m'avait confié.

Au cours des entretiens, mes interprètes ont pris le soin de reformuler mes questions afin de les rendre plus acceptables, que ce soit par rapport à leurs connaissances du milieu - *dans la communauté on va plutôt poser la question de telle ou telle manière* - ou par rapport à la connaissance de la personne - *cette dame a perdu un enfant donc on va plutôt l'interroger*

14. Hutte domestique pour la toilette, à base de vapeur d'eau.

de telle ou telle manière... C'est ainsi que les femmes interrogées m'ont donné des réponses plus détaillées que les « oui », « non » ou « *saber...* » (qui sait?) que j'ai récoltés dans un premier temps en posant les questions moi-même. Je me suis aperçue également que le fait que la communication passe par un intermédiaire permettait aux femmes d'exprimer des choses qu'elles n'auraient pas osé me dire directement en espagnol ou si je maîtrisais bien le mam. Au bout d'un moment, j'intervenais même très peu dans les échanges, car les interprètes menaient spontanément les entretiens. Les grilles d'entretiens ont ainsi été ré-élaborées plusieurs fois conjointement, afin que les relances soient plus fluides et pertinentes.

Il est important de préciser que l'amitié avec mes interprètes et leur sensibilité aux conditions de vie des femmes indigènes du fait de leur propre parcours ont aussi été des facteurs d'engagement de leur part, notamment dans leur intérêt, dans leur curiosité et dans leur démarche de compréhension de ma recherche. Au fur et à mesure que des femmes nous racontaient des situations de violences et d'injustices qu'elles vivaient ou avaient vécues, une implication grandissante des interprètes s'est ressentie dans l'enquête. Pour travailler activement à mes côtés, elles ont adopté un rôle hybride de facilitation, médiation, interprétariat, déchiffrage, témoignage... Avec chaque interprète nous avons pris l'habitude de faire un débriefing après chaque entretien pour alimenter les données. Les interprètes me proposaient ainsi des informations complémentaires, que ce soit sur la particularité du cas - « *tu sais quand elle te parlait de son père, en fait c'est son oncle, parce qu'elle a été confiée par son père à son oncle quand elle était bébé comme sa maman est décédée à l'accouchement...* » - , sur les biais de l'entretien - « *à mon avis elle t'a répondu ça sur la violence conjugale parce que sa belle-mère était pas loin et qu'elle pouvait entendre...* » - , ou sur des référentiels locaux - « *quand elle dit qu'elle est partie dans la montagne pour trouver une solution à son infertilité, ça signifie qu'elle est allée faire un rite coutumier...* » - .

Enfin, ces amies interprètes ont également adopté un rôle d'enquêtées privilégiées. Elles m'ont confié énormément sur leur vécu et leurs expériences sexuelles et reproductives, y compris sur les expériences de violences et de discriminations, dont certaines qu'elles n'avaient jamais racontées auparavant. Nous avons atteint un degré d'intimité propice à ces confidences notamment lors de nos bains en duo dans le *chuj*. Le fait que leur présence à mes côtés soit nécessaire pour entretenir la vapeur et la luminosité du bain, notre nudité physique respective a entraîné une mise à nue également partagée de confidences sur nos expériences et représentations intimes sexuelles, sentimentales, de violence... Au-delà de la richesse des informations que j'ai récoltées auprès de ces amies-interprètes, les relations amicales bienveillantes nouées avec ces quatre jeunes filles m'ont été indispensables pour tenir le coup dans des moments difficiles parvenus tout au long de mes terrains, surtout dans la confrontation à des événements ou des récits d'une violence extrême, auxquels j'ai dû régulièrement faire face sur les quatre ans d'enquête.

Chapitre 3

Considérations réflexives

Réflexivité et travail de terrain

- Le cas Dr Otto : Pouvoir institutionnel local, européanité, genre et risque -

Notes de terrain - Huehuetenango

- 8 octobre 2012 -

Dans ces premières semaines passées à Huehue je rencontre régulièrement Rubén, un jeune Huehuetèque qui occupe depuis peu l'unique poste dédié au développement touristique de la région. Aujourd'hui, je lui évoque ma volonté de mener un terrain dans une structure de santé publique. Souhaitant m'impressionner par son réseau de connaissance, il m'obtient un rendez-vous une heure plus tard avec le directeur de l'Hôpital National de Huehue, après lui avoir passé un coup de fil. Sur la route de l'Hôpital, Rubén me commente que le directeur, Dr Otto, « tel qu'on l'appelle à Huehue », est un de ses « *amigos de favores* », c'est à dire une personne haut placée à qui il peut se permettre de demander des services, pour des raisons qui m'échappent. Tout le monde se connaît à Huehue, j'ai appris hier par des membres de deux ONGs que Rubén avait obtenu son poste grâce aux services qu'il avait rendus en menant la campagne politique présidentielle, départementale et municipale pour le Parti Patriote, laquelle s'est avérée victorieuse. Je confirme auprès de Rubén son implication dans le parti et lui demande si le Dr Otto en est aussi membre. Il acquiesce en me faisant comprendre qu'il s'agit d'une évidence, compte tenu qu'il a obtenu ce poste de direction de l'Hôpital : « *c'est que ça fonctionne comme ça au Guaté!* ». À peine arrivés, le Dr Otto, un *Ladino* proche de la quarantaine, nous reçoit, alors même que de nombreuses personnes semblent attendre depuis longtemps devant la porte de son bureau. Il me tutoie directement et cela me surprend. [...] Il me prend visiblement pour une étudiante réalisant un léger travail de recherche. Ce qui semble susciter son intérêt c'est que je suis une jeune femme française. Il me répète de nombreuses fois que ce sera « un honneur et un plaisir de m'avoir dans les services de l'hôpital pour faire cette étude ». Il me dit qu'il peut m'ouvrir toutes les portes et même mettre à ma disposition des personnels indigènes de l'Hôpital pour traduire mes questions aux patientes. Je lui réponds que si ces personnels et patientes sont d'accord, pourquoi pas. Ma remarque l'amuse et il me répond : « *ne te préoccupe pas pour ça* ». Au sujet de l'observation des consultations, il ajoute : « *la présence d'une étudiante européenne ne saurait qu'être bénéfique, pour les patientes comme pour le personnel* ». En sortant, il me demande de repasser le lendemain dans son bureau, seule, pour discuter de quelques détails. Avec un regard, un geste et un sourire qui me semblent peu appropriés, il ajoute : « *puisque'on sera amené à se croiser régulièrement tu m'apprendras à parler français!* ».

Notes de terrain - Huehuetenango - 7 mai 2014 -

Depuis quelques mois, le Dr Otto a été promu à la direction du secteur santé pour la région de Huehuetenango. Je cherche à réaliser un nouvel entretien avec lui et, surtout, j'ai besoin qu'il signe une autorisation pour accéder au centre de santé de Todos Santos. Prétextant un emploi du temps trop chargé la journée, il ne me propose que des rendez-vous le soir, hors des bureaux. Il me demande ce que je fais le week-end, si je connais les alentours de Huehue, me propose de faire des sorties ensemble. Il devient de plus en plus familier et insistant dans ses mails, ses textos, ses appels, utilise des termes à connotation sexuelle pour s'adresser à moi. Il me dit qu'il a très envie de me voir, qu'il va se rendre chez moi me chercher un soir. Je discute avec quelques ami-e-s de Huehue de cette situation qui les inquiètent car c'est un homme politiquement haut placé, donc qui a un réseau important d' « *amigos de favores* », y compris criminel. L'une des amies me dit : « *tu sais ici qu'il n'y a rien de plus facile que de faire du mal à une femme impunément, bon encore toi tu es étrangère il y réfléchirait... c'est pas comme si tu étais d'ici, mais quand même...* ». Tou-te-s s'accordent à dire que, par précaution, il vaut mieux que j'abandonne le terrain des institutions publiques de santé qui nécessite son intermédiaire. Je ne peux m'y résoudre, mais j'ai un peu peur...

Notes de terrain - Toulouse - 24 avril 2015 -

Ce matin j'ai reçu un mail de mon ami Mauri de Huehuetenango : « *Il faut que je te raconte! Le connard de docteur de l'Hôpital de Huehue qui te harcelait, ils l'ont viré de son poste! C'est les gringos. Ils veulent le mettre en prison car il est impliqué dans les trafics de médicaments et des négligences médicales! Il est même impliqué dans des vols de bébés et des fausses adoptions!* ». Je ne sais pas trop quoi penser de cette nouvelle. Je me dis que ce Dr Otto m'aura appris beaucoup de choses au cours de ces trois années de terrain : sur les enjeux du fonctionnement institutionnel hiérarchique guatémaltèque, le clientélisme politique, la mobilisation de réseaux, dont mafieux, et la crainte que cela inspire, la déconsidération pour toute personne qui se trouve dessous de lui (les patientes indigènes en bas de l'échelle sociale)... Mais les interactions avec lui ont aussi initié un travail réflexif et déontologique important sur mon terrain.

I Traiter des données complexes

1 Des données essentielles à l'épreuve de la déontologie

Au cours de l'enquête, j'ai adopté et on m'a attribué de multiples rôles et statuts. Ces rôles et statuts ont constitué des biais - tant au sens de moyens qu'au sens de points de vue - pour recueillir les données. La divulgation des données ainsi recueillies s'est confrontée à des doutes éthiques, par exemple lors de communications scientifiques, dans l'écriture de la thèse et d'articles. Très rarement, il m'a été formulé explicitement une demande de confidentialité à propos d'informations qui m'ont été transmises. Cependant, le fait qu'elles aient été recueillies dans le cadre informel et qu'elles soient peu anonymisables a beaucoup questionné leur potentielle utilisation. Je suis la première anthropologue à avoir exploré profondément ces différents terrains communautaires et institutionnels au Guatemala. Le terrain au sein des institutions m'a été si facilement ouvert que j'ai régulièrement eu la crainte qu'il ne me soit aussi facilement fermé ou qu'il soit fermé à d'autres chercheur-e-s par la suite en fonction de ce que je pourrais dire ou écrire. Lors d'un colloque au Guatemala au début de ma thèse, présenter une communication sur les violences médicales, en espagnol, a été une véritable épreuve de ce point de vue.

Pour ne pas trahir la confiance des personnes enquêtées, professionnel-le-s et femmes mam, j'ai tenté plusieurs fois de les questionner sur l'éventualité de divulguer telle ou telle information délicate qu'elles m'avaient confiée lors d'échanges informels. À ma surprise, elles ont systématiquement volontiers accepté, tenant à ce que mon travail puisse mettre en lumière certains problèmes qu'elles ne pourraient pas elles-mêmes exposer au grand jour, par crainte de représailles. Beaucoup des personnes enquêtées, et les professionnel-le-s plus particulièrement, disaient d'ailleurs parfois regretter que les résultats de mon enquête ne soient pas diffusés directement aux institutions dans lesquelles elles travaillent, car cela aurait peut-être permis de transformer certaines de leurs conditions difficiles d'exercice.

Même si la demande ne m'a jamais été faite directement en ces termes, j'ai toutefois décidé de changer les prénoms des personnes auprès desquelles j'ai mené mon enquête, à l'exception de deux chercheuses. J'ai aussi changé le nom de deux communautés. Les municipalités, organisations et institutions diverses citées conservent généralement leur dénomination réelle dans ce manuscrit.

Concernant le terrain dans les communautés, j'ajouterai que la divulgation d'informations ne pose généralement pas vraiment problème dans la mesure où les personnes interrogées ont régulièrement recours à des détours discursifs pour signifier quelque chose sans vraiment le dire, ce qui limite considérablement la responsabilité de leurs propos. Si ces détours permettent aux enquêté-e-s de me donner accès à de nombreuses informations délicates et d'exprimer des points de vue critiques, il n'en reste pas moins qu'il s'agit de trouver la manière de les intégrer à une étude scientifique en anthropologie.

2 Interprétation des silences et des détours discursifs

2.1 Repérage des stratégies de contournement

Les détours discursifs sur ce terrain guatémaltèque se retrouvent sous différentes formes. J'en ai identifié quatre assez récurrentes, que j'ai analysé en m'appuyant, entre autre, sur l'approche de James Scott¹ (Ch10-III).

- Détour n°1 - Parler de soi en ayant l'air de parler de quelqu'un d'autre, ou d'une personne indéfinie :

Entretien avec Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam - 14 mai 2014 -

Rosa est une jeune femme mam célibataire. Elle travaille à l'hôtel où nous logeons avec l'équipe mobile d'Aprofam quand les jornadas se déroulent dans cette région. Alors que je l'interroge sur ses pratiques contraceptives, elle coupe court à la discussion en m'expliquant n'avoir jamais eu l'utilité d'une contraception. Je change de sujet, mais elle m'interrompt pour me demander des informations.

Rosa - ... J'allais justement te demander, est-ce qu'une femme... imaginons... qui n'a pas eu d'enfant et qui utilise ce... cette injection, pour ne pas avoir d'enfant, ils disent que ça change quelque chose dans le corps, tu es au courant toi ?

A - Et bien pour certaines femmes oui, pour d'autres non. Ça dépend qui. Certaines disent que ça ne change rien, d'autres que ça change quelque chose, je ne sais pas ça dépend des femmes.

1. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

R - Mais... comment dire... si une femme ne veut pas avoir des enfants... enfin pas tout de suite... mais après oui... elle n'est pas mariée... mais bon des fois... tu vois... qu'est-ce qu'elle peut faire? L'injection?

A - Il y a l'injection, la pilule, tu as entendu parler du T en cuivre?

R - Hummm... non. Comment ça fonctionne? Le médecin d'Aprofam il en a?

Guidée par ses questions, j'interromps le cours de l'entretien une dizaine de minutes pour lui expliquer les principes de fonctionnement des différentes méthodes contraceptives, et les endroits proches et discrets où l'on peut s'en procurer.

Ici, Rosa se renseigne pour elle-même et sait pertinemment que je m'en rends compte. Elle ne cherche pas vraiment à le cacher, elle ne souhaite simplement pas que nous abordions le thème frontalement. La proximité des sujets reproductifs abordés avec le thème sexuel, largement tabou localement, explique probablement le plus souvent une gêne de la part de mes interlocutrices. J'ai donc appris à contourner cette gêne en me conformant à laisser un flou sur l'identité réelle de la personne qui a besoin des informations demandées.

Pour libérer la parole, lorsque je sentais une gêne au cours d'un entretien concernant certains sujets intimes, j'ai stratégiquement utilisé le même type de contournement en reposant la même question mais au sujet d'une tierce personne : « donc tu n'as jamais souffert de violences sexuelles... mais j'imagine que tu connais une femme qui a été attouchée dans le bus ou qui a parfois eu des difficultés à se refuser à son mari, tu pourrais me parler de ça? ».

- Détour n°2 - Parler de l'expérience d'une autre personne de la communauté, sans la définir précisément, pour signifier que cela concerne toutes les femmes de la communauté, car c'est une expérience susceptible de leur arriver à elles-aussi.

Martina - El Pajón, Todos Santos - 28 ans - mam - Interprète D.
- 14 mai 2014 -

Interprète D - [Martina] raconte qu'une fille de la communauté est tombée enceinte d'un homme marié, après il a sorti sa femme de sa maison, il a mis la jeune fille enceinte à sa place. Mais après il est parti aux États-Unis et le frère de la première femme est venu chasser la fille, et il l'a battue, jusqu'à ce qu'elle fasse une fausse couche. Après le mari a été au courant et il a dit que si la fille avait perdu son bébé alors il ne voulait plus d'elle chez lui. Alors il s'est arrangé avec la famille de la première femme pour qu'elle accepte de revenir à la maison. C'est pour ça qu'on préfère s'unir avec un homme qui ne s'est pas encore marié pour éviter qu'il nous arrive ça. Parce que oui.. ça nous arrive...

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.
- 27 juin 2014 -

Interprète E - [Carmela] dit que ce qui se passe c'est qu'ici c'est difficile d'avoir une information, parce que beaucoup de femmes sortent difficilement de la communauté. Elle m'a cité l'exemple d'une voisine à elle qui s'est faite stériliser quand elle a dû partir accoucher de son bébé à Huehue, et qui ne savait pas trop ce qui lui arrivait et qui ne savait rien des méthodes contraceptives.

A - Tu crois que nous pourrions rencontrer sa voisine pour discuter de cette expérience?

IE - *parle rapidement en mam à Carmela qui acquiesce*

IE - Non, c'est juste une voisine, on peut pas vraiment lui poser la question tu vois, elle préfère te le raconter elle plutôt que tu ailles voir sa voisine, c'est pareil, elle dira la même chose, de toutes façons tu sais au final ça aurait très bien pu être elle... elle ou la voisine qu'est-ce que ça change?

Les femmes enquêtées ont ainsi tendance au cours de l'entretien à faire référence à des expériences vécues par d'autres femmes de la communauté mais sans jamais les désigner nominativement, définir exactement de qui il s'agit, et très souvent en restant floues quant à la véracité absolue des propos avancés, laissant planer l'ambiguïté sur le statut de rumeur de l'expérience d'autrui racontée. Ce détour a été très instructif pour comprendre de quelle manière les femmes d'une même communauté se pensent unies dans une même condition (Ch8·I·3, sur la communauté de narration).

• Détour n°3 - « *Saber...* » : Prétendre qu'on ne peut pas répondre à une question mais qu'on n'en pense pas moins ! La traduction de cette utilisation du mot pourrait être « qui sait... ».

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam

- 12 mai 2014 -

F - Donc il y a des choses à découvrir, des choses que je ne savais pas avant qui sont nécessaires de savoir. Et imagine une femme qui a des problèmes ! Imagine pour demander pour les méthodes contraceptives et tout ! Mais il y a des choses qui se disent... [...] et pour les méthodes contraceptives, c'est pareil, on ne sait pas exactement, parce que pour les personnes ici, la mort c'est la mort, **qui sait** de quoi exactement... [...] Et donc les commentaires qu'ils font, c'est que des fois beaucoup de docteurs profitent des personnes qui s'y rendent avec une faible maladie, qu'ils profitent de leurs organes et que donc beaucoup tombent vraiment malades après. Et ça, sûrement pour l'argent, **qui sait...** C'est pour ça qu'elles n'aiment pas aller chez le médecin.

A - Mais toi tu penses que c'est vrai ?

F - **Qui sait !** C'est ce que disent les personnes ici...

• Détour n°4 - *Dar el avión* (littéralement « donner l'avion ») : Cette expression qui vient du Mexique est utilisée pour signifier le fait de répondre volontairement quelque chose de potentiellement faux à une question, en espérant que ce soit la réponse attendue. Souvent, il s'agit d'acquiescer après une question pour écourter l'échange. Dans les centres de santé, j'observais quotidiennement des patientes qui « donnaient l'avion ».

Observation *jornada* Aprofam-Pasmo - C.A.P Santa Bárbara

- 12 juin 2013 -

La 'Docteure' et l'infirmière de Pasmo forment le médecin et une aide-soignante du poste de santé à la pose d'implants contraceptifs. Les patientes passent les unes à la suite des autres en échangeant peu de mots avec le personnel. Je demande à l'une d'entre elles, qui attend devant le bureau du médecin (qui sert aujourd'hui de salle de pose d'implant en raison de sur-occupation des locaux), si elle va se faire poser un implant (*Jadelle*) ou un stérilet (*T de cobre*). Elle me répond : « *celui du bras* ». Je lui demande si un professionnel a discuté avec elle (*plática*) ou a fait une présentation informative (*charla*) sur l'implant en arrivant au centre de santé, avant qu'elle ne prenne sa décision. Elle hésite et répond : « *oui...* », mais comme souvent quand les patientes sont interrogées dans une structure de santé, je sens qu'elle me « donne l'avion », qu'elle répond à côté, parce que je ne crois pas qu'on lui ait fourni d'informations. J'essaye de réfléchir aux raisons qui l'ont poussée à me « donner l'avion ». Est-ce qu'elle a répondu « oui » pour me faire plaisir parce qu'elle pensait que c'était la réponse que j'attendais ? Est-ce pour me signifier que je l'embête avec mes questions genre « cause toujours » ? Ou tout simplement parce qu'elle ne comprend pas bien l'espagnol et qu'elle n'ose pas me le dire ? Est-ce un mix de tout ça ?

Je pose la même question à une autre patiente à côté d'elle, qui s'empresse de me répondre la même chose. Concernant cette seconde patiente, je suis sûre qu'elle n'a pas reçu d'informations, puisque je l'ai observé depuis son arrivée au poste de santé. Plus tard, je confirme auprès d'une infirmière du centre qu'aucune des patientes à qui on a posé un implant ou un stérilet depuis ce matin n'a reçu d'informations. Renato (l'éducateur d'Aprofam) me le confirme aussi. Je le questionne sur les raisons pour lesquelles les patientes ne m'ont pas dit la vérité, c'est à dire pourquoi elles ne m'ont pas dit qu'elles n'avaient pas compris ma question ou qu'elles n'avaient pas reçu d'informations. Renato se contente de dire « *ne te préoccupe pas pour ça, ces gens... ils sont comme ça, elles sont comme ça... elles font toujours ça* ».

En général on « donne l'avion » pour ne pas avouer que l'on n'a pas compris la question ou qu'on n'en connaît pas la réponse. Cependant, le phénomène de « donner l'avion » étant connu, il est très fréquent qu'une personne indigène connaisse la réponse à une question mais préfère stratégiquement répondre à côté dans certains contextes, particulièrement face à des représentants d'une institution. Répondre honnêtement ou mentir tout en montrant ostensiblement que l'on est potentiellement en train de « donner l'avion », donc en laissant planer le doute sur le fait que l'on a compris ou non la question, permet à la personne qui « donne l'avion » de se déresponsabiliser dans une certaine mesure du contenu de sa réponse. Cela légitime par exemple un renversement soudain de propos, d'avis ou de décision, prétextant que l'on avait acquiescé car on avait mal compris dans un premier temps.

L'utilisation par les patient·e·s indigènes de ce type de détours est systématique dans les observations des relations de soins que j'ai effectuées. Les femmes interrogées plus tard dans le cadre communautaire m'expliqueront que ces détours constituent en réalité une stratégie d'évitement. Ils leurs permettent d'éviter d'apparaître dans une posture critique ou de refus, postures envisagées comme dangereuses car significatives, d'après elles, d'un affrontement avec les représentants de l'institution, de résistance frontale à l'autorité, quand on attend de la docilité de leur part. Ces craintes seront à replacer dans l'histoire violente de répression au Guatemala.

2.2 Les détours discursifs : un héritage du conflit armé ?

Bon nombre de chercheur·e·s œuvrant sur des terrains guatémaltèques évoquent l'utilisation de détours discursifs par leurs enquêté·e·s. Cela est parfois relié à la « culture du silence » propre à ce pays depuis le conflit armé. Dans sa thèse portant sur le tourisme mémoriel du conflit guatémaltèque, Clara Dutorme témoigne du côté allusif ou euphémisé des discours relevés sur son terrain². Elle remarque que ces formes de discours n'ont pas vraiment vocation à enfouir des informations, mais plutôt à élaborer plusieurs niveaux de sens destinés à être captés distinctement selon les interlocuteurs. Ces « silences » doivent aussi être perçus et analysés à la lumière d'un vécu actuel de différentes formes de violences dans des zones qui avaient été touchées par le conflit, compte tenu des liens opérés localement entre ces violences passées et présentes. Ainsi, au Guatemala, la crainte issue du conflit armé, notamment des politiques répressives, se reflète dans le langage quotidien³. La « culture du silence » se retrouve donc au cœur de mes observations et entretiens, et m'a beaucoup questionnée sur le traitement particulier des données orales récoltées, en considérant l'omniprésence des détours discursifs.

2. Dutorme, « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ».

3. Wilkinson, *Silence on the Mountain*.

2.3 Intégrer les détours discursifs à l'analyse : apports et risques de surinterprétation

La mobilisation d'extraits d'entretiens contenant des détours discursifs en tant que supports analytiques pose problème. Comment utiliser les non-dits, les allusions ou les silences comme des vrais éléments de discours qui signifient et disent quelque chose? Dans quelle mesure, chercher un « sens caché » ne comporte pas un risque de surinterprétation ou de mauvaise interprétation?⁴ Comment donc « se mettre à l'écoute des silences », « tendre l'oreille aux non-dits »⁵

Exemple de détours dans le témoignage des violences d'une femme indigène guatémaltèque

- Le récit de Rigoberta Menchú -

En 1983, Elisabeth Burgos publie un entretien qu'elle a réalisé à Paris avec une jeune femme guatémaltèque maya-quiché, qu'elle intitulera *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*⁶. Le témoignage de Rigoberta Menchú présenté dans le livre s'articule autour d'épisodes difficiles et douloureux de sa vie de jeune femme indigène. Elle parle notamment de l'exploitation de sa famille par des grands propriétaires terriens dans les *fincas*, puis du vécu extrêmement violent et dramatique du conflit armé. En 1999, l'anthropologue David Stoll s'attaque à ce récit, prétextant que les expériences relatées sont fausses, car Rigoberta Menchú ne les aurait pas vécues directement⁷. Il dénonce principalement que, contrairement à ce qu'elle raconte, elle a été scolarisée, sa famille n'a pas travaillé dans les *fincas*, et elle n'a pas assisté à des exécutions qu'elle évoque. Si la contestation de ces faits s'appuie sur des informations précises, la démarche de Stoll a été contestée par nombre de chercheur·e-s.

Cette affaire oppose deux « vérités », comme le souligne Yvon Le Bot : « l'analyse polémique efficace effectuée par un anthropologue américain hyper-empiriste » et « le récit d'une femme indienne, éduquée au milieu de références et de figures bibliques à la lumière desquelles elle interprète une histoire tragique, où s'entremêlent celle de son peuple, celle de sa famille et la sienne propre »⁸. Le Bot critique l'ambition de Stoll, argumentant que si le scientifique social peut confronter la réalité des faits à ce que les acteurs en disent, sa vocation n'est pas de disqualifier cette parole, mais « d'opérer une mise à distance qui permette d'analyser le sens, la portée et les limites des discours et des pratiques, et de les dégager des habillages idéologiques dont l'acteur lui-même, ses partisans mais aussi ses adversaires et ses critiques les recouvrent »⁹. Le Bot propose alors d'envisager le témoignage de Rigoberta Menchú comme une incorporation de l'histoire de personnes auxquelles elle s'identifie, en tissant ensemble et de manière inextricable le « je » et le « nous », qui laisse naître à la fois un sujet individuel et collectif, significatif des sociétés orales. D'ailleurs, Stoll affirme lui-même qu'en racontant des histoires d'autres personnes comme si elle les avait elle-même vécues, Rigoberta Menchú « a éprouvé la responsabilité de représenter autant de gens de son peuple que possible »¹⁰.

Sur mon terrain, je retrouve ce phénomène dans les deux premiers détours que j'ai décrits

4. Olivier de Sardan, « La violence faite aux données ».

5. Vanthuyne, « Ethnographier les silences de la violence ».

6. Burgos-Debray, *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*.

7. Stoll, *Rigoberta Menchú and the Story of All Poor Guatemalans*.

8. Le Bot, « Rigoberta Menchú ». p.415

9. Le Bot et Rousseau, « Du bon usage des autobiographies... et de leurs critiques. À propos de l'affaire Rigoberta Menchú ». p.66

10. Stoll, *Rigoberta Menchú and the Story of All Poor Guatemalans*.

plus haut. En effet, ces détours consistent à évoquer une expérience individuelle vécue par soi ou une proche - qu'elle soit ou non réellement vécue dans les termes racontés -, pour finalement parler d'expériences collectives (Ch8-II-3). La polémique soulevée par Stoll a permis de révéler la démarche de Menchú de faire parler d'autres, à qui elle s'identifiait, à travers elle, et ce dans une approche « *positive, décrispée et ouverte, de l'identité et des rapports interculturels* », refusant de s'enfermer dans un statut de victime¹¹ - Détour n°2. Cependant, les configurations de la mémoire, par les organisations de droits de l'homme suite au conflit a encouragé les Guatémaltèques, et particulièrement les Indigènes de milieu rural ayant été touchés fortement par la violence, à adopter une démarche d'évitement, qui consiste à dire sans dire. Cette seconde démarche entre en contre-point de la seconde malgré leur combinaison parfaite dans les entretiens réalisés, elle consiste à parler de soi à travers d'autres - Détour n°1. Cette démarche d'évitement est également caractéristique des détours n°3 et 4 même si elle prend des formes différentes.

Ces deux aspects discursifs semblent hérités du conflit, mais n'ont pas simplement vocation à démontrer la « culture du silence » guatémaltèque. Comme le met en avant Karine Vanthuyne à propos de son terrain sur les mémoire du conflit, le recours aux détours pour passer sous silence certains éléments, ne doit pas être envisagé « *comme un obstacle à la connaissance mais au contraire, comme une donnée essentielle de celle-ci* », d'où l'intérêt « *d'Ethnographier les non-dits* ». Dans son cas, elle s'est appuyée sur cette démarche pour distinguer l'ancrage du cadre mémoriel dominant de la « victime innocente d'un génocide », afin de mieux comprendre ses enjeux et les dépassements de ce cadre par les différents acteurs¹². Dans un autre article, elle revient sur ce point en expliquant que l'ethnographie de ces non-dits lui a permis de mettre en exergue comment la double identité de « victime » et de « citoyen », offerte par les organisations de droits de l'homme, entre en tension et s'articule différemment selon les contextes d'énonciation. Pour cela, elle a choisi d'adopter une position « impliquée » qui l'a aidé à faire émerger les processus de subjectivation politique¹³.

Aussi, à ma grande surprise, en m'habituant à décrypter les détours discursifs des femmes que j'ai rencontrées sur mon terrain, je comprenais en quoi leur positionnement ne relevait pas uniquement d'une posture de « victime innocente », même si elles avaient eu affaire aux discours d'organisations de droits de l'homme auparavant. Les jeunes femmes, en particulier mais pas seulement, avaient un discours sur leur vie qui, entre les lignes, s'affirmait critique et combatif, reflétant peu les postures uniquement passives et dépourvues d'engagement que donnent à entendre leurs « non-dits ». Cette posture est notamment celle dont elles usent abondamment pour obtenir de l'aide matérielle¹⁴, se protéger d'une répression ou simplement d'une stigmatisation militante, préjudiciable face aux différentes organisations étatiques et non-gouvernementales à qui elles ont affaire. Ce sont ces stratégies qui nous intéressent, et ce sont justement celles qu'elles évoquent par d'autres détours lors des entretiens réalisés avec elles.

Le vécu quotidien de ce type d'échanges m'a donc aidée à mener les entretiens d'une façon plus pertinente mais aussi à mieux comprendre les rapports liés à la violence, à la mémoire des violences passées et à ses liens avec les rapports violents du présent. Cela a notamment mis à ma portée analytique les stratégies d'évitements des patientes, car j'ai appris à les repérer et à les interpréter. Par exemple, sur le fait de faire comme si elles ne comprenaient rien à l'espagnol,

11. Le Bot, « Rigoberta Menchú ».

12. Vanthuyne, « Ethnographier les silences de la violence ».

13. Vanthuyne, « L'anthropologie à l'épreuve des politiques du témoignage ».

14. Il existe au Guatemala une certaine idée reçue quant au potentiel économique et politique d'une prise de parole victimaire face à un acteur humanitaire : Vanthuyne., p.460.

ou de ne pas exprimer de posture critique face à quelqu'un qu'elles identifient comme proche d'une institution d'état. Mais cela a été possible seulement à partir du moment où j'ai analysé la manière dont j'étais perçue, et donc que j'ai été en mesure de comprendre les rapports que les enquêté-e-s entretenaient avec moi, constituant les biais de l'enquête.

II Usages des attributs de l'anthropologue



Avec un éducateur d'Aprofam, devant un centre de santé

1 La « docteure » étrangère blanche

Comme je l'évoquais plus haut (et j'y reviendrais dans le Chapitre 9), les populations indigènes rurales ont quelques contacts irréguliers avec des ONGs. Dans sa thèse, Clara Duterme explique comment, dans les communautés guatémaltèques auprès desquelles elle mène son étude, on l'identifie à une travailleuse d'une ONG et/ou une touriste, car les étrangères blanches qui fréquentent cette zone correspondent généralement à l'un ou l'autre des profils. Sur son terrain, elle comprend qu'à ces profils correspondent, aux yeux des locaux, des possibilités de mise en place de projets qui rapportent de l'argent. Pour cela, elle remarque tout d'abord qu'on cherche à savoir si elle appartient ou si elle soutient un groupe ou un autre de la communauté. Si cela lui apprend qu'il existe des conflits, elle a du mal à en percevoir spontanément les enjeux. Par la suite, elle se rend compte que dans les différents groupes on cherche parfois à instrumentaliser sa présence et son travail, et on fait reposer sur elle des soupçons. Pour créer des relations de confiance, elle est alors amenée à percevoir finement les contextes d'énonciation de chaque discours qui lui sont adressés. Or, c'est finalement par ce biais là que les rapports de pouvoir et les désaccords au sein de la communauté, en particulier sur les questions économiques, lui ont été rendus intelligibles et ont constitué une dimension importante de ses recherches ¹⁵.

15. Duterme, « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ».

Dans le cas des communautés de Huehuetenango la situation est toutefois légèrement différente car il y a très peu d'étranger·e·s blanc·he·s présent·e·s dans le cadre touristique ou humanitaire. À quelques exceptions près, les travailleur/se·s des ONGs présentes à Huehuetenango sont Guatémaltèques, indigènes ou *ladinos*. Il y a une poignée de volontaires européens d'ONGs, mais ils ont une cinquantaine d'années. Les rares étranger·e·s blanc·he·s de mon âge qui résident à Huehuetenango sont des hommes missionnaires religieux états-uniens, mormons, témoins de Jéhovah ou évangélistes. Étant éloignée de ces profils, les Huehuetèques éprouvaient généralement des difficultés à me situer. Les *Ladinos* repéraient facilement que j'étais étrangère « occidentale » (par le physique, les attitudes, l'accent...) et me prenaient pour une États-unienne, car l'Europe est peu connue, mis à part l'Espagne (en raison de vagues connaissances sur la colonisation latino-américaine et surtout pour les grands clubs de foot). Les patient·e·s indigènes des centres de santé ruraux qui n'ont jamais migré aux USA m'associaient souvent à une *Ladina*. C'est un point intéressant car c'est ce qui m'a permis de comprendre qu'à leurs yeux mon identité n'était pas si différente de celle des autres membres de l'équipe sanitaire, y compris l'aide-soignante indigène également identifiée comme *ladina* par les patient·e·s du fait de son statut, sa blouse et sa détermination à ne parler qu'en espagnol (Ch6-II.1). Cela m'a donc appris que les catégories ethniques ont tendance à être perçues différemment par les personnes *ladinas* et indigènes, alors même que ces catégories vont déterminer fortement les pratiques et discours lors des interactions, et donc les situations d'enquête ¹⁶.

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 2 avril 2013 -

Une infirmière fait une visite de la salle de consultation avec un groupe d'étudiant·e·s aides-soignant·e·s. Elle me demande si je suis docteur, d'où je viens, me dit que je parle bien espagnol... Je ne sais pas pourquoi je fascine autant les personnels de santé, et les patientes *ladinas* aussi. Juste après, un employé du bureau de travail social m'amène deux jeunes. Je lui dit de revenir quand Evi sera là. Il a l'air aussi fasciné par ce que je représente. Je suis surprise de voir à quel point les personnels de l'Hôpital ne cherchent pas à comprendre vraiment ce que je fais ici. Je suis blanche donc ma présence est légitime. Les seuls qui semblent s'interroger parfois sur les raisons de ma présence sont les agents de sécurité à qui je n'ai pas été présenté. Pourtant, contrairement aux autres personnes qui souhaitent accéder à l'hôpital, ils me laissent entrer sans me poser de questions, mais le regard perplexe et méfiant.

J'apprendrais par la suite qu'il y a des rumeurs d'adoptions illégales, parfois avérées, par des femmes blanches. Je comprendrais alors que si les agents de sécurité doutaient du bien fondé de mes intentions, ils étaient toutefois disposés à me laisser entrer librement pour « acheter » un bébé, comme ils disent, pour « ne pas se mettre dans des problèmes, quand ils impliquent une personne états-unienne ».

Notes de terrain - Huehuetenango - 23 mars 2013 -

Au cours de discussions avec Renato, l'éducateur d'Aprofam, je m'aperçois qu'il fait sans cesse référence à sa fascination pour le monde occidental et pour moi à travers ce monde que je représente. Il me parle sans cesse de « l'évolution », du « développement », de « vos pays » et commente régulièrement positivement mes propos, mes attitudes, mon apparence, mes objets... en les renvoyant à des signes d'une société « plus avancée ».

16. Mauger, « Enquêter en milieu populaire ».

Sur mon terrain, j'ai « *réalisé que j'étais blanche* »¹⁷ particulièrement aux yeux des professionnel-le-s de santé. Cela m'a positionné dans une situation de domination et d'instrumentalisation de mon image face à eux/elles que j'étais loin d'envisager dans une première approche, mais qui s'est avérée tout à fait révélatrice de représentations *ladinas* indispensables à la compréhension du monde de la santé guatémaltèque. D'où la nécessité de prendre en compte mon identité perçue sur le terrain et la manière dont elle détermine les discours et les pratiques des personnes auxquelles je suis confrontée. Cela m'a notamment permis de comprendre la vision des professionnel-le-s de santé guatémaltèques des attentes des institutions internationales « blanches » et de leur pression financière et symbolique (Ch4-III.2). Par exemple, le fait que le directeur de l'Hôpital me tutoie marque mon appartenance à une catégorie hiérarchique proche de la sienne, car il ne tutoie que les personnes qu'il estime visiblement de niveau équivalent, ou légèrement supérieur ou inférieur d'un point de vue des hiérarchies raciales, genrées, des responsabilités et socio-professionnelles. Aussi, sur mon terrain, les professionnel-le-s de santé qui me tutoient sont presque uniquement des hommes, et qui s'estiment d'un capital social ou culturel à peu près équivalent au mien. Les autres me vouvoient. Il est nécessaire de préciser qu'au Guatemala les grades universitaires étant rares, ils sont particulièrement mis en avant. Ainsi chaque personne est désignée par son grade quelque soit le type de relation entretenue (« *le docteur Otto* », « *la licenciée Carolina* »...). Les aides-soignantes de l'Hôpital par exemple, malgré mes nombreuses rectifications, me considèrent comme une médecin et m'appellent « *Docteur* ». De plus, par ma condition d'étrangère blanche, elles estiment que j'ai plus de connaissances et de maîtrise que les médecins locaux. De ce fait, elles préfèrent venir me demander des conseils médicaux plutôt que de s'adresser aux personnes compétentes. Elles comprennent difficilement que je ne puisse pas répondre à leurs questions médicales et, quelque soit le nombre de fois où je leur exprime mon incompetence dans ce domaine, elles viennent me chercher à nouveau pour formuler de nouvelles demandes de conseils professionnels.

Pour ces raisons, il est difficile que ces aides-soignantes ou d'autres personnels de l'hôpital comprennent pourquoi je leur pose des questions ou je leur demande de me montrer des choses. Au début de mon terrain, elles interprétaient souvent ces demandes comme une volonté de ma part de les tester ou de contrôler leur travail. Donc elles ne répondaient pas vraiment ou répondaient ce qu'elles imaginaient que je souhaitais entendre. De fait, celles qui ne me connaissaient pas bien imaginaient que j'étais une représentante d'institution qui finance des programmes de santé et qui vient contrôler comment le travail est fait, et donc comment les financements internationaux sont utilisés (voir plus haut). Toutefois, après mise en confiance et contacts réguliers, cette première impression a été dépassée par les professionnel-le-s que je côtoyais le plus régulièrement.

Observation clinique planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 22 mars 2013 -

La veille, Docteur Irina, la gynécologue, me parle de son intention de « profiter que je suis là » pour annoncer au service de maternité qu'elle fait « une étude » sur l'expulsion des stérilets en post-partum. Elle ajoute sur un ton complice « c'est surtout pour faire pression pour qu'ils posent des DIU en post-partum ». Elle m'explique qu'en disant qu'elle fait une étude, elle pourra légitimement leur demander tous les jours combien ils en ont mis, pour qu'ils sentent qu'ils doivent en mettre beaucoup. Elle compte donc exercer une forme de pression hiérarchique sur les personnels pour les encourager à poser plus de DIU. Elle me dit que souvent les médecins ne veulent pas, parce qu'ils disent qu'il y a beaucoup d'expulsions, et qu'après les femmes ne viennent pas pour vérifier.

17. Hamel et Clair, « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel ».

Elle me dit que ça peut se mettre dix minutes après que le bébé soit sorti ou dans le jour qui suit. Sinon il faut attendre 40 jours et que dans ce cas c'est fichu car c'est plus difficile de convaincre les patientes une fois qu'elles ont récupéré de l'accouchement.

Aujourd'hui, D. Irina me demande de l'accompagner pendant qu'elle va convaincre les personnels de la maternité de poser plus de stérilets. Elle insiste pour que je mette une blouse blanche et que je prenne mon bloc note, alors que d'habitude elle se fiche de mon apparence. Elle dit à l'aide-soignante de nous accompagner aussi et d'acquiescer à ce qu'elle dit. On dirait vraiment une sorte de délégation formelle. Elle me présente aux personnels de la maternité comme « Docteure Anaïs », alors que d'habitude elle ne m'appelle jamais comme ça et sait très bien que je n'ai pas encore de doctorat. J'ai très bien compris où elle veut en venir et comment elle compte m'utiliser pour faire pression sur les personnels pour qu'ils fassent pression à leur tour sur les patientes. J'ai honte...

Bien qu'ils aient compris que je n'étais ni du milieu médical, ni une représentante d'une quelconque institution, cela n'empêchait pas des professionnel-le-s de santé de discerner des enjeux liés aux rôles que je pouvais jouer. Maîtrisant l'effet d'autorité intrinsèque de la présence d'une « docteure » blanche au sein de la structure de soin, certain-e-s instrumentalisaient ponctuellement mon image à l'intention des patientes ou des autres personnels, comme ici la D. Irina. Béatrice Lecestre-Rollier décrit bien cette instrumentalisation de l'anthropologue, à son insu, dans des jeux de pouvoirs, du fait de ses caractéristiques d'étrangère blanche. Elle montre aussi comment cette instrumentalisation, lorsqu'elle est perçue et analysée, est très utile à la compréhension du micro-monde social étudié¹⁸. L'analyse de l'instrumentalisation de mon image par certains personnels médicaux, bien qu'elle m'ait coûté de lourds questionnements déontologiques, m'a néanmoins permis de mettre en lumière des stratégies dans lesquelles entrent les acteurs locaux. J'ai alors pris le parti de constituer en matériau d'enquête les assignations identitaires qui m'ont été attribuées sur le terrain. Ces assignations, variables et construites, peuvent être envisagées comme des données significatives permettant d'accéder à la compréhension de la situation d'enquête, mais aussi de l'objet de recherche¹⁹. Ainsi, Sylvie Fainzang remarque que les difficultés que la présence de l'anthropologue comporte, sur le plan méthodologique et heuristique, sont par contrecoup productrices d'informations²⁰. Étant confrontée, tout comme je l'ai été, à l'injonction de porter une blouse blanche dans certains contextes hospitaliers, qui ne le justifiaient pas du point de vue hygiénique, mais plutôt symbolique, cette anthropologue décida dans un second temps de son terrain de se « *départir de la casquette médicale dont on voulait [la] coiffer* »²¹. Il est donc parfois possible pour l'anthropologue de négocier sa place en fonction des processus de réassignation en cours de terrain. Ce qui a permis d'atténuer l'image institutionnelle que se faisaient de moi les professionnel-le-s de soin et de justifier ma curiosité et ma volonté d'apprendre, c'est mon relatif jeune âge (j'avais 24 ans lors de mon premier terrain), ainsi que mon genre féminin qui me plaçait dans la naïveté. Ce dernier m'a apporté certains avantages pour mener mon enquête.

2 Le genre de l'anthropologue dans la relation d'enquête

L'image que les personnes projettent sur nous (genre, race, classe, âge, statut...) vont influencer considérablement les informations recueillies : c'est pour cela que la question de la réflexivité est essentielle dans l'enquête. Elle nous permet d'éclairer les pratiques que l'on observe en fonction de la situation d'interaction et de resituer les discours prononcés dans les

18. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

19. Gourarier, « Négocier le genre ? »

20. Fainzang, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades ».

21. Fainzang.

conditions et le contexte de l'enquête. Il s'agit donc d'identifier les identités que les enquêté·e·s nous prêtent et qui déterminent la relation d'enquête. Toute posture d'enquête est intimement liée à des caractéristiques sociales et professionnelles, et induit des gains et des pertes en termes d'accès au terrain, aux informations, en terme d'interactions... Dans cette perspective, la dimension genrée est extrêmement importante pour comprendre les biais de l'enquête, par l'analyse réflexive du recueil de données.

Si la littérature concernant l'influence du genre sur le travail d'enquête n'était pas foisonnante il y a quelques années, depuis la seconde moitié des années 2000, de nombreux articles abordent cette question. Ils montrent notamment comment le genre de l'anthropologue/sociologue joue un rôle dans la constitution de rapports de confiance sur le terrain, dans les négociations par l'adoption ou l'assignation à des rôles genrés... .

Toutefois, les femmes ont davantage analysé « ce que le genre fait au terrain » que ne l'ont fait les hommes, à quelques exception près²². Ce fait peut s'expliquer en raison de l'héritage réflexif et du développement des recherches féministes, dans lesquelles les femmes sont plus impliquées. Et aussi, par une plus grande sensibilité des catégories sociales dominées à penser la question des catégories et à s'inclure dans l'analyse.

D'autre part, la réputation stéréotypée des études de genre suppose que parler de genre signifie parler uniquement des femmes, ou encore parler de problèmes qui ne concerneraient que les femmes, des « *sujets de femmes* »²³, telles que les violences conjugales ou sexuelles, ou évidemment des thèmes liés à la maternité, à la grossesse, la contraception... Au cours de mon travail de thèse, il m'est arrivé de façon très courante dans le milieu de la recherche que, déclarant simplement que je travaille sur la planification des naissances, on me fasse la remarque suivante : « Ah ! Vous travaillez sur le genre », remarque que l'on ne ferait pas sur d'autres thèmes où la dimension de genre est tout aussi pertinente tels que l'échec scolaire, l'organisation informelle des prisons, la santé mentale des migrants... Or, l'ensemble des relations sociales étant façonnée par le genre²⁴, tout sujet de recherche portant sur l'humain devrait nécessairement être traité selon une approche genrée, pour prendre en compte toutes les dimensions d'un objet. Aussi, dans l'ouvrage de référence *Le sexe de l'enquête*, les auteures déclarent à ce sujet :

*« Si l'on en croit les stéréotypes relatifs à la division sexuelle du travail, les femmes seraient plus enclines aux recherches empiriques et aux approches méthodologiques - quand les hommes seraient portés au développement théorique. De même, elles seraient plus sensibles aux thèmes de recherche faisant écho aux liens sociaux, à la famille et à l'intime, thématiques effectivement retenues pour appréhender les rapports de sexe dans l'enquête »*²⁵.

Étant moi-même une chercheuse en sciences sociale m'inscrivant dans le courant des études féministe, j'ai logiquement été amenée à me questionner sur l'impact de mon sexe sur le terrain et sur les rôles que j'ai été amenée à occuper au sein des rapports de genre. J'ai alors tenté de prendre en considération mes propres stéréotypes de sexe, ceux de la société étudiée, et ceux des enquêté·e·s. En effet, objectiver « *l'existence d'un ordre sexué de l'enquête* » informe sur les conditions de production du savoir scientifique²⁶.

22. Voir par exemple les contributions masculines dans le collectif : Monjaret et Cicchelli-Pugeault, *Le sexe de l'enquête approches sociologiques et anthropologiques*.

23. Goyon, « La relation ethnographique ».

24. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

25. Monjaret et Cicchelli-Pugeault, *Le sexe de l'enquête approches sociologiques et anthropologiques*.

26. Monjaret et Cicchelli-Pugeault.

En jouant avec les attributs locaux de la masculinité et de la féminité qu'il s'agit de décrypter, l'anthropologue peut accéder à nombre d'informations, aussi bien dans des espaces sociaux considérés masculin que féminin²⁷. Aussi, si l'on considère les rapports de genre comme des constructions dynamiques on s'aperçoit que l'identité sexuée du chercheur sur son terrain est négociable, témoignant de « *l'expression même du champ des possibles immanent à la structure sociale du groupe étudié* »²⁸. Je ne suis pas perçue comme femme ou comme blanche de la même façon selon mes interlocuteurs, les contextes et les moments d'interactions, et d'ailleurs en grande partie parce que je suis une étrangère blanche.

2.1 Accéder aux hommes



Avec des hommes de Todos Santos dans une "cantina"

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les analyses réflexives de terrains anthropologiques montrent que l'accès aux différents espaces, publics comme privés, est plus évidente pour les chercheuses que pour les chercheurs. Le fait d'être une femme donne accès aux espaces féminins, même les plus intimes, ce qui ne va pas de soi pour un anthropologue homme. De plus, les femmes anthropologues ont aussi régulièrement accès aux espaces masculins et à la parole des hommes. Dans la région de Huehuetenango, mais c'est aussi vrai dans nombre de sociétés, les hommes ont tendance à se déplacer d'avantage, à être plus souvent scolarisés et donc à maîtriser mieux la langue nationale espagnole. Ces différents facteurs, combinés aux rôles politiques et familiaux occupés par les hommes, contribuent au fait que ce sont souvent les premiers à converser avec les personnes étrangères et à être à même de guider l'ethnologue, quel que soit son sexe²⁹.

Sur mon terrain, cela a pu parfois faire émerger un autre biais dans l'enquête. On me présentait le plus souvent des hommes indigènes qui étaient reconnus localement pour leur maîtrise stratégique du thème de la « culture maya » face à des personnes d'ONGs ou d'organisations

27. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

28. Gourarier, « Négocier le genre ? »

29. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

de droits humains. Ces hommes, imprégnés d'une pensée « mayaniste », ne sont pas vraiment représentatifs de l'ensemble des hommes dans les communautés indigènes. Toutefois, ils ont une influence certaine auprès d'eux (Ch12.I). Pour avoir accès à la parole d'autres hommes, j'ai simplement introduit l'idée auprès de mes interlocuteurs mayanistes de nous retrouver dans les lieux très masculins des communautés, et où la parole se délie très facilement : les *cantinas* (bars très populaires).

Dans leur travail de terrain, on voit que les femmes chercheuses passent assez régulièrement d'un espace à l'autre, quand bien même les espaces soient fortement ségrégués. Cependant, pour intégrer les milieux masculins, les chercheuses sont régulièrement amenées à opérer un travail sur leur identification genrée, afin de correspondre à certains standards de masculinité, légitimant leur présence dans des espaces privilégiés. Ainsi, selon Lecestre-Rollier, les femmes seraient « *plus aptes à occuper des positions mixtes ou bisexuées que les hommes. Elles peuvent davantage jouer de leur « invisibilité » sociale, ce qui leur procure bien des avantages dans l'accès à l'information* »³⁰.

L'accès à la parole de jeunes hommes dans le milieu urbain de Huehuetenango s'est présenté sans avoir été réellement planifié. Il a été facilité par mon adoption de certaines caractéristiques masculines dans l'espace public, dans un premier temps pour me protéger. En effet, le quartier où j'ai résidé à Huehuetenango est connu pour abriter des passeurs de drogues, d'armes et de migrants. Les femmes y investissent peu l'espace public qu'elles identifient comme hostile pour elles, voire très dangereux. Afin de surmonter mes peurs en investissant cet espace, j'ai décidé d'y affirmer une présence virile. J'ai ainsi « traîné » volontairement dans la rue sans n'avoir rien de concret à y faire, j'ai porté des vêtements qui dévoilaient mes tatouages (pratique surtout masculine, souvent la marque d'une appartenance à un gang), je fumais ostensiblement dans la rue (les femmes de Huehuetenango ne fument pas)³¹... Ce brouillage identitaire a engagé des jeunes hommes du quartier à interagir avec moi sur un registre masculin.

Notes de terrain - Huehuetenango - 15 juin 2013 -

Je viens de dire au revoir à Chiroy, mon ami quiché de *La tienda* (l'épicerie). Je me rappelle de notre première interaction. C'est le premier jeune gars du quartier qui a dépassé le stade de m'observer perplexe pour venir me parler. J'étais assise au bord de la route en attendant le bus. Il s'est approché pour m'offrir une cigarette (bien sûr il savait déjà que je fumais), a regardé mes oreilles percées à plusieurs endroits et m'a demandé si j'avais acheté au Mexique les piercings en (faux) diamant. Il m'a demandé si je pouvais lui en trouver un et lui percer l'oreille. J'ai répondu « *peut-être* ». Il n'a ni insisté, ni proposé de compensation. Il m'a juste dit qu'il serait à *La tienda*, l'épicerie bordant la route qui mène au quartier, devant laquelle se réunissaient les jeunes gars pour parler, boire, fumer et observer les entrées et sorties du quartier.

Je l'ai retrouvé là-bas le lendemain avec un piercing, une pince et de l'alcool. En me voyant arriver, il s'est approché de moi, a retourné une caisse vide de coca pour s'asseoir dessus à côté de *La tienda*, puis il a tourné sa tête et m'a tendu son oreille, sans me parler. Les autres jeunes regardaient tous la scène attentivement. J'essayais de paraître détendue malgré la tension. J'ai coupé la boucle avec la pince, désinfecté avec l'alcool et j'ai pour la première fois de ma vie percé une oreille en feignant l'avoir déjà fait des dizaines de fois (j'avais toutefois visionné des tutoriels sur Youtube!).

30. Lecestre-Rollier.

31. Montoya, « House, Street, Collective ».

Le jeune homme a sorti son téléphone pour regarder le résultat avec la caméra, il a souri satisfait, et m'a tendu une cigarette en me demandant mon nom. Puis il m'a donné le sien : « *ici on m'appelle Chiroy* ». Pendant que je fumais, un des jeunes à fait un geste à Chiroy. Chiroy s'est alors tourné vers moi et m'a dit « *demain, quand tu reviendras à La tienda, il voudrait que tu perces son oreille. Tu n'es pas obligée d'accepter, sinon après tous vont te demander un par un, c'est toi qui vois* ».

Depuis j'y fumais ma cigarette tous les soirs en observant la route avec eux, parfois on discutait, peu à peu j'apprenais des choses et j'osais poser des questions quand ils abordaient eux-mêmes spontanément des thèmes qui m'intéressaient : sexualité, expériences de couple, trajectoires familiales, perspectives d'enfants, rapports aux structures de soin, à l'information contraceptive...

Si j'ai pu me rapprocher autant de ces jeunes hommes, c'est non seulement par les marques de virilité³² que j'ai tâché d'arborer, mais aussi car ces marques (traîner dans la rue, fumer, être tatoué) étaient stigmatisées socialement et constituaient des biais de marginalisation³³. En effet, ces jeunes sont perçus comme des délinquants potentiels. À partir de leur attitude et de leur apparence, certains habitants de la ville ou du quartier les identifiaient comme appartenant forcément à un réseau criminel type gang³⁴, bien que leur allure s'inspirait simplement d'une fascination pour la culture pop *latina* états-unienne et avait principalement vocation à signifier leur capacité à réaliser un projet migratoire aux États-Unis (Ch9·V·2). C'est donc en adoptant des marques certes de virilité, mais de virilité marginale, que j'ai pu obtenir la confiance de ces jeunes hommes et avoir accès à une partie de leur intimité.

Aussi, je ne correspondais ni à l'idéal ni à la réalité locale de féminité. Je paraissais à l'aise dans l'espace public, solitaire, mobile, indépendante, célibataire, pas mère, lettrée et occupant un emploi rémunéré. Pour ces derniers aspects, c'est particulièrement mon image de blanche étrangère qui renvoyait cela. Plusieurs chercheur·e-s ont amené l'idée que la neutralisation des rapports de domination avec les enquêté·e-s favorise le travail de terrain. Cependant, si le côté blanche étrangère universitaire facilite certainement mon travail d'enquête auprès de certains hommes en neutralisant les rapports de domination qui nous traversent, comment envisager un travail de terrain où les rapports de domination enquêtrice-enquêtées seraient neutralisés lorsque l'enquête se déroule auprès de femmes indigènes, pauvres et souvent analphabètes ?

2.2 Accéder aux femmes

Dans les espaces où je m'étais assimilée en quelque sorte au milieu masculin, il m'a été difficile de construire des liens de confiance avec les femmes, voire même d'échanger avec elles³⁵. Par exemple, lorsque je partageais un moment de convivialité masculine, telle que fumer une cigarette hors du foyer avec le père de famille, il m'était très difficile par la suite de réaliser des entretiens avec les femmes du groupe familial ou celles qui m'avaient vu partager ce moment viril. Cela résultait en partie d'une distance de genre qui pouvait se creuser entre nous, mais aussi de leur constat que mon accès à une parole valorisée et légitime, celle des hommes, était garantie. Si j'avais déjà réussi à entrer en contact avec des hommes, les femmes préféraient s'effacer, en raison de la perception sous-estimée qu'elles ont de leur propre parole, d'autant plus lorsqu'elles ne sont pas allées à l'école, ont peu rencontré de personnes étrangères au village et ne peuvent pas communiquer en espagnol. Ma démarche de recueil de données a

32. Gourarier, « Négocier le genre ? »

33. Goyon, « La relation ethnographique ».

34. Rodgers, « Hacienda del peligro una vocación ».

35. Goyon, « La relation ethnographique ».

alors consisté justement à aborder en premier lieu avec les femmes les sujets ayant trait à leurs domaines de compétences reconnus. Pour cela, les questions familiales constituaient une bonne entrée (naissances, enfants, mariages, décès...) ³⁶.

La monnaie d'échange de mes entretiens a souvent été mon savoir relatif sur les cycles féminins, la santé génésique, la contraception. Il arrivait fréquemment qu'à un moment de l'entretien, les femmes se mettent à me demander des informations et des conseils sur ce thème (Ch10-I-2). Cependant, la confiance que j'ai gagnée auprès des femmes, résultait généralement, comme je l'évoquais plus haut, du partage d'expériences communes. Clara Lemonnier montre comment, dans son travail de terrain sur les « maux de femmes », les femmes rencontrées l'ont tour à tour renvoyée à plusieurs statuts : l'universitaire habituée aux questions médicales et soumise au secret professionnel, et selon l'âge, la confidente-copine ou la jeune femme inexpérimentée à qui les aînées peuvent transmettre leurs secrets. Selon elle, le fait d'être une femme a joué dans la majorité des relations ainsi établies sur le terrain, permettant à ses interlocutrices des projections, des effets miroirs ou tout simplement l'intuition d'être comprise par une paire ³⁷.



Entretien à Batzalom, Todos Santos

Le fait d'être étrangère, et donc de ne pas partager les mêmes codes sociaux, a permis de me situer hors du champ des jugements moraux qui font et défont les réputations ³⁸. Les femmes étant associées à l'écoute et à la naïveté, ma présence observatrice et mes questions

36. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

37. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

38. Lecestre-Rollier, « L'un et l'autre sexe ».

ont aussi suscité un effort d'explications et de précisions de la part de mes interlocuteurs et interlocutrices. Chez les hommes comme chez les femmes, c'est donc mon statut de femme étrangère qui a, semble-t-il, facilité l'accès aux différents espaces de terrain. Aussi, il ne s'agit évidemment pas d'expérimenter à tout prix ou de ressembler à l'Autre pour pénétrer sur un terrain, mais plutôt d'avoir conscience des stigmates :

« En prenant en compte les aléas, les configurations particulières des terrains et des ethnographes particuliers qui les rencontrent, on met ainsi en lumière les interpénétrations qui se jouent alors entre les imaginaires, projections, stratégies, qui se génèrent de part et d'autre et définissent une place pour chacun. « Briser le miroir du soi » permettrait d'accéder à la compréhension de ces réciprocity complexes »³⁹.

Encore faut-il trouver, sur son terrain, l'équilibre entre travail réflexif, empathie, distance, imprégnation... et notamment face à des situations et des histoires violentes.

III Difficultés de la distanciation et dangers de l'imprégnation

Extrait de mail collectif - Huehuetenango

- 9 juin 2014 -

Bonjour à toutes et à tous, Voici le traditionnel mail de mon séjour guatémaltèque...

Je vais essayer de faire plus court que d'habitude ;-)) Il n'est pas toujours facile d'être synthétique alors que l'envie de partager les expériences de mon quotidien ici est forte. Tout comme le désir de transmettre les connaissances que j'ai acquises sur cet endroit devient parfois une nécessité, car cela me permet de prendre du recul sur un vécu si riche en apprentissages.

À chacun de mes retours au Guatemala, je me sens envahie d'une grande émotion. Un mélange d'excitation, d'angoisse, de bonheur, d'appréhension, de sérénité et de doutes. Cette émotion est d'autant plus forte en arrivant dans le département de Huehuetenango, que j'ai déjà tant exploré, appris à connaître, à aimer et à détester.

Dans la ville de Huehuetenango, entre deux sessions de terrain, je travaille de longues journées dans un centre de recherche indépendant. Je vis toujours dans l'internat de jeunes filles indigènes boursières venues dans cette ville pour y suivre des études. Ici nos journées commencent avant 6h du matin pour le petit-déj et se terminent vers minuit. Avant de rentrer chez moi je fais souvent un tour dans le quartier. Je passe saluer mes voisin·e·s avant la nuit, j'entretiens mes connaissances ici. Alors qu'à Huehue tout est censé me rappeler que je suis étrangère, que cet environnement est hostile et très éloigné du monde dans lequel j'ai grandi, je me sens de plus en plus chez moi et je m'y sens bien, c'est une sensation étrange. Je ne pensais pas m'y habituer aussi vite. Quelque chose à Huehue m'attache à ce lieu, à ses habitants, à ses montagnes et ses paysages, à sa nourriture, à son climat, à sa façon de parler, à la manière dont on y vit. Parfois je me demande comment on peut apprécier autant un endroit si terrible, si dramatique. Comment on peut aimer un endroit où les discriminations sont si fortes et si profondes, où les narco-trafiquants et les familles oligarchiques possèdent la région et ont tellement de pouvoir sur les gens, où les institutions publiques sont pourries par la corruption, où l'argent garantit l'impunité et donne le droit de violer et tuer sans conséquences, où lutter pour ses droits se paye systématiquement trop cher, où la migration vers les États-Unis constitue le seul espoir d'amélioration des conditions d'existence de sa famille après le narcotrafic, où seule la conversion à l'évangélisme permet de se sortir de l'alcoolisme, où le concept de viol conjugal n'existe pas, où tout le monde se résigne à la violence et finit par la normaliser...

39. Goyon, « La relation ethnographique ».

Comme toujours je me réfugie dans ma rationalité scientifique et dans ma démarche anthropologique pour prendre le recul nécessaire à mon travail. Je tente de ne pas me sentir affectée de façon trop profonde face à la dure réalité qui m'entoure en permanence. Cela fonctionne, dans une certaine mesure.

1 Rester chercheuse en permanence ?

Dans la démarche réflexive sur sa subjectivité, un·e chercheur·se peut analyser la dimension émotionnelle du terrain comme une des étapes de la production scientifique⁴⁰. Le simple fait de s'engager dans des relations à long terme, à la fois professionnelles et amicales, implique un travail moral et affectif particulier. Parfois, la juste distance est alors difficile à trouver. Par exemple, la neutralité scientifique peut être considérée comme une violence symbolique supplémentaire lorsque les enquêtés·es évoquent leurs souffrances⁴¹. Le fait de devenir la confidente de nombreuses personnes sur mon terrain, tant dans les communautés que dans les milieux médicaux m'a beaucoup interrogée sur les rapports éthiques à entretenir, mais aussi, j'ai eu de grandes difficultés à marquer les limites de mon implication dans la vie des personnes auprès de qui j'ai mené mon étude. J'ai été présente pour des étapes importantes de la vie de ces personnes, telles que des décès, des migrations, des mariages, des naissances... Ce terrain mené sur plusieurs années a bouleversé mon existence car j'ai dû m'y engager intimement.

L'engagement d'un·e chercheur·se entraîne un déplacement où il/elle abandonne ses repères, ses schèmes culturels et sociaux pour mieux saisir la structure de ce qu'il/elle observe⁴². Pour combattre ses préjugés et préconceptions, l'anthropologue doit faire un « effort d'empathie », notamment en « prenant au sérieux » les positions de ses interlocuteurs/trices, même s'ils heurtent son système de valeurs⁴³. Dans ma recherche, j'ai tenté de mener un effort d'empathie envers les personnels des équipes médicales que je voyais pourtant perpétrer des violences sur les patientes. Cette empathie m'a notamment permis de mieux éprouver comment ces personnels, qui travaillent ensemble en permanence, dans des conditions qui ne permettent pas une application réelle de leurs principes et de leurs idées, doivent prendre des décisions dans l'urgence, avec des leaders d'opinion, et sont amenés à adopter des pratiques finalement contraires à leur éthique. Je me suis alors détachée des jugements moraux que je pouvais porter dans un premier temps⁴⁴. L'idée n'a pas été tant de chercher à adhérer au système de valeur de ces personnes, mais de comprendre la logique sous-jacente à ce système. L'effort d'empathie ne doit donc pas consister à chercher à adopter les valeurs d'un groupe, une immersion trop forte de ce type empêchant parfois de continuer de s'étonner de son terrain et de persister à le questionner⁴⁵. Aussi, lorsque la personne toute entière de l'anthropologue est engagée sur le terrain, les liens créés peuvent opposer une limite à l'objectivité qui requiert, de la part de l'anthropologue, la maîtrise de sa subjectivité⁴⁶. Bien que le/la chercheur·se ne puisse accéder au sens des propos et des actes de son interlocuteur/trice qu'en incorporant sa logique, l'équilibre combinant empathie, distance, respect et sens critique doit être réinventé en permanence⁴⁷. Comme Sylvie Fainzang le développe également dans son analyse réflexive, l'empathie double née de la relation ethnographique, tant avec des femmes que des personnels de santé, m'a permis

40. Mulo, « Le sida, le crack et l'hôpital ».

41. Mulo.

42. Caratini, *Les non-dits de l'anthropologie*.

43. Ayimpam, « Enquêter sur la violence . Défis méthodologiques et émotionnels ».

44. Rodgers, « Haciendo del peligro una vocación ».

45. Baubérot, « L'acteur et le sociologue. La commission Stasi ».

46. Caratini, *Les non-dits de l'anthropologie*.

47. Olivier de Sardan, « La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique ».

d'établir une distance, salutaire pour la recherche, avec les deux groupes de sujets enquêtés, et de soumettre plus facilement leurs discours à l'analyse critique⁴⁸. La « juste distance » de l'ethnologue à son objet d'étude naît donc de l'expérience d'une tension.

« Pour s'accomplir l'ethnologue doit, mouvement inverse, se déprendre de l'autre et l'objectiver. Se décentrer, se ressaisir ; se perdre, se retrouver : la pratique du « terrain » s'apparente aux sports dits « extrêmes » [...] parce qu'elle nous pousse loin hors de nous-même tout en exigeant le plus intransigeant contrôle de soi »⁴⁹.

Extrait de mail collectif - Huehuetenango

- 12 avril 2013 -

Pour ce qui est de ma thèse, c'est complexe. Il faut dire que j'ai eu une chance énorme jusqu'à présent au niveau de l'accès à mon terrain, mais je me perds un peu parfois, je crois que je m'isole trop dans mon travail et mes réflexions. C'est la première fois que je vis une expérience si intense, relativement seule. Il faut dire qu'il y a vraiment pas grand monde avec qui je peux échanger sur ça au quotidien, tant au niveau du vécu direct, des émotions et sentiments, que de la réflexion. Et puis je suis dedans en permanence, je déconnecte jamais. D'autant plus que, d'une manière que je ne m'explique pas vraiment, je me suis relativement coupée avec la France, ce qui ne facilite pas la possibilité de m'exprimer librement sur ce que je vis ici et mon travail. C'est pour ça que ce mail est aussi long, j'ai besoin de m'exprimer ;-)
Heureusement que je me rends de temps en temps chez Rita, qui vit au Mexique à quelques heures de chez moi. Discuter avec elle m'aide beaucoup à prendre du recul et à formuler certaines réflexions.

Aussi, je crois que je choisis dans un certain sens de vivre ça seule, d'essayer de connaître mes limites, de chercher à me surprendre moi-même en les dépassant. J'ai toujours été très entourée et dépendante des autres, je crois que c'est une épreuve importante d'apprendre à partager les choses avec moi, d'y réfléchir, d'y réagir, d'appréhender différemment les situations, de prendre des décisions de façon autonome en me convainquant que ce sont les bonnes, d'accepter l'aventure et la confrontation aux autres en gérant mon angoisse, de me construire un rythme de vie différent et qui me convienne, d'accepter que tout ne soit pas facile avec force plutôt que découragement... Le plus difficile pour moi c'est d'arriver à me convaincre au quotidien que je suis légitime dans ce que je fais, et que ça a un sens.

Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre, l'immersion dans son terrain, la déconstruction permanente du système social et culturel qui nous entoure, peut causer une rupture parfois traumatisante, et provoquer de nombreux troubles :

« La singularité de son histoire, ce capital d'expériences sensibles, émotionnelles et spirituelles que sa mémoire contient, tout en lui (l'anthropologue) est heurté de plein fouet. Le choc peut être violent, et, bien souvent, il doit se faire violence : c'est un échange »⁵⁰.

Sur mon terrain, l'imprégnation forte a provoqué en moi certains troubles, assez spécifiquement dans la confrontation à des formes extrêmes de violences, d'autant quand la formation universitaire ne prépare pas à cette confrontation⁵¹. La gestion des émotions dans la solitude d'un terrain dur a été difficile, notamment du fait du sentiment d'impuissance face à des situations ressenties comme injustes. Aussi, face à des cas de violences peu supportables, j'ai essayé de combiner l'effort empathique à de la distance. J'ai ainsi incorporé une posture analytique

48. Fainzang, « La communication d'informations dans la relation médecins-malades ».

49. Bensa, « De la relation ethnographique ».

50. Caratini, *Les non-dits de l'anthropologie*.

51. Mulot, « Le sida, le crack et l'hôpital ».

distanciée, niant les effets émotionnels du recueil quotidien de récits ou de situations violentes. Seulement, la négation de l'impact de cette violence m'a amenée à la banaliser, finalement comme les personnes auprès de qui j'ai mené mes enquêtes, qui par mécanisme de protection normalisent la violence quotidienne à laquelle elles sont exposées, sans pour autant l'évacuer. Ainsi, tout comme ces personnes, j'ai développé certaines maladies locales, que j'ai identifiées comme psycho-somatiques, tel que le « *susto* ». Le *susto* est une maladie que l'on attrape après avoir vécu une situation qui nous a profondément choqués. Les symptômes et effets sont multiples et variables, cauchemars, vertiges, nausées, toux, fièvre, douleurs musculaires... On soigne le *susto* par un ensemble de rituels religieux et non-religieux, qu'une personne connue pour le guérir va appliquer sur nous. Cette maladie touche les *Ladinos* comme les Indigènes et se soigne dans les deux cas par les mêmes types de rituels (Ch7-II-1). Finalement c'est en intégrant la violence en me réfugiant dans ma posture d'analyse que j'ai accédé par exemple à un vécu pertinent des maladies locales. Cependant, pour me protéger émotionnellement face à des situations inacceptables d'un point de vue humain et citoyen, violentes, injustes, c'est par la prise de recul (par exemple dans l'éloignement géographique répété) plus que dans la distance en restant sur place que j'ai trouvé les repères et l'équilibre à partir desquels m'engager pleinement dans la relation ethnographique, sans craindre de m'y perdre ⁵².

Extrait de mail collectif - Huehuetenango
- 12 avril 2013 -

Les filles de l'internat où je vis sont de vrais petites ados, qui parlent des garçons qui leur plaisent en écoutant des musiques de latin-lover, elles sont coquettes et créatives, elles ont beaucoup de rêves et investissent énormément dans leurs études. Pourtant, elles ont une vie remplie d'obstacles de taille à affronter, marquée par la distance avec leurs proches qui ont migré, les problèmes économiques, la discrimination, la violence intra-familiale, la violence sexuelle, parfois une grossesse adolescente... Et puis la mort n'est jamais loin, celle d'un parent malade, celle d'une amie qui a accouché trop jeune, celle d'un frère ou d'une sœur dans la migration, celle d'un oncle accidenté... Si la mort est si présente, j'observe avec bonheur et soulagement qu'elles apprennent à valoriser leur vie peu à peu. Car s'il y a bien un truc que j'ai compris ici c'est que la vie des femmes indigènes n'importe vraiment pas grand monde.

Tous les jours c'est de nouvelles histoires, des choses graves qu'on me raconte, que je vois, que j'entends, qui finissent par ne plus me choquer et passent comme si c'était normal que ce soit quotidien. Je crois que la banalisation de situations difficiles et la confrontation permanente avec des violences ordinaires me pèsent plus que ce que je pense en fait, et dans l'accumulation je sens que mon corps réagit et commence à saturer. Des fois j'ai du mal à canaliser mon énergie, je fatigue mentalement et je galère un peu physiquement, je sens que mon corps ne va pas toujours très bien. En même temps je suis une somatisatrice de première et j'avais pas réagi physiquement aux deux événements de morts violentes auxquels j'avais assisté en octobre, je me dis que quelque part c'est normal que tous ces trucs m'atteignent. Il faut que je trouve la meilleure manière de les affronter, de ne pas les laisser se bloquer en moi, savoir comment les faire circuler, les transformer.

Alors voilà, depuis cette région magnifique, que j'ai la chance d'explorer humainement, je jongle entre mon travail et mes émotions, en espérant toujours arriver à faire la part des choses, à ne pas perdre pied en me laissant emporter par le tourment des vécus que je tente de décrypter...

52. Mulo.

2 Gérer les situations et les récits de violence

2.1 Normalisation de la violence

Lors de mon premier terrain, il est arrivé un événement qui m'a profondément choqué. Le 4 octobre 2012, plusieurs milliers de manifestant·e·s, paysans et élèves indigènes, bloquaient depuis l'aube la route Inter-américaine, pour contraindre le président à recevoir une délégation des représentant·e·s de leur mouvement. Le bus que j'avais pris pour Huehuetenango stagnait depuis plusieurs heures très proche des manifestant·e·s. Dans l'après-midi, le président a envoyé l'armée pour les déloger. Peu de temps après, des hordes de manifestants, mécontents de cette réponse du gouvernement, descendaient des *milpas* (champs de maïs), armés de pierres qu'ils ont commencé à jeter sur les soldats. Puis d'autres sont arrivés avec des cocktails molotov et ont incendié un camion militaire à côté du bus. C'est à ce moment là, à travers la fumée noire du camion qui flambait, qu'on a commencé à entendre des tirs. J'ai commencé à saisir la situation quand des manifestants ont commencé à passer sous ma fenêtre du bus, en chargeant sur leurs épaules des blessés par balles. Je n'avais jamais pensé voir un jour dans ma vie autant de sang. Les premiers étaient presque tous blessés aux jambes, quelques uns aux bras. Puis sont arrivés ceux qui ne pouvaient même plus s'appuyer sur le sol. Deux d'entre eux étaient touchés au ventre et à la poitrine. Celui qui était touché au ventre, avait les yeux au ciel, vides. Je pense que c'est le plus jeune de tous les défunts. Au total, il y a eu 8 morts et une quarantaine de blessés par balles qui sont passés sous ma fenêtre ce jour là. Je les ai regardés, apeurée et impuissante. J'ai seulement pris quelques photos avant qu'un homme du bus baisse mon appareil et me dise de rester couchée car je me mettais en danger. Quand le bus a réussi à s'extirper des affrontements, une heure plus tard, nous nous sommes arrêtés dans un restaurant routier pour attendre que la route soit à nouveau praticable. Je regardais les informations télévisées seule à ma table. Le président Otto Pérez Molina affirmait face caméra que les militaires ne portaient pas d'armes. J'essayais de me réfugier dans une tentative d'analyse anthropologique de cet événement, mais je n'y parvenais pas. J'ai pris ma tête dans mes bras et quelques personnes du bus sont venues me parler pour me reconforter. À ma surprise, ils rendaient les leaders des manifestants responsables de la violence que nous avons vue, car « ils avaient provoqué tout ça ». Une personne a dit aussi : « *tu sais, pendant le conflit armé c'était bien pire, là c'était rien* ». J'ai répondu que je n'avais jamais vu une violence de ce type. Un autre a dit : « *oui, je comprends, mais ici la violence est partout, tu vas t'y habituer, on s'y habitue...* ».

Tout au long de mon travail de terrain, cet événement a alimenté mes questionnements sur la manière dont on peut analyser la violence. Comment fixe t'on la limite sociale ou culturelle du « tolérable » et de « l'intolérable » ?⁵³ Peut-on uniquement renvoyer la normalisation de la violence et sa dédramatisation au relativisme culturel ?⁵⁴ Comment ne pas édulcorer les scènes de violences sans pour autant sombrer dans une forme de sensationnalisme de la violence ?⁵⁵ La première réponse que j'ai trouvée dans la littérature scientifique, c'est la nécessité de construire une grille d'observation et d'entretien prenant en compte spécifiquement cette dimension de violence et la manière dont cette violence est vécue. C'est derrière cette grille que je me suis réfugiée lorsque j'ai assisté à des scènes telles que des médecins qui expliquaient froidement à une dame que l'enfant qu'elle venait de mettre au monde était décédé, à une autre qu'elle avait un cancer de l'utérus très développé et qu'elle allait devoir vendre probablement sa maison pour pouvoir se payer un traitement qui avait peu de chance d'aboutir à une guérison... J'ai

53. Fassin et Bourdelais, *Les constructions de l'intolérable*.

54. Bourgois, « Théoriser la violence en Amérique ».

55. Naepels, « Quatre questions sur la violence ».

alors compris que la réaction distante de ces médecins n'était pas forcément de l'indifférence, mais une manière de ne pas s'impliquer émotionnellement face à des situations qu'ils/elles ne pouvaient pas vraiment contrôler.

2.2 Traitement éthique de la question de la violence

Il est ainsi important d'étudier la violence depuis ceux qui la perpétuent. Cela implique des préoccupations méthodologiques-théoriques, ainsi que de profonds dilemmes moraux et pratiques. L'observation participante de la violence est-elle nécessaire pour l'analyser ? L'anthropologue doit-il être « passif » à la violence rencontrée sur son terrain ?⁵⁶ Pour ma part, je pense avoir participé dans une certaine mesure à la violence des soignant·e-s, comme en les laissant instrumentaliser mon image pour asseoir plus fortement leur autorité sur les patientes (voir plus haut). Participer à des pratiques condamnables possède un coût éthique. L'important lorsque l'on étudie des phénomènes violents est alors la justification de l'assise morale de l'enquête⁵⁷.

Par exemple, dans les récits de violences relatés par les femmes indigènes, les agresseurs les plus souvent identifiables étaient les institutions de santé, mais aussi les hommes de leur famille ou de leur communauté. Cette situation a été déstabilisante dans un premier temps, car dans un contexte politique d'instrumentalisation raciste de la violence intra-familiale ou communautaire, je tendais à minimiser celle-ci pour mieux visibiliser celle des institutions⁵⁸. Les femmes les plus attachées à l'identité « maya » opéraient d'ailleurs souvent ce même effet discursif. La réflexivité née de ce constat m'a permis de construire une analyse sur la manière dont ces deux types de violences venaient finalement se renforcer l'une et l'autre, parfois même dans des alliances objectives ponctuelles, dans un souci de contrôle patriarcal sur le corps des femmes. Cela m'a également aidée à déceler les formes de résistances développées par les femmes, par exemple leur manière d'instrumentaliser la violence institutionnelle pour pouvoir combattre la violence intrafamiliale et accéder à certains droits, et inversement (Ch10·III).

L'assise morale de l'enquête face aux violences dans les milieux médicaux s'est construite dans le respect de mes limites, à la fois dans le souci d'accès au terrain⁵⁹, et dans un contexte où il est très difficile de critiquer des politiques publiques ou certaines institutions étrangères.

2.3 Risques de la posture critique sur le terrain

Comme on peut voir dans l'encadré sur mon rapport avec le Dr Otto (voir plus haut), la plupart des personnes que j'ai rencontrées à Huehuetenango m'ont conseillé de prendre beaucoup de précaution concernant ce que je pouvais dénoncer ou critiquer des institutions publiques et privées dont j'étudiais les politiques. Quelles que soient les tendances politiques des personnes que je fréquentais, elles me disaient d'éviter fortement de mentionner les liens entre le conflit armé et la situation actuelle d'un point de vue critique, notamment en ce qui concerne les tensions autour des activités extractives dans les zones rurales du département. L'idée qui ressortait c'est qu'il ne fallait pas en parler, pour ne pas que l'on pense que je prenais parti, car je ne pouvais « jamais connaître exactement les réseaux de relations » de mes interlocuteurs, en raison de l'entremêlement entre les réseaux politiques, économiques et criminels.

56. Rodgers, « *Haciendo del peligro una vocación* ».

57. Rodgers.

58. Hamel et Clair, « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel ».

59. Bizeul, « *Des loyautés incompatibles* ».

Dans le milieu scientifique local on m'a particulièrement incité à prendre mes précautions, surtout les membres du CEDFOG, le centre de recherche et de documentation que je fréquentais régulièrement. En effet, un an et demi avant mon arrivée à Huehuetenango, Emilia Margarita Quan Staackmann, une anthropologue de 27 ans, a été torturée et assassinée en allant déposer des livres à une organisation de Todos Santos Cuchumatán, ainsi qu'un membre logistique de CEDFOG qui conduisait la voiture⁶⁰. Le centre a dénoncé un assassinat politique en raison des recherches engagées d'Emilia sur l'accès aux droits et à la démocratie des femmes indigènes, et qui prenaient en compte justement cet entremêlement mafieux de réseaux de pouvoir. Dans le milieu militant, on m'a donc évidemment conseillé de rester en retrait, de trouver un équilibre tenable dans mes fréquentations, auxquelles je serai automatiquement affiliée, et dans les positions que je tenais face à chacune de ces fréquentations. Cela était difficile dans mon cas, car Huehuetenango étant relativement une petite ville et ma présence sujette à interrogation, les personnes appartenant à des groupes locaux d'influences (narco-trafiquants, inspecteurs de police, gradés militaires, représentants de grandes firmes. . .) avaient tendance à m'aborder dans différents espaces publics, par exemple dans des restaurants ou des cafés. J'essayais alors de paraître cordiale mais peu avenante, refusant le plus souvent les services qui m'étaient proposés. Je participais aux activités militantes locales en m'affichant le plus clairement possible comme observatrice, malgré tout ce que j'aurais aimé dénoncer, car au cours de mes quatre années de terrain, plusieurs personnes militantes que je connaissais ont été violées, assassinées ou emprisonnées. . .

60. www.prensalibre.com/noticias/comunitario/Localizan-cadaver-antropologa-plagiada-Huehuetenango_0_386361568.html

Extrait de mail collectif - Huehuetenango
- 9 juin 2014 -

Les blessures de la guerre dans certaines zones du département ressemblent plus à des plaies ouvertes qu'à des cicatrices. Les conflits entre les groupes se sont aussi approfondis dans la lutte contre l'activité minière et hydroélectrique d'entreprises nord-américaines et européennes très implantées dans la région et qui cherchent à s'étendre. [...] La lutte contre l'activité minière et hydro-électrique se paye au prix de la vie, notamment celle des leaders communautaires (terme couramment employé pour désigner des membres de la communauté qui disposent d'un pouvoir symbolique de guide, en raison de leur charisme ou de leur dévouement à la communauté). L'année dernière, Daniel Pedro Mateo, l'un d'entre eux, maya-q'anjob'al de Huehuetenango a été assassiné en raison de sa détermination à dénoncer juridiquement les agissements illégaux d'une grande centrale hydro-électrique espagnole. Daniel Pedro Mateo était le papa d'une amie, une des jeunes filles qui vit avec moi dans l'internat. Lorsqu'on nous a appris sa disparition, mon amie s'est effondrée mais a gardé l'espoir qu'il soit encore en vie. Jusqu'à ce que l'on retrouve son corps. Si torturé qu'il a fallu des semaines pour l'identifier avec certitude. Pour sa veillée funèbre, nous étions des milliers à accompagner sa famille. L'auteur intellectuel de ce crime est connu de tous à Huehuetenango, lui-même semble l'admettre, non sans fierté. C'est une personnalité politique et économique publique. Mais comme disent les gens ici « *quand tu as de l'argent, tu as le droit de tuer, et il ne va rien t'arriver...* » [...]

Presque toutes les femmes que je rencontre ici portent avec elle le fardeau de fortes histoires de violence. Paradoxalement, la violence est si normalisée qu'elle est à la fois omniprésente et invisible. Je repense sans cesse à ce que l'on m'a dit pour me reconforter après avoir assisté au massacre de Totonicapán en 2012 : « *ne t'inquiète pas, tu vas t'y habituer* ». Mais personne ne s'y habitue vraiment, même si on en a l'impression. Et puis surtout je ne veux pas m'y habituer ! J'aime seulement m'habituer à manger piquant avec mes *tortillas* et *frijoles*, j'aime m'habituer à écouter de la *marimba*, de la *bachata* et même pourquoi pas des *narco-corridos*, j'aime m'habituer à rire de l'humour guatémaltèque et à la façon de parler à Huehuetenango, j'aime m'habituer à me lever avant le soleil et le voir disparaître le soir derrière les montagnes depuis ma chambre, j'aime m'habituer à faire de longues heures en bus face à des paysages magnifiques au milieu de centaines de personnes entassées (sans compter les enfants et les poules !), j'aime m'habituer à travailler accompagnée d'une tasse du délicieux café de Huehue, j'aime m'habituer en rentrant le soir à passer des heures à discuter avec les jeunes filles merveilleuses qui vivent avec moi et me parlent de leurs histoires.

D'ailleurs ce que j'aime par dessus tout c'est m'habituer aux discours des femmes que je rencontre ici sur leurs stratégies de résistance face à toute cette violence. Alors je tente de m'habituer à m'imprégner de leur courage. Au début du premier mail je disais que c'était ma rationalité et mon recul scientifique qui m'aidaient à tenir. En vrai c'est aussi beaucoup dû à la force qu'elles transpirent et me transmettent. Je finirais donc ce mail par quelques vers de la rappeuse guatémaltèque Rebeca Lane : « *Rien ne peut m'abattre. Et même si cette vie est injuste, si je tombe je me relève toujours. J'enracine bien mes pieds dans la terre, et ce pour mieux m'envoler vers les étoiles* »

Deuxième partie

Des politiques de planification familiale

Les programmes guatémaltèques de planification familiale s'inscrivent au cœur d'une perspective globale du développement des pays du Sud. Ils mettent l'accent sur l'aspect émancipateur de la planification familiale pour les femmes, envisagée comme un droit. Pourtant, ces programmes semblent se déployer sous un mode normatif et contraignant pour les femmes qu'ils ciblent. Comment comprendre ce paradoxe ? Au sein des dispositifs éducatifs et sanitaires bio-médicaux, comment les femmes sont-elles amenées à adhérer à un modèle reproductif conçu pour elles ?

Chapitre 4

L'encadrement de la reproduction : du global au national

L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) fournit au Guatemala une part majeure de son budget développement. Dans un rapport exposant ses perspectives de coopération avec l'État guatémaltèque entre 2012 et 2016, USAID définit trois objectifs : 1/ Plus de sécurité et de justice pour les citoyens, 2/ Une meilleure croissance économique et un développement social dans la région de *l'Altiplano Occidental*, 3/ Une meilleure gestion des ressources naturelles pour limiter les impacts du changement climatique global. La citation ci-dessous est extraite de l'objectif 2 défini dans ce rapport :

*Le taux de fertilité, qui demeure élevé (3,6 naissances par femme en 2009) [...] contribue à l'augmentation des taux de pauvreté et de mortalité maternelle et infantile dans les communautés rurales. Bien que le groupe cible des programmes de santé soit les femmes en âge de procréer, il est essentiel de comprendre les relations de genre pour l'élaboration et l'effectivité de ces programmes. Le droit légal des femmes à prendre des décisions et à contrôler leur propre corps est circonscrit par des facteurs culturels et contextuels établissant d'importantes barrières contre ces actions, pour elles et pour leurs enfants. Ces barrières représentent des obstacles pour les femmes dans le contrôle des ressources et la capacité à prendre des décisions indépendantes notamment en raison de la domination masculine dans la famille, du manque de mobilité ou d'accès à l'information et aux services d'éducation inadéquate, et de leur incapacité à communiquer en espagnol.*¹

Cette partie du rapport s'établit à la fois sur un paradigme féministe, le droit des femmes à prendre des décisions indépendantes et à contrôler leurs propre corps, et sur un paradigme néo-malthusien², la réduction les taux de fécondité des communautés pauvres et rurales pour permettre un meilleur développement. Liant ces deux approches, le rapport USAID voit dans l'élaboration de dispositifs éducatifs une manière d'« *augmenter l'adoption de bonnes pratiques de santé par la population de l'Altiplano Occidental - particulièrement par les femmes en âge reproductif et les enfants* »³. En effet, cette démarche éducative ciblée se veut à la fois émancipatrice (« *prendre des décisions indépendantes* ») et normative (« *adopter de bonnes pratiques* »).

1. USAID, « Estrategia de cooperación para el desarrollo del país - Guatemala 2012-2016 ». p.44.

2. Le néo-malthusianisme est une idéologie qui se fonde sur un constat d'incompatibilité entre la croissance démographique des populations pauvres et le développement économique. Elle préconise le recours massif et ciblé à des méthodes contraceptives afin d'assurer un possible développement.

3. USAID, « Estrategia de cooperación para el desarrollo del país - Guatemala 2012-2016 ». p.23.

Les obstacles identifiés sont des « *facteurs culturels et contextuels* » qui font appel à un imaginaire culturaliste sur les représentations et pratiques indigènes de la planification familiale. Le rapport défend en ce sens une norme hiérarchisée de comportements maternels en convoquant la « *responsabilité des mères indigènes* » pour « *changer leurs coutumes reproductives* », afin d'œuvrer à leur propre bien, à celui de leurs enfants et surtout au progrès et au développement de la nation.

La démarche promotionnelle ciblée des méthodes contraceptives durables, relevée au sein de l'ensemble des services de Huehuetenango, témoigne de la prégnance d'une politique de contrôle des populations selon les besoins institutionnels, tout en tenant pour acquis qu'elle est favorable aux femmes. La conception néo-malthusienne des programmes de santé reproductive s'accorde alors parfaitement à une perspective « féministe ». Comme avancé dans le rapport USAID, le bénéfice estimé de la réduction de la fécondité pour les femmes ciblées semble conditionner la notion du libre choix. Dans les pratiques médico-sociales étudiées, la contrainte institutionnelle dans la prise de décisions apparaît alors salutaire pour les femmes sur qui on l'exerce.

Les personnels de santé estiment souvent que leur mission éducative devrait se cantonner, dans l'idéal, à de la diffusion d'informations de qualité pour que les femmes puissent opérer seules des choix qui leurs seraient bénéfiques en matière de planification familiale. Ils reconnaissent adopter des pratiques professionnelles éloignées de cet idéal, telle que l'orientation systématique vers la stérilisation. Ils s'en justifient par « *l'ignorance* » qu'ils associent aux femmes indigènes et qui les rendrait inaptes à « *adopter les bonnes pratiques* » de manière autonome. Ils limitent donc paradoxalement la dimension informative des dispositifs éducatifs envers les femmes indigènes, car ils estiment que celles-ci ne sont pas assez éduquées pour traiter ces informations et les mobiliser à bon escient.

Les politiques de planification familiale au Guatemala sont sans cesse marquées par la cohabitation des rhétoriques néo-malthusiennes et féministes, entre le droit individuel de planifier ses grossesses et le devoir de les limiter au nom du bien commun. Chaque carnet de planification familiale qui accompagne les femmes guatémaltèques au cours de leur suivi contraceptif porte la mention : « *Ta santé, ta décision, notre futur !* ». On peut alors se demander si les politiques de planification familiale favorisent ou limitent l'autonomie des femmes dans les décisions concernant leur corps au nom du « développement ».

I La santé, les femmes et la reproduction enjeux du « développement » global

1 Un développement néo-libéral

Le développement a été décrit comme la capacité pour des pays ou des régions de créer des richesses afin de promouvoir ou de maintenir la prospérité ou le bien-être économique et social de ses habitants. Selon l'anthropologue Arturo Escobar, « le développement » en tant que régime de discours apparaît à la fin des années 1940 comme le produit d'une rencontre de modes de représentations, qui va constituer un espace de construction d'identités « sous-développées ». Après la seconde guerre mondiale, des catégories antagoniques apparaissent telles que « premier monde/tiers-monde », « développé/sous-développé », « centre/périphérie ». . . Ce discours comporte des implications économiques, politiques et sociales d'ampleur, car il va créer les fondements de sociétés « à développer » dans l'espace global des pratiques économiques modernes. La modernité occidentale étant également entendue en tant que phénomène culturel, historique et politique spécifique. Dans cet ordre discursif, l'Amérique Latine reste sujette aux intérêts

du centre, dont le rôle est d'apporter le progrès et le développement aux pays périphériques⁴. À partir de la seconde guerre mondiale, les théories sur le développement ont opéré des transformations diverses. Il résulte l'idée que la limitation des droits humains et d'autres sacrifices seraient nécessaires dans les premières étapes du développement⁵. En 1986, l'ONU érige « le développement » au rang de droit. Cependant, il apparaît aussi comme un devoir pour les pays qui bénéficient d'une aide internationale, qu'ils sont contraints d'accepter et pour laquelle ils doivent s'adapter aux normes du cadre social économique dominant⁶.

Dans ces conditions, l'ajustement structurel est présenté comme indispensable, entraînant un renforcement des réformes économiques, des réglementations et un droit de regard concernant l'administration et la gestion des services publics et des modes de gouvernements. Les agences multilatérales telles que la Banque mondiale et le PNUD vont alors définir la gouvernance dans les pays « en voie de développement » comme l'exercice du pouvoir à tous les niveaux dans la gestion des ressources économiques et sociales du pays. Pour atteindre une « bonne gouvernance », un ensemble de normes contraignantes et de recommandations morales vont être prescrites⁷. L'objectif étant d'appliquer des technologies de gouvernement concrètes dessinées pour l'Amérique Latine, l'Asie et l'Afrique dans le cadre d'une « gouvernance globale/mondiale »⁸. La mise en place de financements internationaux se construit selon une multitude de facteurs nationaux et internationaux (stabilité politique et économique, financements et budgets présents ou non au niveau national, conférences internationales...) et détermine la dépendance et la marge de manœuvre des États. Les ONG du Sud jouent alors un rôle important dans l'injonction à la « bonne gouvernance » des agences d'aide multilatérale au développement, sous l'égide des fondations ou des multinationales⁹.

Dans un premier temps, de nombreux chercheurs ont mis en relief la manière dont les structures d'aide et de coopération des pays industrialisés auprès des populations paysannes africaines et latino-américaines bénéficient aux grands centres capitalistes, du fait des échanges totalement inégaux. Ils s'opposèrent ainsi à certains courants de recherches en sciences sociales qui devinrent complices d'opérations de « développement », qui visaient en réalité à l'exploitation de populations paysannes pauvres pour la production de denrées d'exportation¹⁰. Les rapports ambigus entre la discipline anthropologique et les démarches colonisatrices se sont ainsi poursuivis avec les idéologies et politiques de développement et d'aide humanitaire, bien que celles-ci furent ensuite vivement critiquées, notamment par les chercheurs marxistes¹¹.

L'anthropologie française de la santé s'est largement intéressée à l'aide humanitaire, sur le plan du bio-pouvoir et de la gouvernance des corps¹². Selon ces chercheur·e·s, dans le modèle de développement actuel, la nouvelle économie libérale apparaît de manière implicite ou explicite. Il s'agit alors de le prendre en compte pour analyser anthropologiquement la façon dont les « développeurs » problématissent le social, la pauvreté, la gestion politique et le culturel¹³. En effet, les libéraux placent au centre de leur appréhension du monde le capital humain, dans

4. Escobar, *La invención del Tercer Mundo*.

5. Sen, « Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI ».

6. Charmillot, « « Aider, c'est pas donné ! » Réflexions sur l'aide et le développement ».

7. Atlani-Duault, « Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance » ».

8. Escobar, *La invención del Tercer Mundo*.

9. Atlani-Duault, « Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance » ».

10. Atlani-Duault et Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale ».

11. Atlani-Duault et Dozon.

12. Atlani-Duault et Dozon.

13. Boccara, « Tous homo oeconomicus, tous différents. Les origines idéologiques de l'ethno-capitalisme ».

une perspective d'économicité où l'individu est « *un acteur autonome ou un producteur d'activités évoluant dans un environnement social naturellement caractérisé par la rareté* »¹⁴. En étudiant l'aide internationale pour le développement, l'anthropologie doit analyser la manière dont des projets conçus « pour le bien des populations » du Sud s'inscrivent dans des rapports asymétriques entre développeurs et développés, mais aussi de quelle manière ces populations contournent ou s'approprient ces projets. Il faut pour cela tenir compte de cette période de globalisation néo-libérale¹⁵. Les effets de l'essor du néolibéralisme sur le fonctionnement des systèmes de santé sont particulièrement caractéristiques des implications d'une gouvernance globale dans le domaine de l'aide au développement¹⁶.

2 La santé globale

Dans les années 2000, les États-Unis investissent massivement dans l'aide internationale pour le développement en terme de santé, par la mise en place de financements, mais aussi de coopération pour la formation médicale, et par la création de centres et spécialisations en santé globale. Le terme de « santé globale » remplace celui de « santé internationale » comme émanation de plusieurs phénomènes, dont l'affaiblissement de l'OMS, des stratégies de pouvoir renouvelées, et surtout la dimension globale des risques et des menaces de santé¹⁷. Cette évolution sémantique apparaît dans un rapport de l'Institut de Médecine en 1997, qui démontre que l'investissement dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale sert les intérêts états-uniens, car cela permet de protéger leur population (dimension sécuritaire), de promouvoir leurs intérêts internationaux, et donc de soutenir l'économie¹⁸.

L'action d'aide au développement au Sud dans les domaines de la santé est alors globalement orientée vers la détection normée des risques et les moyens utilisés pour répondre à ce qui est identifié comme une urgence sanitaire, notamment dans la protection des populations du Nord. Des dispositifs de surveillance se mettent en place. La santé globale redéfinit le rôle de l'aide publique et privée au développement. Les États doivent dorénavant s'allier à des organismes privés, à but lucratif tels que les laboratoires pharmaceutiques ou non-lucratifs tels que les ONGs¹⁹. Jules Falquet note également que l'ONU encourage une progressive ONGisation des mouvements sociaux, à travers l'instauration de conférences mondiales depuis le début des années 1970. Cette institutionnalisation contribuerait à l'instauration d'un ordre mondial opposé aux intérêts des populations initialement mobilisées²⁰. C'est pourquoi, selon Fanny Chabrol, la santé globale « *déborde et redéfinit les limites des coopérations internationales classiques, générant de nouveaux types d'imbrications entre sphères privées et publiques d'action et d'intérêts, notamment économiques* »²¹. La santé globale adopte une portée « transnationale ». Elle s'inscrit dans un projet sécuritaire et elle participe aux politiques néolibérales de développement, dans un contexte d'accroissement des inégalités dans l'accès aux soins, entre pays du Nord et du Sud mais aussi au sein de pays du Sud²². Quelles que soient les modalités avancées, les programmes de santé s'organisent verticalement, c'est à dire des structures

14. Boccara.

15. Atlani-Duault et Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale ».

16. Hours, *Systèmes et politiques de santé*.

17. Brown, Cueto, et Fee, « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health ».

18. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

19. Atlani-Duault et Vidal, « Le moment de la santé globale ».

20. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

21. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

22. Atlani-Duault et Vidal, « Le moment de la santé globale ».

institutionnelles vers les centres de santé locaux. Cette organisation verticale participe à une logique de surveillance et de contrôle à partir des priorités inscrites dans l'agenda néo-libéral de la santé globale, en fonction des risques évalués pour les populations et la sécurité des nations riches²³. Or, en Amérique Latine, les experts et opérateurs sanitaires constatent que l'application des politiques néolibérales d'ajustement structurel a des effets négatifs sur la santé de la population, et particulièrement sur celle des femmes²⁴.

Selon Didier Fassin, le phénomène de globalisation s'inscrit historiquement, en continuité avec certaines structures idéologiques coloniales, mais aussi en discontinuité dans ses formes. Par exemple, l'émergence d'une conditionnalité financière des bailleurs de fonds oriente les politiques de santé²⁵. Selon Fassin, la globalisation de la santé doit être comprise comme un processus asymétrique dans ses rapports de pouvoir, inégalitaire dans la production des déterminants de la santé, et différencié dans la circulation des modèles. En effet, Fassin met en avant tout d'abord l'interdépendance mondiale des déterminants de la santé, en raison de l'impact des relations économiques et politiques internationales, par exemple des plans d'ajustements structurels. Ensuite, la circulation mondiale de modèles sanitaires universalisants, produits par des communautés médicales, scientifiques et politiques au niveau international, par exemple l'indicateur de mortalité maternelle. Et enfin, la manière dont la santé devient une préoccupation publique, source de conflits entre des collectivités internationales, nationales ou locales. Fassin estime à ce propos :

« À travers le gouvernement des corps et le consensus qu'il suscite, dès lors qu'il est possible de montrer qu'il s'agit de sauver ou de prolonger des vies, s'opère une véritable transformation de la subjectivité politique. On aurait tort d'y voir, comme certains le croient, une simple imposition de programmes par des instances extérieures, comme l'Organisation mondiale de la santé, le Fonds international pour la santé de l'enfance ou la Banque mondiale. Il s'agit au contraire de l'expression partagée d'une reconnaissance de la santé comme principe de légitimité qui va, dans certains cas, jusqu'à faire apparaître la médecine humanitaire comme la seule intervention justifiable dans certains conflits armés, voire des guerres génocidaires »²⁶.

Aussi, la globalisation est marquée par un double processus, à la fois d'universalisation et de différenciation. L'homogénéisation s'accompagne donc d'une différenciation, à la fois culturelle et économique : culturelle, car l'universalisation de valeurs spécifiques entraîne des cristallisations identitaires²⁷ ; économique, car le libéralisme creuse les inégalités en les justifiant²⁸. D'autant que les interdictions de circulation humaine dénotent de la circulation des biens. Fassin propose alors de contribuer à la réflexion anthropologique sur la globalisation de la santé en opposant la différenciation à l'homogénéisation, la restriction à la circulation²⁹.

Dans le cas du sida, les recherches montrent bien comment, dès les années 1980, les responsabilités quant à la propagation de l'épidémie sont attribuées aux États du Sud, jugés inactifs face à l'épidémie, mais aussi aux populations de ces pays, en raison de leurs comportements sexuels (prostitution, violence sexuelle...) et de leurs représentations culturelles jugées inadé-

23. Atlani-Duault et Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale ».

24. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

25. Fassin, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. »

26. Fassin.

27. Appadurai, Carrera, et Ramoneda, « Violence et colère à l'âge de la globalisation ».

28. Sen, « Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI ».

29. Fassin, « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. »

quates (tabous, croyances...) ³⁰. Ces comportements et représentations en tant que facteurs explicatifs de l'épidémie n'étaient pas analysés en lien avec les contextes historiques et sociaux dans lesquels ils se manifestaient et se transformaient. Les inégalités socio-économiques et leurs conséquences (telles que les migrations par exemple) n'étaient pas considérées comme facteur notable par les anthropologues sollicités par les pouvoirs en place, qui préféreraient les explications d'ordre culturaliste. Les Nations Unies prenaient considérablement en compte la question des pratiques culturelles dans leurs programmes de développement. La Banque mondiale a recruté des anthropologues à partir des années 1970, afin de mieux prendre en considération le « capital humain ». La dimension culturelle est entrée ainsi en ligne de compte dans le domaine de l'économie politique du développement ³¹. La santé publique visait alors à planifier mondialement des orientations et gérer techniquement des risques, de façon économique et performante. Des « organisations multilatérales » ont édicté des normes sanitaires dans ce cadre, visant à transformer les comportements jugés « à risque » ³². Ainsi, comme nous avons vu en introduction de ce chapitre, au Guatemala, les comportements féminins indigènes en matière de reproduction, sont considérés comme des comportements « à risque » par USAID et doivent être régulés ³³.

3 Le genre, un axe fort des politiques de développement

Le « genre » est devenu une dimension importante mise en avant dans les programmes de développement à partir des années 1980. Dans ce contexte, son acception diffère du terme de genre qui émerge plus tôt comme catégorie d'analyse dans les sciences sociales, en tant que rapport de pouvoir. L'introduction du mot genre au répertoire du développement a finalement consisté à remplacer le mot femme, en le vidant de son contenu politique féministe, pour se tourner vers des prescriptions normatives, sans produire une analyse critique de la construction sociale de la masculinité par exemple ³⁴. Aussi, l'introduction d'une terminologie du genre dans la plupart des programmes n'a pas amené d'améliorations spécifiques des conditions des femmes. En effet, certain·e·s auteur·e·s ont montré comment les conditions de vie des femmes, particulièrement les plus pauvres et « racisées », se sont considérablement précarisées au niveau des besoins les plus élémentaires tels que la santé, l'alimentation, l'éducation, le logement, le travail, etc., malgré des mesures censées les améliorer, telles que leur accès au marché de l'emploi, ou le micro-crédit ³⁵. On peut expliquer ce phénomène par le manque d'importance accordé aux inégalités structurelles dans les programmes de coopération, par exemple l'invisibilisation du travail domestique. Les indicateurs de l'ONU mesurent l'égalité entre femmes et hommes en matière de pouvoir uniquement, en fonction de leur accès aux plus hautes sphères de l'État et de management des entreprises. Cela correspond à une vision élitiste de la réussite féminine et n'éclaire en rien la réalité de la majorité des femmes ³⁶. Pourtant, la notion *d'empowerment* a été intégrée aux perspectives de développement mises en place par l'ONU. Cependant, cela s'est traduit concrètement par l'ONGéisation des mouvements des femmes au Sud et leur dépolitisation, par leur incorporation à l'agenda des directives globales de développement, pour pouvoir bénéficier de financements des bailleurs de fonds ³⁷. La Banque mondiale et le FMI

30. Dozon et Fassin, « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique ».

31. Boccara, « Tous homo oeconomicus, tous différents. Les origines idéologiques de l'ethno-capitalisme ».

32. Hours, *Systèmes et politiques de santé*.

33. Falquet, *De gré ou de force*.

34. Verschuur, « Quel genre ? »

35. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

36. Verschuur, « Quel genre ? »

37. Falquet, « Le débat du féminisme latino-américain et des Caraïbes à propos des ONG ».

financent des projets de développement destinés aux femmes du Sud sous le regard bienveillant de l'ONU qui encourage les mouvements des femmes à s'institutionnaliser pour y participer, mais ces politiques conduisent au final à appauvrir et à précariser les femmes, en s'intégrant dans la logique des politiques néo-libérales³⁸.

La conférence internationale de Pékin organisée par l'ONU en 1995 est caractéristique de la manière dont les femmes ont été mises en avant dans l'agenda du développement, tout en les laissant affronter en parallèle les conséquences des ajustements structurels imposés par le FMI et la Banque mondiale, qui affectaient leur bien-être³⁹. L'augmentation de la présence des femmes sur le marché du travail a été particulièrement saluée lors de la conférence et définie comme perspective prioritaire, aux côtés de la baisse de la mortalité materno-infantile, de l'allongement de l'espérance de vie et d'un meilleur accès à l'éducation⁴⁰. Seulement, cette « mise au travail » des femmes du Sud s'est accompagnée d'une précarisation globale de l'emploi qui les touche en premier lieu et accroît leurs difficultés, car elles n'ont pas été remplacées dans les travaux qu'elles effectuent dans la sphère domestique⁴¹. D'autre part, elles ont continué d'assurer principalement des travaux de *care*, de « *femmes de services* », domestiques et sexuels⁴², ou de travailler dans certains secteurs industriels ou agricoles peu qualifiés. Ce phénomène a creusé l'écart entre les différents secteurs de la population mondiale, notamment en renforçant la partie la plus privilégiée qui a bénéficié des fruits de ce travail féminin gratuit ou bon marché. Dans ce contexte, certaines analystes ont observé un durcissement simultané des rapports sociaux de sexe, de « race » et de classe. Aussi, Jules Falquet relève l'importance d'analyser ces projets en prenant en compte la période néolibérale et l'emprise néocoloniale « occidentale » des institutions internationales qui les portent et des agences qui les financent⁴³. Elle décrit notamment la manière par laquelle l'ONU a réussi à se constituer en référence centrale dans les grands débats qui portent sur la « gestion planétaire » :

*« L'ONU crée ainsi progressivement une pensée et une action de plus en plus unifiée ou unique, qui prétend substituer la planification et l'administration paisible du statu-quo à la recherche d'alternatives réelles. Une analyse critique de ses politiques dans les dix dernières années montre pourtant qu'elle constitue une pièce centrale du dispositif de mise en place du nouvel ordre mondial néolibéral ».*⁴⁴

J. Falquet souligne l'importance d'étudier les programmes de développement en les comprenant dans ce contexte de mondialisation néo-libérale, dans une perspective d'imbrication des rapports sociaux, en accordant une attention toute particulière à la construction de la séparation entre le travail considéré comme productif et le travail considéré comme reproductif⁴⁵.

4 Émergence des droits reproductifs onusiens

En 1975, les Nations Unies ouvraient un cycle de conférences mondiales pluriannuelles sur « la femme ». La quatrième fut celle de Pékin en 1995. Dans ces premières années de la

38. Curiel, « La lutte politique des femmes face aux nouvelles formes de racisme. Vers une analyse de nos stratégies ».

39. Falquet, « “Genre et développement” : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

40. Falquet, « Penser la mondialisation dans une perspective féministe ».

41. Falquet.

42. Falquet, *De gré ou de force*.

43. Falquet, « Les « féministes autonomes » latino-américaines et caribéennes ».

44. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

45. Falquet, « 19. Ce que le genre fait à l'analyse de la mondialisation néolibérale ».

décennie 1990, l'ONU traita également d'autres thèmes ayant une implication spécifique pour les femmes, lors de la conférence de Rio sur le développement durable en 1992, la conférence de Vienne sur les droits de la personne en 1993, et la conférence du Caire sur la population et le développement en 1994. La conférence du Caire marqua une posture importante de l'ONU au niveau international. En effet, elle est apparue alors comme le principal allié « protecteur » des femmes, face aux États religieux notamment, en défendant l'accès à la contraception féminine ⁴⁶.

Parallèlement, dans ces années 1990, la Banque mondiale entendait prioritairement lutter contre la pauvreté à travers des dispositifs politiques. Cette pauvreté a été mesurée, catégorisée et prise en charge, en institutionnalisant la notion controversée de seuil de pauvreté et en ciblant uniquement les populations jugées « les plus vulnérables » par des programmes ponctuels, tout en démantelant et privatisant parallèlement les systèmes collectifs et publics de protection sociale ⁴⁷. Aussi, selon Jules Falquet, « *la Banque mondiale, le FMI, mais aussi l'ONU et ses multiples satellites - jouent un rôle croissant dans la mise en place d'un nouvel ordre économique mondial, derrière l'étendard officiel du "développement" et, plus récemment, de la "lutte contre la pauvreté" »*. ⁴⁸ La Banque mondiale commença à parler de lutte contre la corruption dès la fin des années 1990. Pourtant, elle construisit et ancr durablement une nouvelle forme de légitimation du clientélisme et de dépendance à des ressources externes. Les pauvres étaient amenés à apparaître aux yeux des développeurs comme « cibles » potentielles de leurs programmes, et à y participer sous l'apologie de la « bonne gouvernance ». Cela explique la progressive ONGéisation de nombreux groupes issus des mouvements sociaux, notamment dans les mouvements féministes, cooptés par l'ONU sous recommandation de la Banque mondiale et du FMI ⁴⁹. Certains courants féministes avaient d'ailleurs critiqué les conférences onusiennes sur « la femme », tant dans les modalités de « participation » que dans le choix des thèmes traités, en décalage des priorités locales des femmes. Des mouvements féministes autonomes latino-américains dénonçaient particulièrement l'importance du pouvoir octroyé à USAID dans ces conférences, alors même que l'agence états-unienne était historiquement reconnue pour son rôle anti-insurrectionnel sur le continent ⁵⁰.

Les conférences onusiennes ont permis que les droits reproductifs soient inscrits dans les textes internationaux comme des droits individuels, auxquels il faut faciliter l'accès. La notion de droits reproductifs notifie le droit des individus à accéder librement à des méthodes de contraception fiables et respectueuses de leur santé. Cette notion inclut également le droit à des services de santé sexuelle et reproductive de qualité, sans souffrir d'aucune contrainte de l'État ou de la famille ⁵¹. Ces droits se retrouvent même au niveau constitutionnel ou législatif dans certains États ⁵². Il est également mis en avant à Pékin et au Caire que les programmes de planification familiale permettraient de libérer les femmes, par la limitation des grossesses non-désirées qui seraient à la fois la conséquence et la source d'une oppression patriarcale. Cependant, les programmes de planification familiale mis en place suite aux recommandations de UNFPA (le Fond de Population des Nations Unies), de la Banque mondiale et du FMI ont plutôt eu vocation à faire diminuer la fécondité quels qu'en soient les moyens.

46. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

47. Falquet, *De gré ou de force*.

48. Falquet, « «Genre et développement» : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

49. Falquet, *De gré ou de force*.

50. Falquet et Bisilliat, « Femmes, féminisme et «développement» : une analyse critique des politiques des institutions internationales ».

51. Gautier, « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ».

52. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

En effet, la « surpopulation » est considérée comme un frein, voire une menace, pour le développement des pays du Sud, et pour la sécurité des pays du Nord. Cette idée a été particulièrement diffusée au cours de la seconde moitié du XX^{ème} siècle par le *Population Council*, organisation internationale non-gouvernementale basée aux États-Unis et créée par John D. Rockefeller⁵³. L'ONU et la Banque mondiale ont ancré cette idée à la création du UNFPA en 1969⁵⁴. Aussi, depuis 1968, sans forcément soutenir directement financièrement les programmes de planification familiale, la Banque mondiale intègre les contrôles de la natalité dans les projets de développement. Le contrôle de la croissance de la population, pour les pays auxquels elle accorde des prêts, est devenu une exigence qui conditionne ces prêts. Le Pérou s'était par exemple engagé dans les années 1990 à soumettre sa population à un fort contrôle démographique pour obtenir un prêt de 150 millions de dollars auprès de la Banque mondiale. Pour mettre en place son programme de limitation des naissances, il a alors bénéficié de l'aide financière de USAID et du FNUAP.

On connaît différents cas de limitation de la fécondité par des moyens autoritaires au niveau des États. On peut citer par exemple les sanctions mises en place par la Chine pour les foyers qui ne respecteraient pas l'interdiction d'avoir plus d'un enfant (deux dans certains cas). Les femmes se voient parfois forcées d'avorter de grossesse avancées⁵⁵, ou de se faire ligaturer. Arlette Gautier met en avant la manière dont les institutions publiques chargées de mettre en œuvre les politiques démographiques ont peu pris soin de la santé des femmes, de leur bien-être, de leur libre-choix et du respect du droit des personnes. Elle note que la dépendance aux financeurs de pays qui subissent une crise économique et sanitaire, ainsi que la réduction régulière ou ponctuelle de l'aide internationale fournie, ne permet pas une amélioration de la qualité des programmes⁵⁶.

Les droits reproductifs, définis et reconnus au Caire, prévoient l'accès à tous les services de santé sexuelle et reproductive, le droit de prendre les décisions reproductives, en disposant des informations nécessaires et en étant libre de toute discrimination, violence et coercition. Le programme du Caire lie ces droits reproductifs aux droits à l'éducation, à un statut égal au sein de la famille, à être libre de violence domestique, à ne pas être mariée avant d'être physiquement et psychologiquement préparée pour cet événement. Loin du discours malthusien de contrôle de la population, cette conception ne peut cautionner la planification familiale contrainte, les politiques de quotas ou tout simplement les politiques démographiques. Cependant, le programme du Caire ne prend pas en considération les perspectives de la Banque mondiale, notamment de privatisation des systèmes nationaux de santé au Sud, qui empêchent un accès égal à des services de qualité⁵⁷.

Si les politiques prônant les droits reproductifs tels qu'énoncés dans les conférences de Pékin et du Caire n'ont pas permis d'améliorer la condition de la plupart des femmes voire l'ont aggravée, cela peut s'expliquer par la concomitance d'un nouveau consensus international qui revêt trois dimensions néfastes aux droits reproductifs. Ces dimensions, relevées par Arlette Gautier, sont : « 1) *le consensus en faveur d'une économie néolibérale prône la réduction des dépenses sociales, y compris en matière de santé, pour laisser la place au marché* ; 2) *l'État doit être le plus faible possible car il est perçu comme oppressif par nature* ; 3) *la notion de démocratie est réduite à son aspect formel, c'est-à-dire à la tenue d'élections. Les droits civils*

53. Caulier, « L'antiféminisme des « populationnistes » ».

54. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

55. Kleinman et Desjarlais, « Ni patients ni victimes [Pour une ethnographie de la violence politique] ».

56. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

57. Gautier, « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement ».

et politiques sont promus au détriment des droits économiques, sociaux, culturels et, a fortiori, reproductifs »⁵⁸. A. Gautier en conclut que les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des droits reproductifs peuvent relever de plusieurs modèles : du patriarcat traditionnel, de la persistance du néo-malthusianisme, de la réduction des dépenses sanitaires et de la promotion de l'abstinence sexuelle⁵⁹.

Elle montre que les pays mettent en avant une logique néo-malthusienne, mais avec des tonalités et des styles très différents⁶⁰. Elle tente alors de comprendre comment les droits reproductifs individuels promus par l'ONU deviennent, dans leurs tentatives d'application, des devoirs reproductifs collectifs. Jules Falquet s'interroge sur les différents programmes de planification familiale mis en place suite aux directives de l'ONU dans un contexte néo-libéral : « *s'agit-il vraiment de « libérer » les femmes ou simplement de réduire leur « dangereuse » fécondité ?* »⁶¹. Ces chercheuses montrent bien dans leurs travaux comment les politiques liées à la reproduction sont imprégnées d'une théorie raciste et sexiste où les femmes racisées sont jugées trop prolifiques et par là rendues coupables de leur propre pauvreté, comme on peut le voir dans la citation USAID en introduction de ce chapitre. Elles deviennent alors la cible principale des programmes, qui sont appliqués d'autant plus autoritairement sur leurs corps. Dans son ouvrage, Ingrid Ströbl dénonce la mise en place de politiques dites de développement s'appliquant autoritairement sur les populations pauvres, en particulier les femmes noires et indigènes. Pour cela elle s'appuie sur l'étude des campagnes néo-malthusiennes de stérilisations en Amérique Latine, qu'USAID a largement financées, pilotées, encadrées, et qui ont parfois revêtu un caractère contraint ou forcé. Ströbl estime que les politiques internationales de population comportent une forte dimension eugéniste en sélectionnant les femmes autorisées ou non à se reproduire et en les contraignant à intégrer la norme reproductive définie pour elles⁶².

II Le néo-malthusianisme au sein des perspectives de développement

L'accusation d'eugénisme est récurrente concernant les campagnes de stérilisation. En Amérique Latine, la dénonciation de milliers de stérilisations de femmes péruviennes quechuas à la fin des années 1990 est assez emblématique.

En 1994, le président péruvien Fujimori présente son « Programme National de Santé Reproductive et de Planification Familiale » à la conférence internationale du Caire des Nations Unies sur la population. Fujimori utilise alors un discours qui puise dans le registre du développement et obtient le soutien d'organisations à visée progressiste. Ce programme est financé par des aides internationales, telles que USAID, dont les objectifs néo-malthusiens sont clairement affichés. De 1995 à 2001, le programme se matérialise en une campagne de stérilisations massives, dirigée spécifiquement sur des femmes, pauvres, analphabètes, indigènes et rurales, qui subissaient déjà l'impact du conflit interne armé (1980-2000)⁶³. Aussi, loin d'un progressisme social, les politiques néo-malthusiennes de santé publique au Pérou avaient pour objectif l'utilisation du corps des femmes indigènes comme instrument de politique économique, dans le cadre néolibéral⁶⁴.

58. Gautier, « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ».

59. Gautier.

60. Arlette Gautier, « Les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes, mais toujours contestées ».

61. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

62. Ströbl, *Fruto extraño*.

63. Ballón Gutiérrez, « El caso peruano de esterilización forzada. Notas para una cartografía de la resistencia ».

64. Ewig, *Second-Wave Neoliberalism*.

Lors de la conférence du Caire et de Beijing, Fujimori réussit à coopter le soutien de grandes organisations féministes pour son projet. Cependant, les premières oppositions émergent d'une seconde démarche féministe, exprimées par des organisations de femmes péruviennes moins institutionnalisées, qui soulèvent la question du consentement derrière ce programme⁶⁵. À travers la publication d'un rapport en 1999, rassemblant de nombreux documents et témoignages⁶⁶, elles dénoncent le caractère forcé des stérilisations. Dans un contexte de précarité des personnels médico-sociaux, des preuves de l'instauration de quotas montrent qu'il s'agit d'une politique d'État et pas simplement de négligences médicales⁶⁷. Ces documents ouvrent la possibilité de poursuivre le gouvernement Fujimori pour crime contre l'humanité. En effet, il s'agirait d'une attaque systématique et généralisée sur une population civile non-organisée, au sein d'une politique d'État, dont les quotas prouvent qu'il connaissait la nature criminelle de ce programme (dispositifs prévus par l'article 3 du Tribunal Pénal International pour le Rwanda)⁶⁸. Entre 1996 et 2001 on compte 272.028 stérilisations de femmes et 22.004 d'hommes. Presque tou-te-s étaient quechuaphones⁶⁹.

Si la dimension raciste des stérilisations forcées a plus d'écho que son caractère sexiste, plusieurs chercheur-se-s et avocat-e-s notifient l'importance de signaler que cette politique était dirigée spécialement sur les femmes. Elle constitue un crime commis sur un groupe vulnérable socialement, ce qui met en évidence des discriminations pour des raisons ethniques, car presque toutes étaient indigènes, mais aussi des discriminations socio-économiques et de genre⁷⁰. Selon Alejandra Ballón, les cas de stérilisations forcées et leur impunité ancrent l'idée que le corps des femmes est un territoire légitimement sujet à contrôle, d'autant plus si elles sont pauvres et racisées⁷¹.

Au Brésil, le planning familial est introduit à l'époque de la dictature militaire (1964-1984). Durant cette période, la hantise de la « surpopulation » croît avec l'industrialisation et l'exode rural massif. La migration des populations pauvres vers les villes est perçue comme une menace pour le pouvoir économique et politique. Dans un contexte de suppression de droits fondamentaux et d'accroissement des inégalités sociales par le développement économique, les dirigeants estiment qu'il est nécessaire de contrôler vigoureusement les naissances dans les couches sociales basses. L'idée est de réduire rapidement et efficacement le taux des naissances chez les populations pauvres pour éviter tout désordre social et moral. La stérilisation féminine est perçue comme le meilleur moyen d'accompagner la transformation démographique souhaitée. Elle est souvent offerte au moment des accouchements en hôpitaux, mais les programmes de planification familiale sont aussi largement introduits par des organismes non-gouvernementaux tels que BENFAM (Société pour le bien-être des familles) financés par des agences internationales, notamment USAID. En 1992, face à la quantité massive de stérilisations, une commission parlementaire brésilienne recense de nombreux cas de femmes stérilisées de manière contrainte ou à leur insu, en constatant que les programmes se concentraient dans les zones les plus pauvres. Ces programmes néo-malthusiens de l'époque dictatoriale furent dénoncés comme eugéniques. L'État brésilien orienta alors la définition de sa politique de planification familiale selon les terminologies des droits reproductifs pour tou-te-s les citoyen-ne-s, et non plus comme un devoir

65. Falquet, « Le débat du féminisme latino-américain et des Caraïbes à propos des ONG ».

66. Tamayo et CLADEM, *Nada personal*.

67. Montoya Vivanco et al., « Esterilizaciones durante el gobierno de Alberto Fujimori ».

68. Adjovi et Mazon, « L'essentiel de la jurisprudence du TPIR depuis sa création jusqu'à septembre 2002 ».

69. Montoya Vivanco et al., « Esterilizaciones durante el gobierno de Alberto Fujimori ».

70. Montoya Vivanco et al.

71. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

civique ou moral des pauvres⁷².

Foucault montre bien comment à partir du XVIII^e siècle, la question de la population en tant que problème et variable économique et politique commence peu à peu à alimenter les techniques de pouvoir. La richesse, l'organisation du travail, la répartition des ressources vont alors être envisagé-e-s selon un autre point de vue, depuis la nécessité de prendre en compte les spécificités démographiques et les phénomènes spécifiques liés à la population⁷³. Au cours de ce siècle, Thomas Malthus, pasteur et économiste du XVIII^e siècle présente son « principe de population ». Pour permettre un développement économique, Malthus considérait inévitable de limiter la population, particulièrement dans ses couches les plus basses. Selon lui, il était nécessaire de restreindre les naissances chez les populations pauvres. À cette fin, il prônait comme méthode la « contrainte morale » : retarder l'âge du mariage, valoriser l'abstinence sexuelle, augmenter les durées recommandées d'allaitement exclusif (effet contraceptif), mais aussi supprimer toute aide sociale... À l'époque, Malthus ne préconisait pas l'emploi de méthodes contraceptives. Le terme « néo-malthusianisme » provient d'une actualisation de l'idéologie dite « malthusienne ». Le « néo-malthusianisme » se fonde sur le même constat d'incompatibilité entre la croissance démographique des populations pauvres et le développement économique, mais diffère dans les stratégies. En effet, contrairement aux « malthusiens », qui aujourd'hui s'incarnent surtout dans les discours et les groupes pro-vie (anti-IVG et anti-contraception), les « néo-malthusiens » préconisent le recours massif et ciblé à des méthodes contraceptives, surtout les méthodes durables et définitives.

La théorie malthusienne, largement répandue encore aujourd'hui, ne se vérifie pourtant pas. Les politiques anti-natalistes n'engendrent pas directement et automatiquement des baisses démographiques, qui sont plutôt impulsées par des transformations socio-économiques et culturelles des conditions sociales des femmes⁷⁴. Beaucoup de démographes et d'historiens s'accordent à dire que la diminution de la fécondité découle d'un développement économique préalable - notamment permis grâce aux politiques sociales - et pas l'inverse. L'usage de la contraception se répand toujours en premier chez les populations qui accèdent à de meilleures conditions de vie. Différents analystes estiment que le meilleur moyen de diminuer la natalité chez une population c'est d'abord d'assurer sa sécurité et son développement social, culturel, éducatif, économique, et les familles baisseront d'elles-mêmes le nombre d'enfants. Dans la vision malthusienne, le manque de ressources, telles qu'alimentaires, n'est pas envisagé comme une conséquence d'une répartition inégale des richesses. Aussi, la dénutrition chez les populations pauvres est présentée comme issue d'un problème démographique et non pas d'un problème social. L'origine de la pauvreté est identifiée dans la multiplication illimitée des pauvres, qui doit être freinée rigoureusement pour éviter des troubles sociaux à cause de la faim et de la misère. Il s'agit donc de jouer sur les taux de natalité de « groupes de populations » déterminés, en accord aux intérêts économiques, de pouvoir ou racistes, des classes dominantes⁷⁵.

En Amérique Latine, les politiques de planification familiale qui émergent dans la seconde moitié du XX^e siècle sont fortement liées à l'influence d'organismes états-uniens préconisant des mesures néo-malthusiennes. En 1960, le contrôle de la natalité dans le sous-continent se transforme en priorité de la politique des États-Unis pour le développement, ainsi que de leur politique de sécurité pour parvenir à la pacification de pays dont l'instabilité menace leurs

72. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

73. Foucault, *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*.

74. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

75. Dietz et Becher, *Historia y trasfondos políticos de los programas de planificación familiar en América Latina*.

intérêts. Pour cela USAID, *Population Council* et d'autres organismes et fondations (Ford...) vont jouer un rôle fondamental dans le financement de programmes latino-américains de planification familiale. Ces programmes visent à calmer ou éviter l'agitation sociale, pour stabiliser les relations publiques des États-Unis avec les autres États. En Amérique Latine, c'est la menace communiste qui est particulièrement mise en avant pour justifier une implication forte des financements provenant des États-Unis pour ces programmes⁷⁶. Cette démarche a inspiré la célèbre phrase d'Eduardo Galeano : « *En Amérique latine, il est plus hygiénique et plus efficace de tuer les guérilleros dans les utérus que dans les sierras ou dans les rues* »⁷⁷.

Au Guatemala, à partir de la destitution du président progressiste Árbenz Guzmán à travers l'aide de la CIA (Ch1-II), les États-Unis mettent en place des politiques économiques et sécuritaires fondées sur le contrôle de la natalité pour éradiquer le communisme au Guatemala sous le gouvernement militaire (1963-1966)⁷⁸.

En 2011, le Dr Rajiv Shah, administrateur USAID déclare dans une interview :

« *La planification familiale a été sous-investie alors qu'elle est absolument essentielle pour la sûreté, la sécurité et la stabilité de la plupart des pays où nous travaillons dans le monde. Il y a tant de données qui nous montrent que lorsque les taux de fécondité diminuent dans les pays, la santé et le bien-être des enfants, des familles et de la communauté s'améliorent* ». ⁷⁹

Actuellement, les programmes de limitation des naissances continuent de s'implémenter spécialement dans les zones rurales pauvres avec des schèmes explicatifs directement fondés sur la théorie de population malthusienne ou néo-malthusienne. Plusieurs chercheurs en font le constat au Guatemala où ces politiques se développent particulièrement via des ONG locales recevant des fonds états-uniens⁸⁰. Depuis les années de guerre, dans la région de Huehuetenango, le ministère de santé et des ONG ont mis en place des campagnes de contraception massive, financées par des aides internationales, notamment USAID. L'ambition néo-malthusienne de ces campagnes est évidente. Ainsi, on peut voir qu'un rapport USAID de 2010 concernant le Guatemala est titré : « *Croissance démographique et développement économique : le rôle indispensable de la planification familiale. Une réflexion sur la nécessité d'inclure dans les plans et stratégies nationales pour le développement les variables démographiques et les services de planification familiale comme facteurs prioritaires* »⁸¹.

Ce rapport propose une conclusion clairement néo-malthusienne :

« *La pauvreté, entendue comme le déséquilibre entre les besoins de la population et les ressources disponibles pour les satisfaire, et la surpopulation, doivent être considérés comme les causes primaires et secondaires des problèmes sociaux actuels. Si on ne le considère pas ainsi ce seront encore les symptômes qui seront attaqués et non pas les causes* »⁸².

76. Dietz et Becher.

77. Galeano, *Las venas abiertas de América Latina*.

78. Taracena Arriola, *Etnicidad, estado y nación en Guatemala, 1808 - 1944. Vol. 2*.

79. Traduction de l'auteure. www.pbs.org/newshour/bb/world-jan-june11-guatemala_03-08/

80. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

81. USAID - Calidad en salud Guatemala, « Crecimiento demográfico y desarrollo económico : el rol indispensable de la planificación familiar. Una reflexión sobre la necesidad de incluir en los planes y estrategias nacionales para el desarrollo las variables demográficas y los servicios de planificación familiar como factores prioritarios ».

82. USAID - Calidad en salud Guatemala.

CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO
Y DESARROLLO ECONÓMICO:
EL ROL INDISPENSABLE DE LA
PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Una Reflexión Sobre La Necesidad de Incluir
en los Planes y Estrategias Nacionales para
el Desarrollo las Variables Demográficas y
Los Servicios de Planificación Familiar como
Factores Prioritarios

III Les programmes de planification familiale au Guatemala

Au Guatemala, les programmes de planification familiale s'articulent avec l'émergence de nombreuses ONGs locales financées par l'aide internationale vers la fin du conflit armé. On observe alors une forte inter-pénétration entre les ONGs « œuvrant pour la paix », c'est à dire les ONGs dont l'action est directement liée à la mémoire de guerre et à la réparation, et l'action humanitaire ou dite de développement⁸³. Dans les années 1980-1990, on note par exemple un investissement massif de fonds internationaux pour les camps de réfugiés guatémaltèques au Mexique, où vivent en majorité des femmes et enfants, parfois veuves et orphelins, la plupart indigènes huehuetèques. Ces aides concernent le recueil des atrocités du conflit, mais surtout elles consistent à alimenter les besoins fondamentaux en nourriture, santé, éducation...⁸⁴ Au Guatemala comme ailleurs, les démarches humanitaires étrangères, mais aussi nationales, sont régulièrement issues d'une sensibilisation sur des injustices ou des discriminations, par la médiatisation de situations de fortes violences. Ces démarches marquent une transformation des modes d'engagements et se caractérisent aussi par « *des actions éparpillées en micro-projets locaux, souvent limités dans l'espace et dans le temps, et qui tendent à traduire des phénomènes d'injustice et d'inégalités politiques et économiques en appels à la compassion et à la réparation au cas par cas* »⁸⁵.

Jean - Guatemala - Membre Rotary club - 70 ans - français
- 21 mars 2014 -

J - Tu sais les moyens financiers existent pour développer le Guatemala, le problème c'est l'éducation, et pire encore l'éducation sexuelle. Obtenir de l'argent pour la santé c'est facile, il suffit de montrer des photos de pauvres gosses, mais pour l'éducation il n'y a rien du tout, ça ne marche pas. C'est comme cette organisation qui est née dans les années 1990 d'un prêtre... je me rappelle plus son nom, ils font des campagnes d'opérations massives de becs de lièvres par exemple. Ils réunissent des centaines de personnes qu'ils opèrent toutes en un week-end, mais il n'y a aucune éducation, aucun suivi. Seulement des médecins qui viennent opérer ou sauver des vies mais en les sauvant mal, sans leur donner une bonne éducation et les moyens de vivre bien.

83. Vanthuyne, *La présence d'un passé de violences* ; Vanthuyne, « Trois ONG œuvrant pour la « paix » au Guatemala » ; Vanthuyne, « Les contradictions d'une reconstruction démocratique "par le bas" ».

84. Martínez Portilla et Nogues Pedregal, *Miradas desde el refugio*.

85. Atlani-Duault et Dozon, « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale ». p.400

Dans cet extrait, Jean, coordinateur de projets au Guatemala pour le Rotary Club, témoigne de la portée ponctuelle et non-suivie des actions humanitaires qui rend éphémères leurs résultats. Pour lui, la planification familiale est la clé de voûte de toute autre action humanitaire et de développement, et « l'éducation » joue un rôle fondamental dans cette combinaison. C'est pourquoi, il a mis en place des formations obligatoires en planification familiale pour tout groupe de personnes qui bénéficie de l'aide financière du Rotary sur un projet lié au développement local. Les formations en planification familiale qu'il impose aux bénéficiaires des projets qu'il monte pour le Rotary Club sont dispensées par l'organisation Wings-Alas. Wings-Alas est une association fondée par une femme états-unienne qui avait travaillé dans l'agence indépendante états-unienne des Corps de Paix au Guatemala. Sensible aux conditions de pauvreté des populations rurales indigènes, à sa retraite dans les années 1990, elle s'installe au Guatemala et commence sa fondation pour le développement avec 10.000 dollars. En contexte de fin de guerre et de politiques néo-malthusiennes, elle capte de nombreux financements de particuliers, mais surtout de USAID et de la Banque mondiale. Wings-Alas se spécialise dans l'éducation à la santé sexuelle et reproductive, en orientant sa principale action concrète vers le recrutement de candidates à la contraception dans les zones rurales. Sur son site internet, l'organisation présente sa mission : « *Fortifier les familles guatémaltèques à travers la santé reproductive : Alas apporte aux familles guatémaltèques l'opportunité d'améliorer leur qualité de vie à travers l'éducation et l'accès aux services de planification familiale et de santé reproductive* »⁸⁶.

Wings-Alas est l'une des nombreuses ONGs qui, au Guatemala, mènent des actions en éducation et en santé publique grâce à des financements internationaux, dans un espace que l'État lui cède volontiers. Dans le département de Huehuetenango, alors que les programmes de planification familiales se multiplient et ont un impact important sur la population, l'État n'en finance qu'une infime partie. Par exemple, dans la juridiction rurale de Todos Santos qui compte 37.000 habitants environ, la moitié des postes et services de santé appartiennent à l'ONG Imdi financée par l'aide internationale. Sur les 72 communautés de Todos Santos, la couverture sanitaire de l'État n'est présente que dans 36 d'entre elles. Dans cette municipalité, l'infirmier chargé de la santé reproductive témoigne bien de l'importance des financements de USAID pour faire fonctionner les services de santé sur la zone, même les services publics :

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18.06.14 -

C - Avant dans la municipalité il y avait juste un poste de santé. Il existe depuis 1980. C'est en 2005 qu'il est devenu un « Centre d'Attention Permanente » (C.A.P). Avant 2005, les patients étaient reçus seulement quelques heures par jours et il n'y avait qu'une seule personne chargée de tous les services. Donc les indicateurs étaient très faibles, parce que dans ces conditions la vaccination, la planification familiale, les consultations... bon aussi c'est aussi à partir de ces années que le ministère de santé a commencé à vouloir qu'il y ait un suivi dans les indicateurs et des résultats, mais sans les moyens... Alors que maintenant avec toutes les aides internationales, ils ont augmenté les programmes, et pour cette même raison ils ont inclus plus de personnels dans les services de santé. De 1980 à 2005, peut-être deux personnes puis trois travaillaient déjà sur la planification familiale. C'était beaucoup comparé au reste. Peut-être pour la promotion qu'on a voulu en faire, déjà à l'époque il y avait un peu d'aide pour ça. Maintenant USAID, directement ou par Pasmou ou Aprofam, continue de donner beaucoup pour ça. Peut-être moins qu'avant, il faudrait regarder. Ça change selon les années aussi, selon les programmes et selon nos indicateurs. Plus les indicateurs d'utilisation sont élevés plus nous recevons de l'aide matérielle pour le C.A.P. Parfois ça nous met vraiment dans des situations difficiles...

86. www.wingsguate.org/es/quienes-somos/overview



Centre de santé de Todos Santos

1 Cadre institutionnel des programmes guatémaltèques de planification familiale

À partir des années 1960, l'État guatémaltèque s'est emparé de trois instruments légaux pour « la santé de la population » : la constitution, le code de la santé et le programme national de morbidité et mortalité maternelle et infantile. Les indicateurs de santé se sont alors focalisés sur la mortalité maternelle, le contrôle prénatal et les maladies sexuellement transmissibles⁸⁷. L'État n'assume pas une responsabilité directe dans la prestation de services de planification familiale à la population, mais permet aux organismes privés de le faire. C'est dans ce cadre qu'émerge l'ONG Aprofam (Association pour le bien-être de la famille). De nombreux fonds sont débloqués par USAID et le Population Council, et versés entre autres à l'ONG, avec l'objectif de mener des politiques de population de type néo-malthusienne sur le territoire guatémaltèque. Il est reconnu que le plus gros pourvoyeur de méthodes contraceptives a toujours été Aprofam au Guatemala. Historiquement, l'État guatémaltèque s'est donc désengagé financièrement sur le thème de la santé reproductive⁸⁸. Par exemple, la clinique de planification familiale de l'Hôpital de Huehuetenango n'est alimentée que par des fonds extérieurs, bien que l'État assure le salaire des personnels. Cependant, à partir des années 2000 et en très fort lien avec les Objectifs du Millénaire pour le Développement de l'ONU, émerge un nouveau discours étatique avec le Programme National de Santé Reproductive, concentré sur les populations rurales féminines indigènes, dont l'objectif est de faire baisser la mortalité maternelle et infantile. Mais l'investissement financier étatique reste plus important dans les centres urbains et *ladinos*⁸⁹. Il existe cependant une considération importante de la dimension spécifique des territoires par les acteurs et les institutions, liée à la pauvreté et à la « culture ».

L'État guatémaltèque paye les salaires des personnels médico-sociaux des centres de santé (souvent en retard, parfois de plusieurs mois). Le matériel et les méthodes contraceptives sont principalement fournies par des institutions externes ainsi que les formations pour utiliser ces méthodes. Les moyens de contraception, souvent offerts par des fondations et des laboratoires pharmaceutiques ne sont pas toujours de très bonne qualité, parfois expérimentaux, et fonctionnent aléatoirement ou causent des problèmes de santé aux usagers. L'État s'occupe de la gestion des stocks de ces méthodes, ce qui pose un certain nombre de problèmes, notamment par la subtilisation progressive de produits, par les agents chargés de son acheminement, pour le revendre par d'autres circuits.

Aprofam pose plus de stérilets et d'implants aux femmes du *minicipio* de Todos Santos que l'État, bien que l'ONG ne s'y rende seulement à fréquence d'une journée tous les deux mois. Cela s'explique probablement par la plus grande capacité de promotion des *jornadas* dont ils disposent, à travers les affiches, des flyers, ou par des annonces dans les programmes de radio en mam de la région. C'est seulement depuis 2013, que le personnel du centre de santé de Todos Santos peut poser des stérilets et des implants. Ils y ont été formés par l'ONG Pasmó. Les personnels expliquent cette formation tardive par la lenteur et le manque de moyens du ministère public de santé pour proposer matériel et formation. Avant 2013, au sein des centres de santé, les seules méthodes contraceptives disponibles, bien que de façon irrégulière, étaient la pilule, les injections trimestrielles de Depo-provera et les préservatifs. Les injections mensuelles et les méthodes dites « naturelles » sont apparues également en 2013, après plusieurs mois de ruptures de stock d'injections de Depo-provera.

87. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

88. Chirix.

89. Chirix.

Les rapports hiérarchiques sont manifestes entre les ONGs telles que Pasmu ou Aprofam et les services publics de santé. Les personnels des ONGs estiment souvent être mieux formés, mieux payés, mieux au courant, avoir une meilleure ambition, une meilleure éthique, un meilleur engagement autour de meilleures valeurs, de meilleurs moyens. De ce fait, ils estiment que les personnels médico-sociaux des services publics doivent s'adapter à eux. Cela entraîne des rapports hiérarchiques étonnants. Par exemple, lorsque les médecins des centres de santé souhaitent assister à des opérations d'Aprofam au sein de leur propre centre de santé pour se former, cela est difficilement négociable. Les gynécologues d'Aprofam qui acceptent rarement, signifient que c'est une faveur qu'ils leur font, prétextant notamment des questions d'hygiène et de sécurité, et ne leur prêtent aucun de leurs équipements, tout en exigeant que le médecin se procure une blouse et les accessoires nécessaires pour avoir le droit d'observer, en retrait, l'opération. Les infirmières des centres de santé qui en font la demande ne sont jamais autorisées à entrer en salle d'opération. Cette attitude est étonnante quand on voit la facilité avec laquelle ce même personnel d'Aprofam m'a proposé de participer aux opérations en me prêtant le matériel nécessaire. Aprofam a une légitimité tellement grande, que les personnels des postes de santé envoient aux membres de l'unité mobile de l'ONG des cas qui ne relèvent pas forcément de leur compétence, lorsqu'ils sont présents dans le poste en *jornada* contraceptive. Ou encore, ils viennent leur demander des conseils médicaux, à niveau d'étude, de poste ou de responsabilité équivalent, voir inférieur du côté d'Aprofam. Les personnels de Pasmu sont également directement mis sur un piédestal lors de leurs visites dans les services de santé reproductive publics. Manœuvrant des budgets importants d'USAID et disposant d'une certaine liberté dans la manière de gérer leurs dépenses, Pasmu entretient avec le personnel public de santé une relation largement clientéliste. Lors de leurs visites, ils amènent des cadeaux (matériel, blouses, mobilier... ornés de logos d'USAID et de Pasmu) puis se prennent des photos en selfie avec les personnels qu'ils viennent de gâter. Les personnels publics de santé qui reçoivent ces visites ne tarissent pas d'éloges à l'égard des médecins et infirmiers de Pasmu, leur demandent des conseils et des recommandations dans la manière de pratiquer leur métier, les considérant comme des mentors.

Les règles et les dispositifs en vigueur sont très changeants en fonction de leur application par les personnels de santé, mais surtout en raison des nombreuses variables institutionnelles. Par exemple, les méthodes disponibles dans un centre de santé ou un hôpital vont dépendre de la mise en place de formations du personnel, des dons de méthodes, de la marge de corruption dans le détournement de ces méthodes pour la vente illégale... Les ruptures de stocks influencent notamment les méthodes qui sont administrées, contraignant les patientes à se tourner vers la vente privée payante, quand les méthodes ne sont pas disponibles dans les lieux ressources gratuits. C'est particulièrement le cas pour les méthodes par injection, les plus prisées par les femmes.

S. De Zordo met en avant différents facteurs qui différencient l'accès aux méthodes contraceptives au Brésil. Certaines méthodes ne sont pas toujours disponibles, même si elles sont légalement censées l'être, en raison de l'aléatoire dans les financements des centres de santé et de la formation des professionnels. Certaines sont peu connues car récentes ou du fait d'avoir orienté les politiques de contraception vers d'autres méthodes en priorité à certains moments pour des raisons de coût, d'efficacité, de prévention des IST (préservatif) ou autre. Elle montre notamment comment la stérilisation féminine est beaucoup plus accessible que la vasectomie ⁹⁰.

90. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

2 Partenariat financier contraignant

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -

A - Pourquoi la plupart des postes de santé de Todos Santos ne sont pas publics mais appartiennent à l'ONG Imdi ?

C - Parce que le gouvernement n'a pas eu la capacité budgétaire pour mettre un poste de santé dans ces communautés et pour des questions politiques surtout.

A - Comment ça ?

C - Ben politique dans le sens qu'au Guatemala le système de gouvernement est capitaliste et l'argent repose entre peu de mains. Et ça influe beaucoup dans la politique et sur les dirigeants. Et pour les questions de corruption, les gouvernements d'en haut, des États-Unis, préfèrent mettre des ONGs. Et le gouvernement national laisse la gestion de la santé aux ONGs, le départemental et municipal aussi. Ils préfèrent utiliser l'argent pour les infrastructures et les routes. Parce que c'est ça qui va rapporter de l'argent.

A - Et tu as identifié des problèmes dans le fait que ce soit une ONG qui prenne en charge la santé dans la région ?

C - Oui, un des problèmes c'est que la population ne dispose pas d'une aide adéquate. L'ONG Imdi a peu de ressources humaines. Bien qu'elle ait 14 postes de santé pour 72 communautés, il n'y a qu'un seul personnel par poste pour s'occuper des patientes, un aide-soignant en général. Ça fait un seul personnel pour 4 ou 5 communautés. Et il y a beaucoup de programmes de santé dont ils doivent se charger en vaccination, planification familiale, etc. Donc ils n'ont pas le temps de bien s'occuper des personnes. Il n'y a pas d'attention de qualité, d'attention intégrale. Il n'y a même pas beaucoup de financement pour les médicaments. Donc la santé dans les communautés est mauvaise, et il y a beaucoup de mortalité materno-infantile...

A - Le taux de mortalité materno-infantile est plus faible dans les communautés où les postes de santé sont étatiques ?

C - Oui, il est plus faible. Le service est meilleur que les endroits où travaille l'ONG. Bon aussi l'ONG travaille dans les endroits les plus reculés. Mais c'est surtout comme je te disais, qu'ils doivent tout le temps suivre les programmes pour lesquels ils reçoivent les financements et ils ont très peu de moyens, de temps et de formation pour s'occuper des gens.

A - Mais vous par exemple à la planification familiale vous recevez de l'aide de Pasmó, du matériel comme le lit pour les consultations, les DIU, les spéculums...

C - Oui, juste pour la planification familiale, mais on utilise le matériel qu'il nous donne aussi pour les frottis et d'autres types de consultations.

A - Pasmó vous demande d'écrire des rapports sur l'utilisation du matériel qu'ils vous donnent ?

C - Oui, ils nous le demandent. Enfin, ils nous demandent d'atteindre des objectifs. Ils nous disent qu'à la fin de tel mois, juin par exemple, on doit avoir atteint la pose de 10 DIU. Et donc si on ne l'atteint pas, si on a pas de « production », il ne vont pas nous donner des choses, et le mois suivant on aura moins d'entrées de produits et de matériels, moins de moyens pour fonctionner. Si on atteint le chiffre alors ils nous donnent, nous avons des entrées, comme le coton, les seringues, les spéculums. Si on a pas de « production » alors il n'y a pas d'entrées. C'est une gestion par résultats.

Le fonctionnement de la santé publique au Guatemala est dépendant de l'impératif de capter des financements extérieurs. Ces financements sont orientés et thématiques, ce qui ne permet pas une intervention étatique globale qui agirait sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire sur les conditions plus larges d'une bonne santé de toute la population dans l'ensemble de l'organisation sociale (telle que l'accès aux ressources et besoins fondamentaux comme un logement, de l'eau potable, de la nourriture suffisante et équilibrée...) ⁹¹.

Selon Atlani, les agences multilatérales restreignent l'importance à l'État en renforçant le pouvoir et le rôle des ONGs du Sud. Le développement doit être assuré par le marché et l'initiative privée, c'est pourquoi les agences encouragent la privatisation de l'action sociale. L'État doit donc déléguer au secteur non-gouvernemental une partie de la gestion de l'action publique sur la base d'un principe de marché. Les prérogatives des agences multilatérales sont même plus profondes dans le sens où elles sont chargées, par leurs financements et leur disposition, d'encourager des changements législatifs, d'aider ce secteur d'organisations non-gouvernementales à jouer un rôle de contre-pouvoir étatique, reposant la question de la souveraineté des dirigeants des États du Sud ⁹².

Cela peut notamment éclairer les rapports de pouvoir entre les dirigeants nationaux et les partenaires bio-médicaux dont l'importance politique, économique et symbolique s'accroît dans la santé publique. Pourtant, les résultats de recherche biomédicale sont présentés séparément des enjeux sociaux et politiques auxquels ils sont fortement connectés ⁹³.

Observation Hôpital de Huehuetenango

- 19 avril 2013 -

Une médecin me présente une nouvelle collègue en me disant qu'elle va prendre un poste épidémiologiste à l'Hôpital de Huehuetenango.

Docteure V - En réalité, ce travail c'est juste pour sortir des statistiques. Ça fait des mois, même plus d'un an qu'aucun chiffre n'est remonté, à part les chiffres de la clinique de planification familiale, et même pas ceux de la maternité. Aucune information n'est donc transmise, les rapports statistiques sont envoyés au ministère en blanc, comme s'il n'y avait rien ici, pas un seul malade, pas un seul accouchement, rien... Alors que c'est ce qui conditionne le fait qu'on ait des financements !

Les institutions internationales et les ONGs appliquent leurs projets de développement après avoir posé un diagnostic en amont et en évaluant les résultats du projet au fur et à mesure ou en aval de sa réalisation. Dans un souci d'efficacité, ce procédé encourage une standardisation tant des projets appliqués au niveau mondial que des diagnostics/évaluations par des indicateurs quantitatifs. Cette modalité de pilotage d'études a construit une monopolisation par les institutions internationales telles que le PNUD, la Banque mondiale, etc, de l'information chiffrée servant de base au diagnostic et à l'évaluation des projets qu'elles-mêmes proposent. Par conséquent, ces institutions peuvent s'appuyer sur l'argument scientifique de leurs études pour renforcer la légitimité de leur action et prouver son efficacité ⁹⁴.

91. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

92. Atlani-Duault, « Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance » ».

93. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

94. Falquet, « "Genre et développement" : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

2.1 Présence et exigences d'USAID

Les recherches financées par USAID marquent bien l'empreinte néo-malthusienne. En effet, elles se concentrent sur la baisse des coûts des contraceptifs, en vue de leur massification mais aussi de leur durabilité⁹⁵. Elles prennent pour terrain d'expérimentation les femmes du Sud. Leurs résultats sont publiés, traduits et distribués aux décideurs du Sud. USAID propose également d'équiper ces pays avec des outils matériels et de formation pour la construction d'indicateurs statistiques liés à la démographie. Ces indicateurs permettent à USAID d'orienter leurs politiques au sein du pays en terme d'acheminement des produits contraceptifs, de fourniture de matériel éducatif, de formation du personnel...⁹⁶ Enfin, USAID facilite l'obtention de dons de produits de la part des laboratoires pharmaceutiques nord-américains et européens.



Matériel fourni par USAID via l'ONG Pasmó - Centre de santé de Todos Santos

USAID travaille peu directement avec l'État guatémaltèque dans le cadre de la planification familiale, mais passe par des ONGs locales importantes telles que Aprofam, Pasmó ou Wings-Alas. USAID coopère depuis longtemps avec Aprofam, mais elle ne finance pas tous ses services. Ce qu'USAID finance surtout c'est une partie des interventions des cinq unités mobiles du pays, qui proposent des services de stérilisation, de pose d'implants et de stérilets dans les zones rurales. Ces unités d'Aprofam produisent des factures destinées à USAID, pour justifier des dépenses des prestations réalisées. Une stérilisation coûte à USAID environ 38 euros, une pose d'implant 30 euros, une pose de DIU 12 euros. Ces prix incluent un test de grossesse, une consultation, l'opération ou la pose, et un analgésique. Les salaires des personnels et le matériel d'opération restent à la charge d'Aprofam.

USAID encourage même Aprofam à fonctionner comme une entreprise pour devenir de plus en plus autonome financièrement. L'ONG a alors stratégiquement développé des activités

95. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

96. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

rentables telle que la vente de contraceptifs à des promoteurs privés. Mais surtout, Aprofam a développé les activités de ses cliniques privées de santé reproductive, en augmentant les coûts au fur et à mesure du désengagement financier de USAID. La clinique Aprofam propose donc des services de santé reproductive globale de qualité à coût élevé pour les patientes qui en ont les moyens, afin d'assurer le financement de services gratuits de moins bonne qualité, uniquement de planification familiale par la pose de méthodes durables et définitives, pour les patientes pauvres des zones rurales. Par exemple, les implants posés gratuitement par l'unité mobile d'Aprofam sont souvent issus de donations de grands laboratoires pharmaceutiques et sont, d'après les personnels de l'ONG, de moins bonne qualité que ceux posés de façon payante à la clinique Aprofam. Ils seraient moins efficaces et provoqueraient davantage d'effets secondaires. D'après les personnels, l'ambition expérimentale de cette donation est évidente, car le laboratoire demande à l'unité mobile d'écrire un rapport pour chaque cas de demande de retrait de la méthode par une patiente.

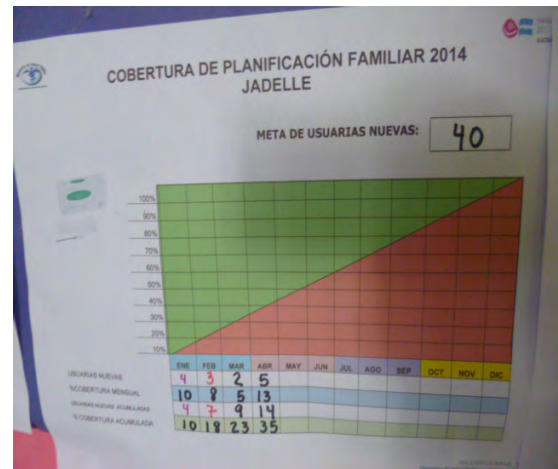
Il arrive que les moyens dont disposent une ONG soient redirigés vers une autre ONG. Dans la région de Huehuetenango, c'est le cas d'Aprofam, qui voit ses financements USAID se réduire progressivement et s'octroyer sous des conditions de plus en plus exigeantes en terme de rentabilité et de correspondance aux objectifs de l'agence états-unienne. Dans le même temps, Pasmó qui est tout comme Aprofam une ONG de santé reproductive, se voit octroyer par USAID énormément de moyens financiers et de libertés dans leur utilisation, ce qui met les deux organisations en concurrence. Aprofam est alors obligée d'adapter son activité aux prérogatives d'USAID si elle veut la maintenir. Le dévoiement des ambitions de base de l'ONG Aprofam est critiquée par les personnels qui y exercent depuis longtemps et estiment que leur action est de plus en plus tournée vers la rentabilité économique exigée par USAID plutôt que vers l'engagement envers les populations. Les pressions institutionnelles sur leurs résultats chiffrés laissent planer le doute sur la pérennité de leur action et aussi de leur emploi. Cette politique du chiffre et de la rentabilité imprègne alors largement les pratiques de ces personnels qui pourtant la critiquent.

2.2 Des objectifs chiffrés à atteindre



Affichages de statistiques et d'objectifs d'utilisation contraceptive - Centre de santé de Todos Santos

Implante			
Mes	Proyección	Logro	%
Ene	46	3	0.36
Feb	46	5	10.8
Mar	46	10	21.7
Abr	46	11	23.9
May	46	7	15.2
Jun	46		
Jul	46		
Ago			
Sept			
Oct			
Nov			
Dic			
Total			



Couverture de planification familiale 2014
Jadelle (implant) - Objectif de nouvelles utilisatrices

Dans le discours de l'infirmier Camilo (voir plus haut), on voit apparaître le terme de « production » malgré sa critique des politiques de santé thématiques et d'une gestion par résultats quantitatifs. Au sein du service de planification familiale de Todos Santos dont il est en charge, de nombreux tableaux sont visibles, présentant des objectifs chiffrés en terme de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives.

De nombreuses informations sur les patientes sont saisies lors des consultations en planification familiale, mais elles ne sont jamais orientées vers le suivi. La seule ambition de cette saisie est l'élaboration de statistiques pour alimenter les études institutionnelles et former de nouveaux objectifs chiffrés. Les personnels médicaux guatémaltèques ont ainsi la réputation d'être parfois plus occupés à remplir des statistiques et des fiches administratives qu'à fournir une attention de qualité⁹⁷. Ces données sont saisies peu consciencieusement ou même inventées, principalement par manque de temps et d'intérêt, ce qui fausse certainement les rapports publiés par les institutions nationales et internationales qui demandent à ce que ces données soient renseignées. Ces données concernent la situation familiale, l'âge, la confession religieuse, la catégorie ethnique, le niveau scolaire... L'intérêt de ces données demeurant obscure pour les patientes, elles faussent souvent leurs réponses en fonction de ce qu'elles estiment le plus utile dans la confrontation avec le personnel de santé. De plus, les centres de santé sur-déclarent souvent la pose de méthodes contraceptives afin de justifier de plus amples financements.

L'instauration de quotas dans le domaine de la contraception médicalisée ne peut être admis au sein d'une éthique mondiale contemporaine. En effet, on assiste ponctuellement à une dénonciation à l'échelle internationale de politiques de quotas, comme dans le cas du Pérou, cité plus haut. Les stérilisations abusives pratiquées en à peine quatre ans sur plusieurs centaines de milliers femmes quechuas ont été dénoncées fortement médiatiquement, bien que les plaintes juridiques peinent à aboutir sur des condamnations. USAID a toujours nié avoir imposé des objectifs chiffrés, tel que cela lui a été reproché dans le cas péruvien. Ce que les dénonciations ont mis en avant ce sont les formes de récompenses et de sanctions aux centres de santé et leurs personnels qui, d'après les témoignages, s'appliquaient principalement en fonction des résultats quantitatifs transmis à la hiérarchie. Ces incitations font écho à des pratiques de l'État en Inde, également vivement dénoncées, où des personnes se sont vu offrir une somme d'argent, un objet ou encore un permis de port d'armes si elles acceptaient d'être stérilisées⁹⁸. C'est

97. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

98. www.courrierinternational.com/article/2008/04/17/inde-fusil-contre-vasectomie

pourquoi, il existe à présent une procédure au sein d'Aprofam qui encourage les médecins à faire référence au caractère volontaire et gratuit de la prestation de l'unité mobile. Pendant chaque discours informatif qui précède les stérilisations, le gynécologue d'Aprofam précise donc aux patientes que « la prestation est gratuite, qu'elles ne doivent ni donner d'argent, ni en recevoir, en accédant à cette opération ».

Lors de discussions informelles, les coordinateurs des structures dans lesquelles la présente enquête a été réalisée témoignent clairement d'objectifs chiffrés au sein de leurs services, sous menace d'arrêt des financements. Une responsable d'Aprofam rapporte ainsi que l'équipe mobile doit assurer quarante prestations par jour pour continuer d'exister. Ce chiffre de quarante lui aurait été transmis régulièrement et informellement dans ses contacts avec des représentants de USAID ou des supérieurs au sein d'Aprofam. Comme dans le cas du Pérou, cette présence non-officielle d'objectifs chiffrés retentit sur les personnels guatémaltèques qui appliquent les programmes.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Malacatancito

- 11 avril 2013 -

Après avoir fini les opérations, le gynécologue Julio et les deux aides-soignantes qui l'assistent se félicitent de l'efficacité dont ils ont fait preuve dans leur travail d'équipe aujourd'hui. Ils se vantent auprès des autres membres de l'unité de n'avoir pas dépassé les cinq à six minutes par stérilisation.

Mail envoyé par la Gynécologue de l'UM Aprofam

- 15 août 2013 -

Bonjour Anaïs ! Je suis avec l'équipe mobile dans la région Huista. Tu connais déjà les difficultés là-bas entre la chaleur, le danger à cause des Narcos. Pour l'instant il ne s'est rien passé de bizarre. On aimerait être logés ailleurs mais on a toujours des restrictions sur nos frais d'hébergement, on ne peut pas dépenser beaucoup. Alors qu'on a bien travaillé, juste aujourd'hui j'ai opéré 19 femmes !

Mail envoyé par le pilote et secrétaire de l'UM Aprofam

- 17 août 2013 -

Coucou ! On est dans les Huista. Les conditions n'étaient pas les meilleures comme toujours mais on a eu beaucoup de production. On a pas arrêté, je te raconte pas ! Entre lundi et mardi le docteur Ricardo a posé 50 implants !

À la fin d'une journée de prestations, les membres de l'unité mobile d'Aprofam en opèrent un bilan, puis transmettent un retour aux administrateurs. Tous considèrent en premier lieu le nombre d'opérations réalisées. La quantité d'opérations est définie par ces professionnel-le-s sous le terme « production ». Cette « production » se concentre principalement sur les stérilisations féminines. Elle est jugée « bonne » si plus de dix femmes ont été opérées ou « mauvaise » s'il y en a moins de cinq. La qualité particulière du service apportée lors de certaines prestations n'entre pas dans la valorisation positive de ce bilan, bien que les professionnel-le-s la mettent parfois en avant dans des contextes informels. Aussi, les pressions institutionnelles quant aux résultats quantitatifs des programmes influent considérablement sur les représentations que les professionnel-le-s ont de leur pratique médico-sociale. A. Gautier montre aussi la prégnance des impératifs quantitatifs qui dévoient la pratique professionnelle, quelles que soient les valeurs éthiques des personnels médico-sociaux, et ce même quand il n'y a ni sanctions ni récompenses directes. Elle signale que ces phénomènes « *concourent à la conformité des médecins à la norme institutionnelle, malgré les critiques qu'ils peuvent lui adresser* »⁹⁹. D'après elle, les objectifs

99. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

chiffrés en terme de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives n'incitent pas les médecins à laisser le libre choix aux personnes d'en utiliser ou non ¹⁰⁰ :

« Les programmes calculent la diminution espérée de fécondité, qu'ils convertissent en nombre de nouvelles utilisatrices nécessaires pour arriver à ce but pour le pays puis pour chaque unité administrative, jusqu'au prescripteur final, qui doit alors convaincre les utilisatrices avec des moyens variés selon les pays » ¹⁰¹.



Une éducatrice indigène de Pasmó montre des méthodes contraceptives à une autre femme indigène - Photo tirée du site internet de Pasmó

On voit bien la manière dont se construisent informellement des politiques de quotas, orientés vers la stérilisation et les méthodes durables, dans le cas de l'ONG Pasmó, dont l'acronyme signifie donc Organisation Panaméricaine de Marketing Social. Financée par USAID, Pasmó forme des professionnel-le-s de santé à la stérilisation féminine, à la pose d'implants contraceptifs d'une durée de vie de cinq ans et fournit ponctuellement du matériel aux structures médicales pour assurer ces prestations. Le renforcement de l'accès aux deux méthodes contraceptives citées est alimenté localement par le travail d'un corps important d'éducatrices indigènes, dont la mission est d'informer les familles des communautés environnantes sur la planification familiale (voir photo ci-dessus). Afin d'assurer une diminution du taux de fécondité, Pasmó rémunère ces éducatrices par des primes distribuées en fonction du nombre de femmes qui accèdent de manière effective à une prestation contraceptive médicalisée. Le montant de ces primes varie selon la nature de la prestation : l'éducatrice obtient une meilleure prime si la patiente procède à une stérilisation plutôt qu'à un autre moyen de contraception. Ce dispositif valorise donc un aspect quantitatif par le recrutement de nouvelles usagères, mais aussi qualitatif dans le choix hiérarchique des méthodes que celles-ci décideront d'utiliser.

100. Gautier et Quesnel, *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*.

101. Gautier, « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement ».

2.3 Vers la massification ciblée des méthodes durables et définitives

Les objectifs quantitatifs présents dans les programmes de planification familiale orientent leur application vers des méthodes contraceptives de longue durée (stérilisation, stérilet...) choisies par les personnels sanitaires. Aussi, l'objectif anti-nataliste restant le motif du soutien à la contraception, « *le changement de paradigme des objectifs macro-sociaux vers les droits individuels est-il loin d'être accompli* »¹⁰². L'action d'Aprofam est clairement orientée vers l'incitation à la limitation des naissances et à la valorisation de la contraception durable. On remarque ce fait dans les politiques de gratuité de l'ONG, liées aux exigences et dispositifs d'USAID. En effet, la gratuité des prestations de l'unité mobile d'Aprofam se cantonne à la pose d'une méthode durable ou définitive. Si une patiente se rend à une *jornada* pour se faire enlever un implant ou un DIU posé par Aprofam, même arrivé à péremption, la prestation du retrait ne sera gratuite que si la patiente accepte de se faire poser un nouvel implant ou un DIU ou encore de se faire stériliser. Sinon, elle devra s'acquitter du montant du retrait demandé par Aprofam, car USAID refuse de financer le retrait d'une méthode durable si elle n'est pas remplacée par une autre méthode durable ou définitive. Cet aspect n'est pas présenté aux femmes au moment où elle se font poser l'implant ou le DIU.

Il s'agit bien de réduire la natalité des populations pauvres par une généralisation de la contraception médicalisée, afin d'assurer un développement économique et social du pays. Cette inspiration néo-malthusienne imprègne les représentations et les pratiques des professionnel·le·s médico-sociaux qui appliquent ces campagnes. Yadiel, personnel d'Aprofam déclare : « *c'est dommage que tu n'aies pas assisté aux journées d'intervention cette semaine dans les municipios, on était contents, car on a bien travaillé : le docteur a opéré (=stérilisé) presque 15 femmes par jour!* ». Gimena, gynécologue dans la même ONG témoigne un autre jour : « *Je suis déçue, on a pas eu une bonne production ces derniers jours, il n'y a eu que 5 AQV (=stérilisations)... bon on a posé pas mal d'implants, mais AQV presque rien... alors qu'on était vers San Mateo, San Rafael (région indigène pauvre et retirée), mais les gens ne savent pas profiter du service qu'on rend* ». Ou encore Evi, aide-soignante à l'Hôpital, se vante de la manière suivante : « *moi on ne me critique jamais car je dépasse toujours les objectifs. Depuis que je travaille ici, on opère (=stérilise) plus de 1000 femmes par an, et beaucoup viennent des municipios (sous-entend municipalités indigènes pauvres et rurales)!* »

Ces extraits d'entretiens auprès de personnels de santé reflètent une perspective quantitative (massification), qualitative (méthodes durables/définitives plutôt que méthodes temporaires) et dirigée (populations pauvres, dont la figure est la population indigène rurale). Cette triple perspective est très présente dans les dispositions institutionnelles des programmes de planification familiale financés par des organismes néo-malthusiens¹⁰³. Pour accéder à une « *bonne production* », atteindre les « *objectifs* », les professionnel·le·s médico-sociaux usent de différentes stratégies. L'une de ces stratégies consiste à concentrer principalement les efforts de persuasion sur les femmes indigènes. En effet, en raison d'inégalités de capital culturel, économique et social, les femmes indigènes sont les plus susceptibles d'accéder à la stérilisation. Elles sont moins informées et ont moins accès à d'autres méthodes que les femmes non-indigènes. Les professionnel·le·s se fixent alors pour missions d'orienter prioritairement et massivement les populations identifiées comme pauvres, dont les femmes indigènes, vers des méthodes durables et définitives, et particulièrement les stérilisations. Si les institutions et les professionnel·le·s de santé considèrent que la stérilisation est la meilleure méthode contraceptive pour les femmes indigènes sans

102. Arlette Gautier, « Les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes, mais toujours contestées ».

103. Garcia, « Contrôler et contraindre » ; Gautier, *Genre et biopolitiques*.

chercher à comprendre ni leurs pratiques réelles, ni leurs besoins, ni leurs contraintes et encore moins leurs désirs, c'est bien parce que l'accès à la planification familiale dans ce contexte n'est nullement pensé en termes de droits humains.

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -

C - Ce qu'il se passe régulièrement c'est que comme ils donnent le matériel en début de mois. . . Par exemple au mois de mai j'ai eu peu de résultats, donc le 1^{er} juin nous aurons les entrées qui correspondent à ces faibles résultats. Mais imagine qu'au mois de juin il y a énormément de demandes, parce que les demandes ça dépend pas que de nous, c'est aussi en fonction des patientes et ça peut varier pour pleins de raisons qu'on ne comprend pas toujours. Donc si en juin il y a beaucoup de demandes, je n'aurai pas les moyens nécessaires pour y répondre. Ça va même fausser mes résultats. Et il se peut même qu'en juillet je n'ai toujours pas le matériel nécessaire parce que mes résultats auront été faussés.

A - Oui c'est pour ça que les postes se retrouvent souvent sans Depo-provera. Vous faites quoi dans ce cas ?

C - On ne fait rien. On fait simplement une demande, on écrit des lettres de sollicitude pour justifier nos besoins, mais qu'est ce qu'on peut faire d'autre ? Des fois ils nous envoient une partie des Depo-provera qu'on a demandés, mais souvent il y a aussi des ruptures de stock au niveau de la délégation santé, donc dans ce cas ils ne peuvent rien faire non plus. Ça arrive plusieurs fois par an, surtout avec la Depo mais aussi avec les autres méthodes. Et comme dans les postes de santé personne n'est qualifié pour poser des T en cuivre et des Jadelle, ils n'ont que des injections, parfois des pilules, des préservatifs. Donc quand il n'y a plus de stock, il n'y a pas vraiment beaucoup d'options. . .

A - Et vous proposez quelque chose aux patientes dans ces cas là ?

C - Parfois. Dans les postes de santé des communautés, ils proposent aux patientes de venir jusqu'ici pour qu'on leur pose un DIU ou un Jadelle. Ou si on a la chance de recevoir une *jornada* d'Aprofam dans la même période on leur propose de s'opérer si elles ont déjà plusieurs enfants, ou sinon on les envoie directement se faire opérer à l'Hôpital.

Au centre de santé de Todos Santos, la prégnance des exigences en terme de résultats se heurte aux ruptures de stocks de méthodes contraceptives temporaires. Ce constat n'est finalement pas si paradoxal si l'on considère que, de manière effective, les difficultés régulières d'accès à des méthodes temporaires en raison des ruptures de stock favorisent une orientation des femmes vers les méthodes durables et définitives. En effet, les personnels tendent à orienter les femmes vers des méthodes durables lorsqu'ils ne disposent plus des méthodes que les patientes viennent réclamer car ce sont celles qu'elles utilisent habituellement. Les patientes ne décident pas toujours d'accepter la méthode durable alors proposée à la place, mais parfois attendent le retour des stocks et tombent enceinte durant cette période d'attente. Ce cas de figure, assez fréquent d'après les entretiens réalisés, abouti généralement au choix des femmes de recourir à une stérilisation au moment d'accoucher de ce dernier enfant. L'indisponibilité régulière de méthodes temporaires a alors un véritable impact sur la trajectoire reproductive car elle contraint les femmes à la fois à supporter des grossesses non-désirées et à la fois à choisir la stérilisation par défaut.

Toutefois, il faut considérer que ces ruptures de stocks de méthodes temporaires sont non-seulement le résultat de politiques clientélistes et de chiffres menées par les institutions in-

ternationales qui financent les programmes, mais aussi de pratiques clientélistes et de corruption à tous les niveaux du secteur public.

3 Clientélisme et corruption

Le clientélisme politique dans la santé publique se manifeste souvent par la présentation d'un programme spectaculaire au regard national et international, en faisant primer la visibilité sur l'efficacité¹⁰⁴. Au Guatemala, la corruption et le clientélisme prennent aussi d'autres formes qui s'entrecroisent, et souvent s'alimentent.

3.1 Une « culture de la corruption » omniprésente et naturalisée

**Dr Julio - Gynécologue Aprofam - San Pedro Soloma - 48 ans - ladino
- 26 février 2013 -**

On parle du fait qu'il arrive que les patient·e·s offrent directement des boissons ou des friandises aux personnels de santé qui les reçoivent. Le Dr Julio imite un patient à qui il avait fait une vasectomie qui voulait absolument lui donner un billet après l'opération pour le remercier : « *c'est pour vous acheter des friandises Docteur!* ». Dr Julio - c'est qu'ils veulent remercier, mais nous c'est de notre devoir moral de refuser des cadeaux de la part des patients ou de quiconque, ce n'est pas pour cela qu'on doit travailler. Mais je connais pleins d'autres médecins qui auraient accepté, et encore là c'est rien, mais ça commence comme ça et qui sait jusqu'où ça va ici la corruption. Notre pays est comme ça malheureusement, ça fait partie de la culture ici.

Les travailleurs en planification familiale rencontrés, des structures publiques, mais surtout des ONGs, critiquent très fortement les pratiques clientélistes et la « culture de corruption » qui existerait d'après eux au Guatemala. En effet, dans ce secteur, l'idée est ancrée que les personnels œuvrent pour le bien commun, ne travaillent pas de manière intéressée, car leur mission s'apparente à de l'humanitaire (Ch6-II.1). Par ce discours, ils essaient de se distancier des personnels ou des administrateurs d'institutions de santé qui se détourneraient de leur vocation et profiteraient d'un système où la corruption et le clientélisme sont permis. Pourtant, ces mêmes personnels critiques pratiquent des formes de clientélisme. Par exemple, lorsque des patientes savent bien s'exprimer, semblent disposer d'un réseau de connaissances dans la structure où sont menées les prestations et demandent de manière argumentée de passer en premier, ou un traitement de faveur concernant la privacité, elles l'obtiennent assez facilement. Pour de nombreuses personnes interrogées, il est évident que pour être bien reçues et soignées à l'Hôpital, il faut « *avoir des contacts* », « *être quelqu'un* », « *être en capacité de dénoncer à une hiérarchie qui t'écouterà le fait que tel ou tel personnel ne s'est pas bien occupé de toi* ». Compte tenu des moyens humains et financiers du service public de santé, pour bien s'occuper de ce type de patient·e·s, les personnels laissent complètement de côté les autres, « *qui ne sont personne* ».

L'idée que la corruption et le clientélisme sont ancrés dans la culture nationale est très répandue chez les Guatémaltèques quels que soient leur statut social et le secteur concerné. Cette idée entraîne de la tolérance face à l'observation naturalisée de ce type de pratiques. Conjointement, elle suscite des rapports de méfiance généralisés envers toute personne qui pourrait abuser de son statut ou de son pouvoir, afin d'agir pour ses intérêts financiers avant tout. Cette idée entraîne plus généralement une méfiance envers certaines institutions non-gouvernementales et

104. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ».

les services de l'État. Les personnes qui administrent des ONGs localement sont soupçonnées de détourner des subventions d'organismes internationaux, en se contentant d'encaisser l'argent sans réaliser l'intégralité des projets financés. Celles qui administrent des services publics sont, et souvent à raison, jugées incompétentes et temporaires, car mises en fonction de manière clientéliste par le parti politique gagnant, pour lequel elles ont fait campagne. Parfois, le gouvernement local ou national crée spécialement un service ou un programme pour donner un poste à ces personnes. Le service ou le programme durera alors au maximum le temps du mandat gouvernemental. L'aspect opportuniste, éphémère et protégé de ces prise de fonction indique, pour les Guatémaltèques, que ces personnes s'activeront uniquement à détourner rapidement le plus d'argent possible par des trafics divers. Par exemple, des personnels et des habitant·e-s de Todos Santos racontent que la grande majorité du mobilier offert par USAID et le ministère pour l'ouverture du centre de santé a « disparu ». Le jour même de l'inauguration du centre, des personnes qui représentaient le ministère sont repartis en emmenant des meubles et des caisses de matériel. Dans le domaine de la santé publique, on estime que ce trafic consiste généralement à vendre illégalement dans des circuits parallèles des produits médicamenteux, du matériel et du mobilier médical. Il existe aussi des pratiques d'adoption clandestine de nouveaux-nés, par la production de faux certificats de naissance.

Catia - 12.05.14 - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam
- 12 mai 2014 -

C - C'est que j'aime pas trop comment on est reçu au poste de santé. On perd juste notre temps là-bas. On fait la queue longtemps. Il y a des infirmières qui sont aimables mais d'autres qui sont énervées contre nous tout le temps. Celle qui nous reçoit le plus souvent c'est la pire. Quand on amène les enfants au poste de santé elle fait comme si on les amenait pour l'embêter. La dernière fois que j'ai amené mes filles malades elle m'a dit « *c'est que tu ne fais pas attention à tes filles!* ».

Alors que si on les amène au poste de santé pour chercher à les soigner c'est bien parce qu'on y fait attention! Surtout que c'est pas facile d'y aller si à chaque fois elles s'énervent contre nous. Et puis quand elles viennent pour vacciner les enfants, il y a des queues immenses, et elles travaillent très lentement exprès. Et quand on se plaint elles répondent : « *vous devez être patientes, vous devriez nous remercier de nous occuper de vous, nous ne sommes même pas payées mais on vient quand même jusqu'ici pour vous* ». Moi je dis que si elles viennent pour une prestation comme les vaccins, qu'elle soit gratuite ou non, elles devraient le faire bien, et ne pas s'énervent contre nous tout le temps. Et je ne crois pas qu'elles ne soient pas payées, peut-être pas mensuellement, mais tous les deux ou trois mois elles doivent être payées.

Elles ne viendraient jamais gratuitement comme elles nous disent. Surtout que, par exemple, au poste de santé il n'y a rien, pas même des médicaments. Ce poste il sert simplement à donner du travail aux infirmières mais il ne sert à rien d'autre. Même, il y a des fois, on y va pour se soigner et l'infirmière dit : « *c'est qu'il n'y a pas de médicaments pour adultes, seulement pour enfants* ». Et si tu viens pour ton enfant elle va dire « *il n'y a pas de médicaments pour enfant, on ne nous en a pas encore envoyés* ». Qui sait si vraiment il n'y a pas de médicaments ou si simplement ils ne veulent pas nous en donner. Parce que quand il y des vaccinations, ils te font signer trois fois le même papier pour dire que tu as reçu un médicament pour la douleur ou pour je ne sais pas quoi, mais ils ne te donnent qu'un seul. Donc je pense que les autres médicaments ils les gardent, et comme ils nous font signer, ils peuvent dire qu'ils les ont distribués. La dernière fois j'ai vu qu'ils m'ont fait signer un papier qui disait que j'avais reçu plusieurs médicaments, mais je n'ai rien reçu.

A - Et tu as signé ?

C - Oui j'ai signé. Ils m'ont dit de signer, j'ai signé. Mais j'ai vu qu'il était écrit sur le papier que j'avais reçu des médicaments, et ils ne m'avaient rien donné. Comme on est pas beaucoup à savoir lire, ils pensaient que je ne savais pas.

A - Et pourquoi ils ne te l'ont pas donné d'après toi ?

C - Ben la conclusion que j'y ai vu c'est qu'il est possible qu'elles-mêmes emportent les médicaments qu'elles disent distribuer. Probablement pour les revendre après. C'est ce que nous pensons, certains disent qu'ils les voient faire ça.

3.2 Corruption et santé publique

Au centre de santé de Todos Santos, les produits médicamenteux normalement distribués aux patient·e·s en cas de maladie sont presque toujours manquants, les infirmières prescrivent alors systématiquement des médicaments que les patientes doivent acheter dans les pharmacies de la municipalité ou chez les promoteurs de santé de la communauté. La réalisation gratuite de frottis à l'Hôpital constitue une vraie difficulté. En effet, l'intégralité du matériel de réalisation des frottis (spéculum, vitre de dépôt de l'échantillon...) est fréquemment manquant. De plus, le laboratoire d'analyse de l'Hôpital met plus d'un mois et demi à fournir les résultats de l'analyse. Pour cela, les patientes sont très souvent orientées vers des structures privées pour réaliser leur frottis.

Dra Gimena - Gynécologue Aprofam - 33 ans - *ladina* - 14 mai 2013 -

Dra Gimena me raconte que l'éducateur de Totonicapán l'a appelée par téléphone parce qu'une patiente qu'elle a opérée faisait une hémorragie vaginale. Elle m'explique en quoi c'est impossible que ce soit en lien avec la stérilisation. C'est un médecin du centre de santé où elle a opéré qui a dit à la patiente que l'hémorragie vaginale était liée à l'opération. Gimena se plaint des personnels de santé des zones rurales qui « *disent parfois n'importe quoi aux patientes* ». Elle estime que c'est en raison du statut et du prestige social qu'ils investissent localement et auquel ils se doivent de ne pas faillir. Elle parle alors des aides-soignant·e·s qui ouvrent leur propre pharmacie en prenant le rôle social du docteur de la communauté : « *d'ailleurs les gens les nomment 'Le Docteur'. Ils commencent à donner des diagnostics. Après ils deviennent des leaders communautaires : 'celui qui sait c'est Le Docteur'* ». Selon elle, les personnes des communautés ne perçoivent pas trop les hiérarchies médicales réelles et sont très heureuses de voir ces aides-soignant·e·s ouvrir une pharmacie à côté. Ils n'ont plus à faire des heures de route pour atteindre un poste de santé, dans lequel on ne s'occupera pas bien d'eux par manque de temps et de matériel, où ils ne trouveront peut-être ni soignant·e·s, ni médicaments.

Les conditions de travail des professionnel·le·s de santé ont un véritable impact sur leurs pratiques de corruption. En effet, le clientélisme dans l'obtention des affectations et la conservation des postes joue parfois jusqu'aux niveaux les plus bas de la hiérarchie. De plus, certains personnels des centres de santé ont tendance à modifier fictivement l'état des stocks de matériel et de produits, pour faire correspondre leurs résultats à ceux attendus par les institutions, dont ils subissent les pressions. Enfin, le retard voir le non-paiement réguliers des salaires des personnels médicaux par l'État encourage les pratiques de revente illégale des médicaments, ou de facturation de prestations normalement gratuites. Ce non-paiement des salaires provoque aussi des grèves dans les plus grands centres de santé et de l'absentéisme dans les plus petits et reculés, donc les moins contrôlés.

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 17 mai 2014 -**

H - Beaucoup de prestataires de santé (publique) vendent les médicaments ou font payer les consultations au lieu de les donner, et comme les gens des communautés ne savent pas, ils acceptent de payer. C'est un délit mais ces professionnels profitent du manque d'éducation et souvent les autorités locales sont complices. Il devrait y avoir un bureau juridique dans chaque communauté pour que les gens connaissent leurs droits. Parce qu'il y a des impôts, de l'argent et tout mais il y a tellement de corruption que l'argent ne revient jamais pour des infrastructures publiques.

En parallèle du désengagement de l'État, le secteur de la santé voit se développer une activité médicale privée dans les communautés : celle des promoteurs de santé et les pharmaciens. La rentabilité de cette activité est favorisée par la corruption et le manque de moyens étatique dans les postes de santé. La méfiance envers les structures gérées par l'État encourage, plus généralement, la privatisation de services et le développement croissant des activités privées, entrepreneuriales ou institutionnelles.

3.3 Liens forts entre détenteurs de pouvoir à toutes les échelles

Ce désengagement de l'État et la délégation de services publics au privé sont intimement liés aux structures politiques et économiques, néo-libérales et capitalistes. Au Guatemala, les services privés de santé, d'éducation, de sécurité sont fortement présents et profitent d'avantages considérables. Cela peut s'expliquer tout d'abord localement par la promiscuité entre les personnes occupant des postes de pouvoir dans le public et dans le privé. L'importance accordée à la possession de capital social, économique, politique désigne des formes d'élites locales, souvent issues de familles *ladinas* qui possèdent d'immenses exploitations agricoles, héritées des avantages tirés par leurs prédécesseurs lors de la colonisation, de l'indépendance et de la guerre. Aussi, il arrive fréquemment que les membres de mêmes grandes familles se situent à plusieurs postes clés d'un point de vue économique ou politique¹⁰⁵. Des liens s'opèrent également entre membres des mêmes partis politiques, avec des responsables étrangers de grandes entreprises implantées localement et aussi avec des réseaux mafieux et criminels très présents, comme en témoigne José Luis :

**José Luis - Huehuetenango - Transporteur - 38 ans - ladino
- 28 mars 2013 -**

JL - Le Dr Otto je le connais par le parti. Mais par la suite j'ai quitté le parti.

A - Et pourquoi tu as démissionné du poste que tu as obtenu à l'Hôpital de San Pedro Necta ?

JL - En fait à côté j'avais une entreprise de transport de personnes. Et je faisais concurrence à un autre transporteur de San Pedro, un politicien, il est devenu maire par la suite. Il était proche du directeur de l'Hôpital de San Pedro, de sa famille ou je ne sais pas, peut-être ils avaient simplement des affaires ensemble. Et du coup le directeur de l'Hôpital a agi d'un côté, et de l'autre, des gens, une sorte de milice, sont venus me menacer physiquement à plusieurs reprises. Je craignais pour mon intégrité physique alors j'ai démissionné et je ne suis plus retourné à San Pedro.

Le désengagement de l'État dans les services publics de santé n'empêche pas les candidats aux élections d'instrumentaliser la question de la santé pour gagner des votes, de manière tout à fait clientéliste et populiste. Par exemple, pendant sa campagne, le Parti Patriote organise de

105. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

grands meetings au cours desquels des médicaments sont distribués, des consultations médicales sont réalisées, pour attirer du monde. À côté de cela, le président du Parti Patriote, Otto Perez Molina, fraîchement élu mais pas encore en fonction, organise en 2012 une énorme cérémonie dans les ruines mayas de Zaculeu à Huehuetenango. Pour économiser de l'argent, il mobilise comme « volontaires » les personnels médicaux de la région pour assurer les tâches d'organisation et de mise en place logistique. Cet événement vise à marquer la grandeur du nouveau président localement, nationalement et internationalement, mais surtout il réunit et sert les relations entre des élites nationales, locales et des responsables de multinationales extractivistes et agricoles présentes dans la région.

**Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 20 juin 2014 -**

Camilo m'explique que les personnes qui arrivent à avoir un statut social à Todos Santos essaient juste de profiter des autres Todosanteros. Il critique le manque de politiques d'éducation et commence une grande tirade sur le capitalisme. Il le lie tout d'abord à la corruption et à l'hypocrisie des pouvoirs publics sur la question reproductive. Il dit que ça arrange le gouvernement et les grandes entreprises qu'il y ait beaucoup d'enfants, car cela fait augmenter la consommation de leurs produits. Que les « *grands* » eux ils planifient comme ils veulent. Il dit que les programmes de planification familiale sont mis en place juste pour satisfaire les financeurs (fondations...). Il ajoute que si le gouvernement se sentait vraiment concerné par le problème il n'y aurait pas de ruptures de stocks.

3.4 La lutte contre la corruption comme moyen d'ingérence états-unienne dans le champ politique guatémaltèque

En 2015, sous la pression des États-Unis, le président Otto Perez Molina et de nombreux membres hauts-placés au sein de l'appareil d'État sont arrêtés pour association de malfaiteurs et corruption. Ces arrestations font suite à la révélation d'une affaire de réductions énormes de taxes douanières pour des entreprises étrangères en échange de pots de vins versés à de nombreux hauts-fonctionnaires de l'administration fiscale guatémaltèque et du gouvernement. La vice-présidente Roxana Baldetti emprisonnée pour cette même affaire est également accusée de trafic de drogue. Le vice-ministre de l'intérieur et le directeur de police sont arrêtés pour des ventes frauduleuses de véhicules blindés. La députée de Huehuetenango est également arrêtée et destituée. Son remplaçant est soupçonné par la population d'être impliqué dans du trafic de drogue. En 2017, des membres du nouveau gouvernement et des proches du président seront également arrêtés pour corruption, notamment pour des détournement de fonds internationaux attribués à des projets de développement. Ces personnes sont soupçonnées d'être proches de réseaux mafieux criminels. Du côté du ministère de la santé, on observe aussi des arrestations en 2015, dont le Dr Otto, directeur du secteur santé de Huehuetenango (Ch2), assigné à résidence en attendant son procès, principalement pour trafic de médicaments. C'est la CICIG, Commission Internationale Contre l'Impunité au Guatemala, mandatée pour l'ONU pour aider le Guatemala à lutter contre le crime organisé, qui révèle ces affaires. Pour de nombreux Guatémaltèques de tous bords politiques, il ne fait aucun doute que les États-Unis sont derrière la révélation de ces affaires de corruption.

L'ingérence ne fait pas partie des prérogatives de l'ONU. La Banque mondiale affirme pourtant une forte volonté d'assumer un rôle politique dans la lutte contre la corruption, en tant qu'élément indispensable à la croissance ¹⁰⁶. La Banque mondiale stigmatise ainsi les pratiques

106. Lautier, « Définition et mesure des pauvres à partir de la "ligne de pauvreté" ».

clientélistes qui seraient l'apanage des systèmes politiques populistes des États du Sud¹⁰⁷. Pourtant la lutte contre la corruption renforce paradoxalement les systèmes clientélistes par la mise en concurrence institutionnelle, et la recherche d'obtention de fonds par l'adoption de critères correspondant à des fléchages qui pourront permettre d'être catégorisés comme « cible »¹⁰⁸. Dans ce contexte de renforcement du clientélisme et de ressources limitées, les ONGs intègrent un nouveau rôle politique venant une fois de plus légitimer leur participation croissante dans le cadre défini de « bonne gouvernance »¹⁰⁹.

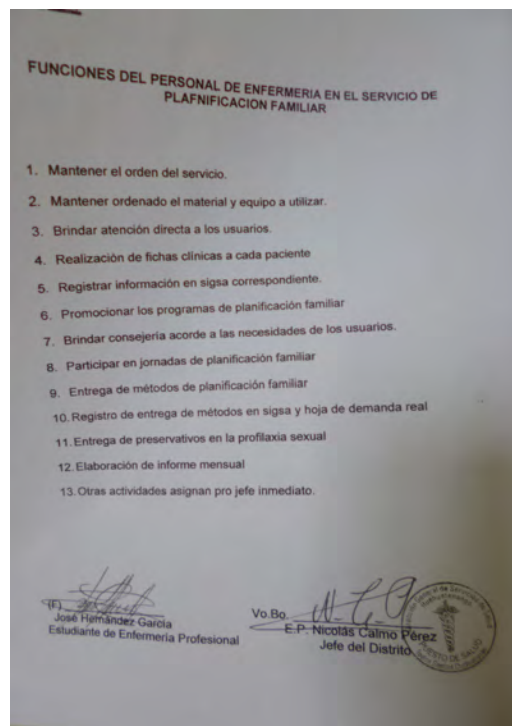
107. Falquet, « “Genre et développement” : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

108. Lautier, « Définition et mesure des pauvres à partir de la “ligne de pauvreté” ».

109. Falquet, « “Genre et développement” : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

Chapitre 5

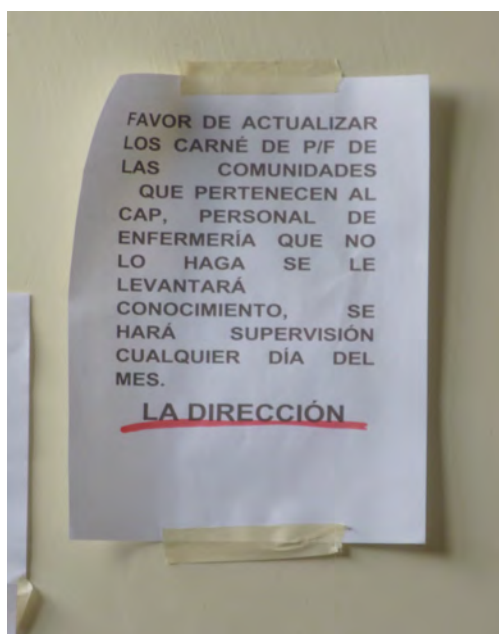
Normer la reproduction, contrôler la population



Affiche de la salle de consultation en planification familiale du centre de santé de Todos Santos sur les attentes de la direction envers le personnel :

« Fonction du personnel infirmier dans le service de planification familiale :

- 3 - Apporter une attention directe aux usagè·e·s
- 4 - Réaliser une fiche clinique pour chacune des patientes
- 5 - Consigner l'information dans le sigsa correspondant (système guatémaltèque d'information en gestion de la santé)
- 6 - Promouvoir les programmes de planification familiale
- 7 - Apporter une *consejería* (conseil) adaptée aux nécessités des usagè·e·s
- 9 - Délivrer des méthodes de planification familiale
- 10 - Enregistrer le nombre de méthodes délivrées au sigsa
- 12 - Élaborer des rapports mensuels »



Affiche de la salle de consultation en planification familiale du C.A.P de Todos Santos. La direction y menace le personnel soignant de sanctions, s'il ne répond pas à ses obligations de contrôle des carnets de planification familiale des patientes des communautés.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète IE.
- 29 juin 2014 -

IE - La personne du poste de santé ne vient qu'une seule fois par semaine. Parfois deux. Donc beaucoup de femmes y vont et repartent sans rien parce que c'est toujours fermé. Même quand elle vient, elle ne reste plus au poste à recevoir les personnes qui y vont mais elle part directement recenser. C'est à dire elle va voir les familles, et elle regarde combien il y a de personnes, et comme ça elle recense la totalité des habitants.

A - Pourquoi elle fait ça ?

IE - J'imagine que c'est parce qu'on lui demande de le faire. Peut-être pour après vérifier les enfants qui ont été vaccinés ou si la maman s'en occupe bien ou qui sait, comme elle regarde combien d'enfants a chaque femme, elle les note et elle pose des questions sur eux. Parfois elle fait des commentaires.

Au cours de l'histoire récente, dans chacun des pays, il arrive qu'un ensemble d'intérêts, tels que ceux de représentants de l'Église ou de l'État industriel, s'associent pour empêcher que soit reconnu le droit des femmes de décider de leur descendance, que ce soit concernant la maîtrise de leur fécondité ou l'encadrement de l'avortement par exemple¹. Au Guatemala, la sexualité a été régulée, car analysée comme un problème politique et économique, et non pas comme un problème individuel². Il ne s'agit alors plus de taire la sexualité mais de laisser les institutions énoncer les discours la concernant avec un certain point de vue et pour obtenir certains effets³. Par exemple, l'expression de l'idéologie néo-malthusienne au sein des institutions de santé va mobiliser certains types de représentations sociales, de pratiques et de discours chez les professionnel-le-s en santé reproductive.

Concernant la diffusion du stérilet en Inde, C. Takeshita montre qu'au milieu des années

1. Ferrand, « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux ».

2. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

3. Burin et Meler, *Género y familia*.

1960, son efficacité n'était pas celle attendue. La promotion de cette méthode, sans qu'elle soit accompagnée d'assez d'informations et de suivi, amenait les indiennes à le retirer elles-mêmes, en raison des effets secondaires, et à en parler négativement à leurs proches, qui à leur tour refusaient qu'on le leur pose. Les campagnes massives de pose furent un échec. Le Population Council concéda alors qu'« éduquer » les femmes était aussi indispensable que de leur faire « accepter » les stérilets⁴.

Comme on peut le voir dans la citation introductive du premier chapitre, pour USAID, l'éducation doit être intégrée au cœur des programmes de planification familiale et de santé reproductive. En effet, il s'agit de normaliser les comportements individuels au profit de la santé de la population. Foucault analyse la santé publique comme un bio-pouvoir disciplinaire qui va restreindre les libertés individuelles en les façonnant. L'éducation sanitaire vise alors à contrôler des populations, les contraindre à certains modes d'existence et de comportements, par la normalisation des usages du corps⁵. Elle participe donc de la bio-politique, en régulant la population. L'éducation sanitaire concernant l'hygiène, la sexualité, la reproduction, la santé, s'accompagnant de dispositifs disciplinaires, vient renforcer le bio-pouvoir de la santé publique vers une uniformisation des existences⁶. Dans ce contexte, l'éducation est le vecteur premier de la transmission des normes bio-politiques auprès des individus, ce qui la rend de fait contraire au moyen de libération des individus qu'elle prétend être⁷. Ne pas intégrer les populations dans l'élaboration des programmes de santé, notamment de prévention, ne peut être vecteur d'autonomie et participe alors de fait à la normalisation bio-politique des individus et de leurs corps⁸.

I Les dispositifs sanitaires et éducatifs locaux

1 Associer l'éducatif au sanitaire

1.1 Éduquer : informer ou promouvoir ?

Pour permettre une réelle efficacité dans la réduction des taux de fécondité, il est donc recommandé que les programmes de planification familiale associent stratégiquement une démarche éducative aux dispositifs médicaux qui fournissent les méthodes contraceptives. À l'Hôpital départemental, la dimension éducative se déploie notamment sous forme de *charlas/pláticas*, discours le plus souvent publics et collectifs à vocation éducative, très courants dans les structures de santé guatémaltèques (voir plus loin). Dra Irina, gynécologue à l'Hôpital, se plaint toutefois régulièrement que « *le personnel ne promeut pas assez la planification familiale auprès des parturientes* ». Au cours de l'une de ses visites quotidiennes dans le service de maternité, alors qu'une aide-soignante lui fait remarquer que les stagiaires réalisent fréquemment des *charlas* sur ce thème, Dra Irina rétorque que les *charlas* sont importantes mais ne suffisent pas à « *convaincre les femmes de nous laisser leur poser un stérilet ou les opérer (=les stériliser)* ». L'aide-soignante acquiesce et ajoute « *c'est que les patientes ne se rendent pas compte du service qui leur est offert, elles ne voient pas que c'est aussi pour les aider* ».

Cette situation caractéristique témoigne paradoxalement de l'importance accordée par ces professionnel-le-s à la dimension éducative de leur mission, tout en établissant un constat

4. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

5. Foucault, *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir* ; Foucault, *Naissance de la clinique*.

6. Foucault, *Naissance de la biopolitique*.

7. Klein, « De l'éducation du corps à l'éducation au corps ».

8. Foucault, *Le gouvernement de soi et des autres*.

d'inefficacité dans les objectifs qu'elles/ils estiment devoir atteindre à travers ce travail éducatif. Les éducatrices indigènes de Pasmó, que j'ai présenté précédemment (Ch4-III-2), ont pour mission d'informer les femmes afin de favoriser une prise de décision autonome. Or, elles se retrouvent le plus souvent à les convaincre de consentir à une stérilisation pour obtenir une prime, sans toujours leur transmettre les informations permettant de choisir une méthode contraceptive adaptée à leur besoin. La tension entre une logique émancipatrice et une logique normative contraignante se retrouve chez l'ensemble des professionnel-le-s médicaux et éducatifs des programmes de planification familiale étudiés.

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -

C - Maintenant, c'est mieux parce qu'on fait de l'éducation. On a même mis de la promotion des méthodes de planification familiale à la radio locale en mam. Et quand les personnes viennent en consultation ici dans les services de santé, on leur fait de la promotion quant à la planification familiale, dans la communauté, à l'école, partout on fait de la promotion. Pasmó ont même mis des promoteurs d'ici pour capter des patientes pour les *jornadas* d'implant et d'opération. Donc maintenant ça dépend plus que des gens, pas vrai ?

Lors d'un entretien, la responsable d'Aprofam sur la région de Huehuetenango définit le travail principal des éducateur/rice-s de l'ONG de la manière suivante : « *leur mission est d'organiser et promouvoir la venue de l'unité mobile dans les municipios. Le jour de la jornada, les patientes doivent être nombreuses, le centre de santé prêt pour accueillir l'équipe. Ils/elles s'organisent comme ils/elles veulent pour trouver les manières de faire venir les patientes : des annonces à la radio, des affiches dans les bus, auprès des « proveedores » (prestataires, littéralement « fournisseurs »), c'est à dire les personnels de santé, les leaders communautaires, toutes les personnes qui vont orienter des femmes pour qu'elles se présentent à la jornada* ». Giulia, une anthropologue italienne qui travaille sur le recours à la justice par les femmes victimes de violences dans une municipalité indigène de Huehuetenango me raconte une *jornada* d'Aprofam à laquelle elle a assisté par hasard. Choquée par la quasi-absence d'informations fournies aux patientes par le médecin qui allait les stériliser, elle a interpellé ce médecin à ce sujet. On lui a répondu que l'information était inutile car les promoteurs avaient déjà tout expliqué normalement. Elle me dit que quand elle a vu qui étaient les « supposés » promoteurs elle est restée abasourdie car il s'agissait de jeunes garçons de 15 ou 16 ans, qui n'avaient pas du tout l'air d'être qualifiés pour le rôle qu'ils avaient. Comment considère-t-on alors que des personnels sont qualifiés pour informer les populations ?

1.2 Formation des personnels de santé

Lors de la transition entre deux gynécologues au sein de l'équipe Aprofam, je remarque que la nouvelle gynécologue n'est formée qu'aux techniques chirurgicales. Le coordinateur de l'ONG l'amène à des *jornadas* uniquement pour qu'elle observe des opérations. Je remarque qu'elle décide de n'assister qu'à la réalisation des rares vasectomies et pas aux autres moments de la *jornada*. Elle ne semble s'intéresser qu'aux aspects techniques pour réaliser l'opération. Le coordinateur discute en privé avec le gynécologue qu'elle va remplacer. Ils parlent d'elle en termes élogieux, évoquant son endurance au travail et ses qualités chirurgicales. C'est à partir de ces critères qu'ils estiment qu'elle sera parfaite pour ce poste.

Les personnels de santé sont formés par l'institution uniquement aux techniques médicales, ce que certains critiquent parfois, quand ils estiment que des collègues sont mal formé-e-s pour

recevoir des patientes en santé reproductive (la critique vient surtout de personnels évangélistes qui soupçonnent les personnels catholiques de donner de fausses informations sur la contraception, ce qui décrédibilise les méthodes contraceptives - Ch6·II·1). Aucun personnel interrogé, quels que soient son poste ou son statut, déclare avoir reçu de formation évoquant des inégalités de genre, sociales ou raciales. Concernant l'ethnicité, certains disent avoir assisté à un cours d'anthropologie portant sur les traditions mayas mais que cela ne leur a jamais servi dans leur pratique professionnelle. Le contenu de ce cours semble, dans sa description par ces personnels, particulièrement culturaliste. Il portait assez spécifiquement sur les « *croyances mayas* », en se basant notamment sur les pratiques marginales des chamanes mayanistes quichés (Ch12·I·1). Fassin et Defossez notaient en 1992 qu'en Équateur les médecins n'étaient pas formés à un exercice social de leur métier, mais uniquement à appliquer une solution médicale à un problème de santé publique. Ce fait était lié également aux faibles moyens dans le secteur public, dévalorisant leur métier et provoquant le désengagement des praticiens, parfois la désaffection voire la désertion de leurs postes⁹, ce que l'on observe aussi dans le cas guatémaltèque.

Du fait du manque de formation aux questions sociales, relationnelles et même éthiques des droits des patientes, le rapport avec elles est laissé à la libre appréciation des personnels, sur la base de leurs expériences pratiques et de leur socialisation à des systèmes de valeurs. La confrontation à des patientes femmes, et surtout lorsqu'elles sont indigènes, est alors pour les personnels un moment d'affirmation d'un savoir spécifique. Les personnels s'auto-forment principalement à partir des outils éducatifs qu'ils ont à leur disposition, c'est-à-dire ceux destinés à l'éducation des patientes, fournis par les institutions.

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 2 juillet 2014 -**

A - Donc, dans ta formation, la seule chose enseignée sur la planification familiale c'est les différentes méthodes proposées dans les centres de santé ?

H - Oui uniquement ça. On ne nous explique pas la *consejería avanzada*, qui est importante, basique, essentielle, décrétée par l'institution même. Ça se réfère au fait que je ne peux pas t'imposer une méthode contraceptive. Je suis travailleur de santé et donc je dois t'expliquer chaque méthode et c'est toi qui dois choisir quelle méthode tu veux. Mais actuellement ce qu'ils se passe plutôt c'est que les travailleurs de santé disent « je viens pour t'apporter un service » et ils profitent directement de ton ignorance et de ta méconnaissance sur les méthodes. En mode je viens et je t'impose : « tu veux une méthode ? Oui ? Très bien : injection » et toi « d'accord, c'est bon ». Si tu ne connais rien sur ça tu vas l'accepter sans trop de problèmes. Mais l'idéal serait que je vienne, que je te présente chacune des méthodes, ses bénéfices, ses désavantages, ses mécanismes d'action, tout sur chaque méthode.

La *consejería avanzada* (conseil avancé) se réfère à un procédé de communication protocolaire très commun dans les consultations en santé reproductive. Pour les personnels médicaux, il s'agit d'un espace de la consultation qu'ils doivent dédier à la contraception, de la manière la plus exhaustive possible. L'idée d'exhaustivité n'implique pas une neutralité ou une impartialité des personnels, qui orientent ou « conseillent » les patientes plus qu'ils ne les informent. De fait, le manuel en planification familiale - co-édité par USAID, le UNFPA et l'OMS, avec l'appui entre autre du Population Council - que possèdent la plupart des personnels médicaux travaillant dans ce domaine, s'inscrit dans cette terminologie du conseil.

9. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ».



Charla Aprofam (Photo prise par un personnel d'Aprofam)



Le protocole de *consejería avanzada* décrit dans ce manuel, propose les notions de « bénéfices », « avantages », « désavantages » (citées par l'aide-soignant Hedgar plus haut), comme éléments constitutifs du discours à adopter face aux patientes. Ces notions ont des valeurs de jugement faisant par exemple référence à un ensemble d'effets secondaires ou à l'efficacité attendue. Le protocole d'information devient alors un protocole d'orientation, à travers une pratique de conseils qui fait appel à des valeurs subjectives. Ces valeurs subjectives découlent d'une part de ce que l'institution décrit de manière universalisante comme un avantage ou un désavantage d'une méthode contraceptive, et d'autre part de ce que le personnel de santé estime personnellement constituer un avantage ou un désavantage.

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 2 juillet 2014 -**

H - Comme support pour la *consejería avanzada* il y a aussi des fiches cartonnées sur chaque méthode, tu les as déjà vues j'imagine, c'est dans toutes les structures de santé. Elles sont géniales ! Tout le monde les trouve géniales mais personne ne les utilise jamais, parfois certains en distribuent une ou deux aux patientes mais c'est très rare. De toutes façons, elles ne savent pas lire.

**Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -**

A - Et vous avez une préférence pour certaines méthodes contraceptives ?

C - Le personnel de santé ? Oui, on a notre préférence. En étudiant les effets, pour nous ce serait la T en cuivre, qui a peu d'effets secondaires on va dire et aussi parce que c'est une méthode sûre. Mais ça on ne le dit pas aux patientes. On ne dit pas juste comme ça : « *regardez cette méthode est plus sûre* ». Donc on utilise les petites fiches cartonnées avec les dessins pour montrer aux patientes les méthodes qu'on leur offre ici au C.A.P. On montre aussi l'opération, on la promet aussi, mais si elles choisissent ça on appelle l'Hôpital et on organise un rendez-vous pour la patiente. Et on l'envoie directement avec une note qu'on rédige. Et donc, c'est à partir des fiches qu'on donne la *consejería*.

A - Ah bon ? Parce que lors des journées de consultations que j'ai observées c'est très rare que les personnels sortent les fiches. Ou parfois ils n'en montrent qu'une seule. Même toi hier tu n'as pas sorti les fiches pour donner la *consejería* !

C - *rires* - Oui bon c'est vrai que maintenant ce n'est plus systématique parce qu'on a l'habitude, et toutes ces fiches on les connaît par cœur. Et puis on sait comment parler aux patientes.

Comme le mentionnent Hedgar et Camilo, les supports éducatifs servent plus souvent à former le personnel que les patientes. Les patientes disposent de peu d'informations sur la planification familiale et elles sont plutôt encouragées à utiliser une méthode pour réduire impérativement les risques d'une nouvelle grossesse, sur la base d'arguments de l'ordre du néo-malthusianisme.

**Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.
- 12.04.14 -**

D - Elle dit qu'elle sait qu'il existe la pastille, l'injection, la T en cuivre de 5 ans, celle de 10 ans et l'opération. Mais elle ne connaît pas tout, on lui a simplement dit que ça existe. Elle dit que c'est au poste de santé, que quand elles y vont pour le bébé, on leur parle de ça.

A - Et on leur dit quoi sur ça ?

D et S - *parlent en mam*

D - Ils leurs disent qu'elles doivent utiliser ça pour avoir moins d'enfants, qu'elles ne doivent pas avoir beaucoup d'enfants parce qu'après elles n'ont pas de quoi les nourrir, les vêtir, leur donner pour les études...

D et S - *parlent en mam*

D - J'ai demandé ce qu'on lui a expliqué sur le fonctionnement des méthodes mais elle dit qu'on lui a rien expliqué. Elle ne sait pas comment ça fonctionne. On lui a juste dit qu'il faut utiliser les méthodes mais on lui a rien montré ou expliqué de chacune des méthodes.

2 Privilégier l'éducation aux normes néo-malthusiennes à l'information sur les méthodes contraceptives

Les fiches cartonnées évoquées ne sont pas les seuls outils existants pour « promouvoir » ou « éduquer » à la planification familiale. Tout d'abord, il existe des outils de présentation des méthodes. Il sont à utiliser comme supports lors des consultations médicales, tels que ces fiches. Ils doivent servir à expliquer concrètement les différents aspects des méthodes contraceptives existantes (modes de fonctionnement, effets secondaires, durée, efficacité...), y compris les méthodes dites « naturelles » et celles qui ne sont pas toujours accessibles. Comme on l'a vu, ces outils sont finalement peu utilisés par les personnels, si ce n'est pour développer un discours de « conseils » orienté, en termes « d'avantages » ou « bénéfiques » et de « désavantages ». On pourrait même considérer qu'au final, comme l'exprime l'une des patientes enquêtées : les personnels « *expliquent les avantages d'utiliser des méthodes contraceptives, et les désavantages de ne pas les utiliser* ». Les discours sont élaborés sur des critères aléatoires, en fonction des personnels qui les énoncent, de leurs différentes appréciations sur les méthodes et les patientes, et de divers autres paramètres sur lesquels je reviendrai (Ch7-II-2). Cependant, ces discours restent très influencés par l'auto-formation de l'ensemble des personnels autour des seconds types d'outils, qui existent en proportion beaucoup plus importante : les outils encourageant la réduction des naissances par la contraception médicalisée.

L'intégralité de ces outils recensés au cours de l'enquête sont élaborés, édités et/ou distribués par USAID, souvent en collaboration avec le ministère public de santé et l'UNFPA. Ces outils sont mobilisés dans les dispositifs des ONGs telles que Pasmu, Aprofam ou Wings-Alas, souvent en collaboration avec des institutions étatiques, et sont appliqués dans le cadre d'activités scolaires ou dans les communautés rurales pauvres. Ces outils éduquent le public aux arguments néo-malthusiens, et donc par ricochet le personnel, comme c'est évoqué plus haut.

Prenons l'exemple d'un dispositif « éducatif » d'activité communautaire. Ce dispositif m'a été décrit par Jean, le coordinateur français du Rotary Club, chargé de supervision de divers projets de développement dans des communautés indigènes. Chacun de ces projets s'accompagne préalablement et obligatoirement d'une formation « éducative » sur l'intérêt de la planification familiale dans le développement, suivie d'une prestation gratuite de stérilisation : « *Moi ce que je fais, c'est que je profite des œuvres du Rotary pour obliger les gens à écouter. Par exemple, le Rotary finance des projets de fours ou liés à l'eau dans des communautés, donc moi j'arrive et je leur dis : « comme vous semblez intéressés par l'amélioration de vos conditions de vie vous allez écouter la conférence sur la planification familiale, sinon pas de four ! » C'est donnant/donnant, c'est un peu la carotte et le bâton, comme on peut pas les forcer à s'opérer, au moins qu'ils écoutent... Des fois j'amène un groupe de femmes à Aprofam (pour qu'elles soient stérilisées) puis que je les ramène* ».

La formation éducative à laquelle Jean fait référence est assurée par Wings-Alas, qui dispose donc du support matériel d'USAID, de la Banque mondiale et de diverses fondations étrangères. Il s'agit tout d'abord de réunir des personnes autour de *leaders* communautaires « *qu'il faut convaincre* ». L'activité principale de la journée est l'organisation d'un jeu. Deux cercles d'1m80 de diamètre sont tracés sur le sol, représentant deux foyers. Deux hommes et deux femmes du public sont constitués en couple dans chacun des foyers. Puis on annonce que l'un des foyers « planifie » et l'autre « ne planifie pas ». L'animateur déclare alors qu'inévitablement dès la première année le foyer qui ne planifie pas va posséder un membre supplémentaire. Il ajoute que dans le foyer qui planifie l'homme peut continuer à étudier car il ne doit pas

travailler à plein temps pour maintenir son foyer. L'année suivante, le premier foyer s'agrandit encore, et ainsi de suite chaque année, avec des péripéties telles que la mère d'un des parents qui est veuve et malade et qui doit s'installer chez eux. Le second foyer utilise généralement un implant avant le premier enfant, un stérilet jusqu'au deuxième puis une stérilisation. Ils achètent une maison « *avec l'argent économisé grâce aux études et à la diminution des dépenses liées aux enfants* » et écartent donc les frontières du cercle. Quand le premier foyer remplit complètement le cercle de ses 8 à 10 membres, le second foyer, composé uniquement de quatre membres dispose encore de place. A ce moment là, l'animateur distribue un paquet de quatre gâteaux à chacun des deux foyers pour qu'il soit partagé entre les membres de la famille. Il fait constater au public les difficultés pour se nourrir convenablement lorsque la famille dispose de trop d'enfants. Jean précise « *on leur dit : « comment vous allez faire pour envoyer vos enfants à l'école, pour les nourrir, pour les vêtir, pour les soigner ? ».* *On leur dit que ce sont des enfants qui vont mourir. Ça c'est très impactant pour eux. Et après ça on aborde les représentations du corps humains, en langue. Ils ont souvent des conceptions faussées. Et donc là on donne les possibilités contraceptives* ». Un transport est alors organisé pour amener les femmes volontaires de la communauté à une stérilisation gratuite dans une structure de santé proche. Même si différentes options contraceptives sont évoquées, c'est donc plutôt la stérilisation qui est promue. Jean m'explique que lors de ces activités l'objectif est moins de convaincre les femmes d'utiliser une contraception car « *elles sont prêtes à se sacrifier* », que de convaincre les hommes d'accepter que leurs femmes se fassent stériliser. Cette activité « *éducative et ludique* » est répandue. Aprofam l'utilisait aussi il y a quelques années :

Renato - Éducateur Aprofam - 49 ans - *ladino*
- 23 mars 2013 -

R - Avant, on s'affrontait encore plus au rejet des autorités locales, alors il y a eu un changement de stratégie d'Aprofam. En tant qu'éducateurs, on nous a formé à la capitale pour que l'on participe dans les fêtes de villages. On devait amener des *piñatas* à la fête et organiser des activités. On amenait un gâteau et il n'y en avait pas assez pour tous les enfants de l'endroit, alors on leur disait : « *vous voyez il y a tant d'enfants qu'ils vont se retrouver avec un tout petit bout de gâteau, vous croyez qu'ils vont se sentir satisfaits ?!* ». Et les gens disaient - *il imite quelqu'un honteux la tête baissé dans les épaules* - « *non... ils ne vont pas se sentir satisfaits...* ». Et donc on réunissait les gens et on formait deux familles, une de 4 et une de 10 et on donnait un pain égal pour chaque famille qu'ils devaient se partager [...]

Et après on demandait à la famille de 10 s'ils se sentaient satisfaits, si leurs enfants avaient l'estomac rempli. Et eux ils disaient - *il les imite encore tout honteux, humiliés* - « *non... il n'est pas rempli...* ». Et aussi on présentait des images de familles où les enfants étaient nombreux, certaines où ils étaient très maigres, d'autres où ils étaient très gros, beaucoup de modèles de mauvais comportements. Et tous ces modèles formaient une croix, et on demandait aux gens ce que représentait cette croix. Et les gens répondaient « la mort », « le péché », et petit à petit avec tous ces messages les gens se rendaient compte.

C. Takeshita évoque également ce type de dispositif dans ses travaux. Elle montre comment le personnel de santé local en charge de fournir les méthodes contraceptives transmet aux familles un message anti-nataliste à travers une imagerie symbolique du manque chez les familles qui ne les utilisent pas. Elle mentionne des affiches et des panneaux qui représentent un foyer malheureux, pauvre et désordonné, rempli enfants, et en parallèle un foyer heureux, moderne et ordonné, de deux enfants. Le message qui ressort est que les familles nombreuses

sont condamnées à la pauvreté. Takeshita estime alors que les désirs des femmes en matière de reproduction sont souvent influencés « *par les normes de leur communauté, qui sont elles-mêmes le produit d'un système social patriarcal, de systèmes de croyance traditionnels et de la propagande officielle incessante en faveur de familles réduites* »¹⁰.

3 La *charla* : mode de transmission du discours éducatif à destination des mères



Charla - San Juan Atitan, Huehuetenango

Les *charlas* (ou *pláticas*) éducatives sont données le plus souvent collectivement aux femmes dans les communautés, particulièrement auprès des femmes enceintes et de jeunes mères. Il en est souvent de même à l'Hôpital public ou dans les centres de santé, car les femmes enceintes ou avec des enfants en bas âge constituent la grande majorité du public des structures de santé.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 21 février 2013 -

Evi m'amène à la maternité pour donner sa *charla* sur la planification familiale aux femmes qui viennent d'accoucher. Elles sont une quinzaine dans la chambre, plusieurs par lits, les lits presque collés les uns aux autres. Evi commence sa *charla* en disant : « *Planifier c'est ce que l'on doit faire pour qu'il n'y ait plus de dénutrition dans notre pays* ». Elle stoppe son discours en voyant une des femmes qui donne le biberon à son bébé. Elle lui dit d'un ton brutal et paternaliste qu'il ne faut pas faire ça, qu'il faut donner du lait maternel à l'enfant. Je remarque d'ailleurs que sur la porte de la chambre il y a un panneau qui dit qu'il est interdit de donner le biberon et un autre qui dit qu'il est obligatoire de faire téter son bébé (« *allaitement maternel exclusif* »).

10. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

À la fin de la *charla*, Evi s'adresse aux femmes une par une en leur demandant : « *alors vous n'allez pas planifier ! ?* ». Elle leur fait signer un carnet qui justifie qu'elles ont écouté, sans leur préciser ce qu'elles sont en train de signer. Toutes les femmes donnent des excuses différentes pour refuser. Une des femmes se fait traduire par une autre pour dire à Evi qu'elle n'a pas vu son bébé depuis qu'elle a accouché la veille, qu'on lui a pris mais que personne ne lui donne d'informations, elle pense qu'il est mort mais elle ne sait pas. Elle dit qu'elle voudrait savoir ce qu'il en est avant de décider si planifier ou non. Je pense qu'elle utilise l'argument de la planification surtout comme monnaie d'échange pour qu'on lui donne enfin des nouvelles de son bébé. Evi dit qu'elle va se renseigner, et que si le bébé va bien elle lui mettra une injection. Avant de sortir de la maternité, Evi s'adresse à toutes en cherchant à les culpabiliser : « *vous ne voulez pas planifier, vous voulez revenir ici c'est ça ? Ça vous a plu de souffrir !* »

Les *charlas* éducatives entrent dans les statistiques et les rapports d'activités que les structures publiques font remonter aux financeurs. On fait donner les *charlas* généralement aux élèves aide-soignantes, à la fois par désintérêt et manque de temps des soignant·e·s titulaires, et à la fois car cela permet aux élèves d'étudier le sujet sur lequel ils/elles vont donner la *charla*. Les *charlas* peuvent porter sur l'hygiène, la planification familiale, la dénutrition, la vaccination, la diarrhée, la toux, mais aussi sur des thèmes qui ne concernent pas du tout le public à qui elle est donnée, tels que l'obésité ou la dépression... Après chaque *charla*, l'élève aide-soignante fait signer les personnes autour dans la salle d'attente qui ont potentiellement assisté à la *charla*. Certaines en profitent pour poser des questions, ce qui embarrasse généralement l'élève si elle ne connaît pas les réponses, et l'amène parfois à en donner quand même une, approximative ou fautive. Cependant, les élèves sont souvent plus à l'écoute que les titulaires, ce que les patientes apprécient car cela leur permet d'avoir une interlocutrice dans un environnement où il est difficile de s'exprimer et d'être entendue et considérée.

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 2 juillet 2014 -**

H - Il n'y a pas de cours spécifiques sur comment s'occuper des patientes. On apprend ça sur le tas. Mais moi ce que je pense c'est que les services doivent être individualisés. L'idéal serait que la patiente vienne pour une contraception, en discute directement avec le professionnel de santé, avec personne d'autre autour. Que le personnel de santé n'appelle pas plusieurs personnes qui veulent une méthode en même temps pour tout leur expliquer en groupe.

A - Mais pourtant, d'après ce que j'ai vu, c'est ce qui se fait le plus souvent non ?

H - Ah oui ! Par manque de temps ! Ce qui se fait c'est réunir toutes les personnes à propos d'un même sujet, que ce soit une méthode spécifique, une maladie, peu importe, donner une *charla* éducative, donner la prestation. Ça permet de faire en un jour ce qui t'en prendrait 4 ou 5 normalement. Donc ça donne de meilleurs résultats à faire remonter. Mais bon ça a aussi des mauvais côtés.

Les *charlas* de l'unité mobile d'Aprofam lors des *jornadas* sont données collectivement et une seule fois, après la signature du consentement et avant l'opération ou la pose. Pour les patientes qui vont se faire opérer ou implanter, rater la *charla* c'est rater le seul moment et espace où elles pourront tirer de l'information, s'exprimer et communiquer avec le personnel médical. Ces *charlas* combinent une validation de l'attitude des patientes venues planifier, expliquent le mode de fonctionnement de la méthode qu'elles ont choisie, le procédé de pose ou d'opération, les effets secondaires et les manières de les pallier. Elle est destinée uniquement aux personnes qui ont déjà signé pour la méthode, même si elle est souvent donnée en public élargi.



Charlas Aprofam

(Photos prises par un personnel d'Aprofam)

On observe une tendance croissante des ONGs comme du secteur public de santé de favoriser la dispense de *charlas* dans les langues indigènes locales, par des politiques d'intégration de personnels éducatifs et sanitaires autochtones (Ch6-I-1). Le recrutement et la formation des éducatrices indigènes par Pasmó découle de cette politique. Ces éducatrices préfèrent donner leurs *charlas* à un public le plus réduit possible et n'interagissent qu'avec les femmes. Lorsqu'elles se présentent dans les différents foyers d'une communauté, elles rencontrent rarement les hommes, qui sont le plus souvent hors du foyer (travail, migration, bar...). Elles admettent même se sentir gênées quand c'est un homme qui les reçoit. Elles demandent alors à parler aux femmes de la maison. Parfois un homme reste présent pour écouter l'éducatrice, mais celles-ci parlent rarement de contraception masculine. Sur les quatre éducatrices interrogées, une seule

dit évoquer parfois les préservatifs, lors de l'énumération des méthodes contraceptives. Aucune n'évoque la vasectomie. Deux d'entre elles ignoraient même l'existence de la vasectomie au moment où je les ai interrogées. Une seule savait qu'Aprofam en pratiquait, mais elle pensait que c'était payant. Elle ignorait que l'Hôpital en pratiquait également. Elles estiment que quand les hommes sont présents, l'ambiance est plus tendue car ils n'aiment pas « *qu'on vienne leur dire ce qu'ils doivent faire* », « *sentir qu'on juge leur manière de vivre* ». Souvent, ils leur disent : « *ce n'est pas Aprofam ou Pasmò qui vont s'occuper de nos enfants* ». Elles estiment que du fait qu'elles soient des éducatrices femmes et indigènes, les hommes des communautés osent d'avantage les attaquer et refuser d'écouter leurs discours. Comme on peut le remarquer, les hommes réagissent à la portée néo-malthusienne et non pas au contenu informatif sur les moyens de contraception.

Dans le centre de santé de Todos Santos, l'éducatrice *ladina* a beaucoup de mal à communiquer avec les patientes, qui parlent généralement uniquement le mam. Son travail inclut la dispense de *charlas* quotidiennes auprès des patient·e·s qui attendent dans le couloir d'être reçu·e·s en consultation. Elle donne souvent la *charla* sur le thème de l'importance de l'allaitement maternel exclusif, quel que soit le type de patient·e·s auquel elle s'adresse. Cette *charla* n'est orientée que vers deux messages impératifs : les femmes ne doivent pas nourrir leur enfant avec autre chose que du lait maternel jusqu'à ses six mois, et elles doivent arrêter complètement de l'allaiter à ses deux ans. L'éducatrice répète qu'elles ne doivent donner ni d'eau, de café ou *d'atol* (boisson quotidienne chaude et épaisse souvent à base de maïs) et qu'aucun lait qui s'achète dans le commerce ne remplacera leur lait maternel. Elle leur dit qu'elles doivent manger cinq fois par jour et boire un litre *d'atol* par jour. Elle les interpelle : « *qui boit son litre d'atol chaque jour ?* », puis demande à ce qu'on applaudisse les femmes qui lèvent la main. L'éducatrice adopte ainsi un rôle de validation et de normalisation des « bons » comportements sanitaires. Elle sanctionne aussi verbalement les femmes dont les pratiques s'écartent du modèle présenté dans la *charla*. Hormis les *charlas*, son travail au centre de santé consiste principalement à peser et mesurer les bébés. Elle signale systématiquement aux mères que leur bébé est trop léger et/ou trop petit pour son âge, selon la courbe de croissance affichée dans son bureau. Elle culpabilise alors la mère sur le manque de soin apporté à son enfant et lui explique comment elle doit le nourrir et le soigner. Le discours normé sur la planification familiale se déclenche alors : « *vous voyez, il est compliqué de s'occuper convenablement d'un bébé, vous devez donc utiliser un moyen de contraception comme l'implant, pour ne pas en avoir un autre avant que celui-ci atteigne ses cinq ans* » (dans ce cas ethnographique, l'implant est proposé car il s'agit d'un premier enfant, l'orientation vers une méthode contraceptive ou une autre change selon les contextes).

Clara Lemonnier note que la présence de politiques éducatives de prévention des risques liées à la santé sexuelle et reproductive amène à une responsabilisation forte du public à qui elles sont destinées. En érigeant une norme préventive dans ce cadre éducatif, les plaintes concernant des grossesses non-désirées suite à des échecs contraceptifs apparaissent alors comme un manquement de la part des femmes ¹¹.

II Construction d'une norme procréative

1 Informer pour normer

Dans un contexte où l'idée de planification familiale constitue le modèle dominant et où

11. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

l'accès à la contraception médicalisée se massifie¹², cette dernière a un caractère ambivalent en tant que norme, car le droit à la contraception devient aussi un devoir de contraception¹³. Se diffuse alors des normes procréatives et contraceptives : les femmes doivent utiliser une contraception si elles ne veulent pas d'enfants (sexualité dissociée de la procréation) et elles doivent adapter cette contraception en fonction du déroulé de leur vie (un enfant doit être programmé dans le cadre d'un couple stable, au bon moment des trajectoires familiales et professionnelles des futurs parents)¹⁴. Au Mexique, A. Gautier note que les politiques de planification familiale gouvernementales promeuvent de nouvelles normes de fécondité et fournissent gratuitement les méthodes les plus appropriées à son contrôle, qui sont intériorisées par les agents des services de santé¹⁵. Il existe donc une forme de performativité du discours officiel sur les personnels de santé, liée à une hiérarchisation des savoirs, et à la diffusion de conceptions biaisées¹⁶. Au Guatemala, on a vu comment le personnel est finalement mieux formé à la norme procréative néo-malthusienne présente dans les supports éducatifs qu'à une relation de soin respectueuse et bienveillante, prenant en compte les réalités des personnes.

Les différents projets bio-politiques se manifestent dans la vie des personnes par la stigmatisation des femmes et des couples qui n'adhèrent pas à des normes de procréation restrictives et dont la conduite est jugée « irrationnelle ». En ce sens, s'instaurent de nouvelles définitions normatives de ce qu'est une reproduction « raisonnable », « responsable ». Par exemple, la stérilisation, considérée par les personnels de santé brésiliens comme une méthode « rationnelle » dans un premier temps, est aujourd'hui perçue comme « irrationnelle »¹⁷. Selon Scheper-Hughes, les femmes brésiliennes ne peuvent avoir accès à cette opération qu'après avoir prouvé leur « bonne citoyenneté de genre », en produisant un nombre d'enfants jugé adéquat. Les femmes brésiliennes les plus jeunes issues des communautés pauvres ne peuvent pas être candidates à cette opération, à moins qu'elles ne disposent de relations privilégiées avec des personnels ou maîtrisent les codes sociaux du système public de santé¹⁸. Des critères sociaux liés au nombre d'enfants, au genre, à la classe, à la génération, etc., influent incontestablement sur la normalisation des comportements reproductifs au sein des institutions.

Au Guatemala, la norme procréative néo-malthusienne pèse particulièrement sur les femmes identifiées comme pauvres, telles que les femmes indigènes, car l'indigénéité est associée à la pauvreté. La norme s'applique donc de façon différenciée aux femmes identifiées comme aisées, toutes *ladinas*. Mais elle s'applique surtout différemment aux hommes, quelle que soit leur catégorie ethnique et sociale. En effet, les actions des programmes de santé reproductive et de planification familiale ne sont tournées que vers les femmes. On remarque ainsi une quasi absence de dispositifs ou de démarches de sensibilisation envers les hommes. Le préservatif est totalement sous-investi, tout comme la vasectomie, en dépit de son caractère moins lourd et moins risqué que la ligature des trompes¹⁹.

Dans les observations réalisées à Huehuetenango, on voit que la norme procréative qui pèse sur les femmes n'écarte pourtant pas l'importance d'un rôle familial masculin, car il s'agit aussi d'une norme conjugale. Les femmes célibataires, les veuves et celles dont le conjoint est

12. Baulieu, Héritier, et Léridon, *Contraception*.

13. Bretin, *Contraception, quel choix pour quelle vie ?*

14. Bajos et Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ».

15. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

16. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

17. De Zordo et Marchesi, *Reproduction and Biopolitics*.

18. Scheper-Hughes et Sargent, *Small Wars*.

19. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

durablement absent ne sont pas ciblées par les programmes en santé reproductive. Il n'est même pas envisagé pour un professionnel de santé qu'une femme souhaite avoir accès à une contraception si elle n'a pas de conjoint. Lorsqu'une patiente célibataire demande un moyen de contraception dans une structure de santé, les professionnel·le·s concluent directement qu'il s'agit d'une travailleuse du sexe ou d'une femme « très légère », et l'orientent vers le préservatif. La stigmatisation par des professionnel·le·s de soin décourage généralement les femmes ou les jeunes filles qui ne sont pas en couple de demander des informations concernant la contraception. Plusieurs mères célibataires considèrent ainsi que leur grossesse est la conséquence de leur appréhension à se tourner vers des services de santé pour s'informer et avoir accès à un moyen de contraception. Pourtant, les professionnel·le·s des structures publiques n'ont aucune consigne quant au traitement différencié des patientes en fonction de leur situation conjugale. Il n'est même pas précisé dans leur fonction qu'ils sont invités à questionner les femmes sur leur situation conjugale lorsqu'elles se présentent pour une consultation en planification familiale. Or, dès qu'ils ont un doute sur la conjugalité d'une patiente, les professionnel·le·s la poussent à se justifier de vouloir utiliser un moyen de contraception, ce qui aboutit généralement à ce qu'elle en abandonne l'idée. L'institution Aprofam impose quant à elle explicitement à ses employé·e·s de renseigner la situation conjugale des patientes. Pour ce faire, le secrétaire de l'unité, qui n'a aucun doute sur le fait que les femmes qui demandent une contraception soient forcément en couple stable, leur demande systématiquement « *unida o casada?* » (« unie ou mariée ? », « unie » ne signifie pas simplement être en couple mais plutôt résider en couple sous le même toit, généralement chez les parents de l'homme). Pour être tranquilles, les patientes célibataires déclarent être « unies ». Cette question, tout comme de nombreuses autres dont la pertinence n'est jamais explicitée par les professionnel·le·s à leurs patientes, obtient ainsi souvent des réponses qui ne reflètent pas la réalité. Les patientes s'habituent ainsi à donner les réponses qu'elles pensent attendues, afin d'éviter les obstacles qui les empêcheraient d'avoir accès aux services qu'elles sont venues solliciter (Ch10-III-1).

Utiliser une contraception hors union n'est donc pas une option envisagée par les personnels de santé. Dans un cadre conjugal, ils définissent la contraception médicalisée comme le moyen incontournable pour limiter le nombre de grossesses à trois maximum. Avoir plus de deux ou trois enfants ne peut relever d'un choix éclairé aux yeux des institutions, surtout lorsqu'il s'agit d'une femme que l'on estime inapte à s'occuper et à entretenir plusieurs enfants. S'inscrivant dans la perspective des objectifs anti-natalistes institutionnels, les personnels enquêtés qui identifient une femme qui a plus de trois enfants comme pauvre, car rurale, analphabète et/ou indigène, estiment qu'il s'agit forcément d'une femme qui ne planifie pas ou qui planifie mal. Pourtant, des femmes peuvent utiliser la contraception pour espacer les naissances, tout en atteignant de manière voulue un nombre élevé d'enfants²⁰. Ce propos peut être nuancé concernant des femmes indigènes de niveau social élevé, pour lesquelles un nombre plus important d'enfants sera toléré, à l'exception des femmes aisées originaires de municipalités où les hauts revenus proviennent souvent du trafic de drogues ou de personnes (San Miguel Acatán, San Pedro Soloma). Il existe donc un modèle étroit de réussite sociale qui autorise certaines femmes indigènes à disposer de davantage de libertés dans leurs pratiques reproductives. Lors des entretiens menés au sein des communautés, les femmes déclarent qu'elles planifient, quel que soit le nombre de grossesses qu'elles envisagent, qui est souvent supérieur à trois (Ch8-II). Pour cela, elles ont recours à une variété importante de méthodes (Ch10-2).

Avoir recours à des méthodes de planification différentes de celles préconisées dans le cadre médical n'est pas considéré comme une planification familiale par les institutions sa-

20. Gautier.

nitaires. Les personnels de santé ne mentionnent que les méthodes qu'ils nomment « modernes » (hormonales, DIU, stérilisation) mettant en jeu toute une symbolique autour de la modernité (Ch6-II.1)²¹. Les méthodes dites « naturelles », telles que compter les jours, retarder le temps d'allaitement exclusif, la méthode du retrait ou encore les remèdes contraceptifs à base de plantes préparés par les sages-femmes communautaires, ne sont pas admises comme de « vrais » moyens de contraception. Il arrive que les centres de santé soient pourvus de colliers de grosses perles qui servent à compter les jours pour identifier les moments de fertilité du cycle dans lesquelles on va se protéger. Cependant, ils sont rarement mentionnés aux patientes venues s'informer sur les méthodes contraceptives, ni même distribués à celles qui les réclament.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 19 avril 2013 -

Une patiente entre et demande des informations sur la méthode du collier. Evi est surprise que la patiente connaisse cette méthode, car les personnels ne la mentionnent jamais. Elle se ressaisit rapidement, et sans lui donner aucune information elle essaye de décourager la patiente de l'utiliser.

E - Sur cent femmes, quatre ou cinq tombent enceintes avec cette méthode. Ce qu'il se passe c'est que les méthodes naturelles c'est seulement pour les femmes qui sont régulières.

Patiente - Mais qui la met ? L'homme aussi la met ?

E - Oui les deux la mettent.

P - Il faut toujours la porter ?

E - Oui, toujours. Ce n'est pas une bonne méthode.

Devant le peu de réaction conciliante d'Evi, qui donne de surcroît des informations fausses sur la méthode, je demande à la patiente si elle utilise une méthode actuellement. Elle utilise l'injection. Je m'apprête à me renseigner sur ce qui la pousse à chercher des informations sur d'autres méthodes. Mais Evi coupe directement la conversation et s'écrit « *Ah très bien alors c'est mieux si vous continuez d'utiliser l'injection !* », elle se lève et la raccompagne vers la porte. La patiente est visiblement déçue.

Au-delà des méthodes dites « naturelles », certaines stratégies de planification familiale adoptées par les femmes ne sont pas envisagées en tant que telles par les institutions : l'abstinence volontaire, les épisodes migratoires, le confiage temporaire ou définitif des enfants, l'adoption formelle ou informelle, l'avortement, le choix du célibat... (Ch10-II.2)

Ce qui semble poser problème aux institutions de santé reproductive et aux professionnel-le-s travaillant pour ces institutions, c'est la possibilité pour les femmes de revendiquer une relative indépendance dans la prise de décisions et les choix qu'elles opèrent dans la gestion de leur vie sexuelle et reproductive. Cela est considéré comme un risque et il est préférable que le secteur médical le prenne en charge. Aussi, pour la plupart des personnels de santé interrogés, la définition d'une méthode contraceptive idéale est une méthode efficace et qui demande le moins d'intervention ou de participation de la part des femmes. C. Takeshita montre que la mise au point et la diffusion du stérilet dans les années 1960 découlaient d'objectifs d'efficacité dans la baisse drastique de la fécondité au Sud. Leurs concepteurs néo-malthusiens estimaient que les femmes pauvres n'étaient pas assez éduquées ou motivées pour prévenir les grossesses en prenant la pilule contraceptive. Le stérilet constituait alors la solution idéale pour diffusion rapide et massive : en raison de son caractère fiable et astreignant, c'est à dire sa durabilité et le fait que son usage ne soit pas dépendant de l'utilisatrice²².

21. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

22. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

La méconnaissance des femmes concernant les cycles reproductifs, le fonctionnement du corps, de la sexualité... est critiquée d'une part, mais devient paradoxalement un objectif de l'entreprise de planification familiale d'autre part. Moins les femmes possèdent de connaissances et de maîtrise sur leurs corps, mieux on pourra les prendre en charge. Dans ce contexte, l'information n'a d'importance que dans sa dissimulation ou son orientation pour normer les comportements reproductifs des femmes. A. Gautier, dans ses recherches dans le sud du Mexique, observe que l'information dispensée par les personnels de santé est conforme aux priorités de l'institution plutôt qu'aux impératifs des droits de la personne, contredisant par là-même les discours de ces mêmes personnels qui prétendent donner une vision exhaustive des méthodes contraceptives aux patientes. Elle estime qu'ils se contentent en réalité d'évaluer les risques pour chaque femme et lui proposent la méthode qu'ils jugent la plus adéquate²³.



Médecin qui discute avec des patientes dans un centre de santé (Photo prise par un personnel d'Aprofam)

2 Éduquer des (futures) mères à être « responsables »

Les femmes doivent faire preuve de stabilité non-seulement dans leur vie conjugale, mais aussi dans leur vie maternelle pour que l'on estime qu'elles sont en droit de procréer. Aussi, l'expression « maternité responsable » est utilisée systématiquement pour qualifier les « bons comportements reproductifs » des femmes, dont la limitation du nombre d'enfant par l'utilisation chronique de méthodes contraceptives médicalisées.

Durant mon terrain au sein de la clinique de planification familiale de l'Hôpital, une

23. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

quinzaine d'élèves aide-soignantes se sont succédées dans le service pour leur formation. Je leur demandais systématiquement ce que voulait dire selon elles « la planification familiale ». Toutes ont mentionné l'usage de méthodes contraceptives médicalisées. Presque toutes ont évoqué le fait de « *ne plus vouloir d'enfant* » et/ou de « *vouloir espacer les enfants* ». Une seule a parlé de retarder l'âge de la première grossesse. Pourtant, beaucoup avaient reçu une formation de prévention des grossesses adolescentes durant leur cursus scolaire.

Des formations portant sur la planification familiale et la santé sexuelle sont dispensées par des ONGs dans le cadre scolaire, au-delà du niveau primaire. Le cursus primaire est généralement suivi du fait de son accès relativement facilité, d'un point de vue géographique et matériel. Cependant, pour de nombreuses raisons sociales, les élèves des zones rurales les moins favorisées peinent à valider les niveaux pour passer dans les classes supérieures. Aussi, certain·e·s élèves inscrit·e·s en primaire sont plus âgé·e·s et ont déjà des rapports sexuels. Les étapes scolaires supérieures éliminent peu à peu ces élèves, qui n'auront jamais accès aux *charlas* d'informations proposées dans les établissements scolaires. En effet, poursuivre des études au-delà du primaire demande un investissement considérable de la part des familles, qui souvent ne peuvent pas se le permettre financièrement, principalement en raison de l'éloignement des structures d'études. De plus, nonobstant leur coût d'inscription élevé, les structures scolaires privées sont les seules qui proposent des horaires aménagés pour les étudiant·e·s qui doivent travailler pour financer leurs études et/ou participer à l'économie familiale. De ce fait, et encore plus concernant les études supérieures, les jeunes de milieux ruraux défavorisés qui réussissent à trouver le soutien et les ressources nécessaires pour étudier investissent peu les structures publiques, bien que les diplômes publics soient mieux réputés. Le milieu scolaire est donc un secteur matériellement et logistiquement d'accès inégalitaire. Les formations éducatives d'Aprofam en milieu scolaire ne s'effectuent que dans le secondaire, c'est à dire dans les grandes villes. Ces formations se trouvent donc surtout destinées à des *ladin@s* urbains de classe moyenne.

Rebeca est une jeune femme mam de Todos Santos de 18 ans. Elle a pu étudier grâce aux efforts considérables de sa famille, à l'argent envoyé par ses frères aînés depuis les États-Unis, et enfin, récemment, à l'aide d'une bourse qu'elle a décrochée d'une ONG espagnole qui finance les études de jeunes filles rurales en situation d'extrême pauvreté. Rebeca me raconte la formation Aprofam qu'on lui a dispensée à l'école cette semaine. La formation s'appelait « *plática sur la jeunesse* » et portait sur « *les grossesses adolescentes* ». Dans l'école de Rebeca, tous les élèves doivent valider cette formation pour obtenir leur diplôme d'instituteur, de comptable, d'aide-soignant... Elle me montre les supports que sa classe a utilisés, dont un bébé électronique. Ils ont dû bien s'en occuper pendant plusieurs jours pour la validation du module, et on leur a fait remplir un dossier sur les besoins matériels d'un bébé.

**Rebeca - étudiante institutrice - 18 ans - mam de Todos Santos
- 30 mars 2014 -**

A - L'infirmière d'Aprofam elle vous a dit quoi dans la formation ?

R - Elle a dit que les femmes jeunes meurent quand elles ont un bébé, quand elles sont mineures et qu'elles ont un bébé elles meurent. Je sais plus si c'est pendant la grossesse ou au moment d'accoucher... Ou sinon elles ne grandissent plus et ne se développent pas parce qu'elles donnent toutes les vitamines au bébé. Parce que si les femmes ne se nourrissent pas bien, les enfants naissent en dénutrition. Aussi, on a vu que les hommes doivent avoir de l'argent, une maison, une profession, pour avoir une famille parce qu'on a fait les calculs pour les dépenses mensuelles pour un bébé c'est de 3540 quetzales (350 euros).

A - 3540 quetzales ? C'est quatre fois un salaire ! Qui peut dépenser ça pour son bébé ?

R - Oui, je vais même pas gagner ça comme institutrice !

A - Et comment ça s'est passé avec l'expérience du bébé électronique ?

R - Très difficile. Toutes ont dit que ça a été très difficile. Le bébé pleurait tout le temps. On nous a dit qu'on avait pas su bien s'en occuper. L'âge parfait pour avoir un enfant c'est 25 ans. Et on doit avoir que deux enfants.

A - C'est ce que tu penses ?

R - C'est ce qu'ils ont dit à Aprofam.

A - Et tes petites sœurs elles pleuraient comme le bébé d'Aprofam quand elles étaient bébé ? (Rebeca dormait avec ses parents et ses petites sœurs dans leur maison au village avant de partir étudier)

R - Ah non mes petites sœurs elles étaient très tranquilles, c'est toujours moi qui m'en occupais comme ma mère travaillait beaucoup.

Rebeca intègre paradoxalement le discours d'Aprofam tout en se confrontant au fait que la formation dispensée s'éloigne des réalités vécues par la plupart des mères qu'elle connaît. Un aspect de la formation lui a particulièrement plu car il visait à moraliser les comportements masculins. Elle me récite quelques phrases qu'elle a retenues : « *les hommes ne doivent pas obliger leur petite amie à avoir des relations sexuelles* », « *les hommes doivent utiliser des préservatifs quand ils ont des relations pour éviter les grossesses* », « *les hommes ne doivent pas aller avec beaucoup de femmes parce qu'ils peuvent avoir des maladies* ». Toutefois Rebeca n'a pas retenu grand-chose du dernier volet de la formation qui évoquait rapidement les MST, le sida, ainsi que la prostitution et l'homosexualité : « *On a appris que les homosexuels souffraient de transphobie, mais ici il n'y en a pas, je crois que seulement à la capitale, et ils sont discriminés parce qu'ils souffrent du sida* ». Elle me raconte enfin d'un air amusée que la formatrice leur a dit que les hommes doivent apprendre à « *faire des tâches de femmes* », « *les aider à s'occuper de leurs enfants* », qu'ils doivent « *orienter leurs enfants, les soutenir, et leur donner pour étudier* ». À ma demande, Rebeca a noté les questions de ses camarades de classe à la fin de la formation. Les jeunes hommes ont posé principalement des questions sur la sexualité, le VIH, les MST et l'usage du préservatif, les jeunes femmes ont plutôt interrogé le sexisme et les inégalités de genre : « *pourquoi les hommes obligent les femmes à avoir des relations sexuelles ?* », « *pourquoi les hommes sont jaloux alors qu'on fait tout pour eux ?* ». Elle me raconte ce que la formatrice a dit pour répondre à tout ça : « *C'est à cause du machisme. Mais si l'homme et la femme s'aiment réellement et restent toute leur vie ensemble, qu'ils planifient et agissent de manière correcte, ils ne vont pas souffrir et la situation du Guatemala va s'améliorer* ».

Dans sa formation, Aprofam passe des messages sur des modèles conjugaux et parentaux normalisés. La norme procréative promue par les institutions sanitaires guatémaltèques est maternelle. Maternelle en ce qui concerne la gestion de la maternité, mais également en ce qui concerne l'existence préalable de maternité. Si les femmes célibataires n'entrent pas dans les dispositifs des programmes de planification familiale, il en va généralement de même pour les femmes ou les jeunes filles n'ayant pas d'enfants. L'utilisation de moyens de contraception avant la première grossesse est très rare et stigmatisé, même par les professionnel·le·s de santé locaux, qui valorisent beaucoup la virginité avant de s'unir. Il existe donc de nombreuses grossesses adolescentes. Entre 2001 et 2015, le nombre de naissances chez les adolescentes est en constante augmentation dans le département de Huehuetenango, y compris dans les municipalités *ladinas*. Dans les municipalités indigènes, les femmes de 15 à 24 ans sont celles qui recensent le nombre le plus important de naissances. Après 24 ans, ce nombre décroît considérablement ²⁴.

24. www.sigsa.mspas.gob.gt/datos-salud/informacion-demografica.html

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 2 juillet 2014 -**

A - Il y a des patientes qui viennent pour planifier avant d'avoir eu leur première grossesse ?

H - Ça peut arriver mais c'est très rare. Dans les communautés c'est très rare que des personnes viennent s'informer avant d'avoir des rapports sexuels. Les seuls qui font ça ce sont des jeunes (hommes) qui viennent chercher des préservatifs. Parce qu'ils veulent économiser des frais. Ils ne veulent pas les acheter. Comme ils n'ont pas d'argent. Ce sont des gars qui traînent. Beaucoup de jeunes hommes là-bas sont comme ça. Dans tous les *municipios* (ruraux). Ils traînent dans la rue, n'étudient pas, ne travaillent pas, ils passent leur temps hors de chez eux et ils intègrent des *pandillas* (petits gangs).

L'incitation contraceptive affichée dans la formation de Rebeca contraste fortement avec un accès difficile aux structures de santé pour obtenir une contraception sans souffrir de stigmatisation, surtout dans les zones rurales. Certains jeunes hommes supportent toutefois une stigmatisation de déviance, pas uniquement liée à leur sexualité mais aussi à leur mode de vie, et se procurent des préservatifs dans les centres de santé. Pourtant, les responsables d'institutions insistent beaucoup plus que les personnels sur l'importance de ne pas avoir d'enfants trop tôt. Ils en parlent en termes de « *maturité émotionnelle, intellectuelle, économique, sociale* » pour bien élever et éduquer leurs enfants, en insistant sur la responsabilité des mères dans le devenir de leur progéniture.

**Lic Marcela - administratrice ONG Aprofam - 48 ans - *ladina*
- 8 octobre 2012 -**

Lic M - Là je vais faire passer une consigne au personnel pour que chaque fois qu'un test de grossesse préalable à une contraception est finalement positif, on détecte impérativement si l'enfant n'est pas désiré. Dans ce cas, il faut parler avec la personne pour la raisonner, pour ne pas qu'il y ait d'enfants abandonnés.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 30 avril 2013 -**

Une élève aide-soignante fait une charla dans le hall sur « les droits humains ». Tout son discours est tourné vers le droit des enfants et la responsabilité des parents : « l'enfant a le droit d'avoir une famille, de jouer, d'être bien nourri, d'étudier, de vivre dans une maison où ses parents lui montrent le bon exemple ».

Cette sur-responsabilisation maternelle conduit à dépolitiser totalement la condition tant infantile que maternelle, et les causes sociales des problèmes auxquels sont confrontés les enfants pauvres : dénutrition, abandon, travail précoce, analphabétisme... qui sont renvoyées uniquement à une défaillance parentale (et particulièrement maternelle), soit dans les méthodes culturelles d'éducation, soit dans le fait d'avoir engendré en trop grande quantité ou au mauvais moment. Aussi, les femmes sont tenues de transmettre cette même norme à leurs enfants :

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 21 février 2013 -**

La patiente pour le frottis a 46 ans. Bien que ça n'ait aucune pertinence, elle est interrogée comme toutes les patientes sur le nombre d'enfants qu'elle a eus. Elle a eu huit accouchements et quatre fausses couches. La gynécologue lui dit : « *puisque vous avez vécu ça, vous devez maintenant faire pression sur vos enfants pour qu'ils planifient, pour qu'il ne leur arrive pas la même chose* ».

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 17 avril 2013 -

Une patiente de 52 ans demande à ce qu'on lui fasse un frottis. La gynécologue l'interroge sur le nombre d'enfants qu'elle a eus. Elle a eu douze grossesses, dont un enfant qui est mort, ainsi qu'une fausse couche. La gynécologue rétorque : « maintenant vous devez dire à vos enfants qu'ils se protègent ! »

Il s'agit donc de moraliser les mères jugées « à risque » pour protéger les enfants, prévenir la négligence, voire l'abandon, et les adoptions informelles²⁵. Cependant, on peut s'interroger sur le sens d'une assignation à la maternité, doublée d'une responsabilisation accrue du rôle maternel dans la socialisation et le soin des enfants, d'autant plus dans une société où les enfants ne sont pas toujours élevés par la mère²⁶. Aussi, la responsabilisation des mères, dans une double injonction à la maternité et à la conjugalité, surplombe la dimension émancipatrice des femmes dans les discours sur la planification familiale. Lors des *charlas* qui précèdent la pose d'implants, le médecin d'Aprofam utilise d'ailleurs souvent une formule qui montre la prévalence de l'injonction à une maternité et à une conjugalité moralisée sur une émancipation des femmes, y compris de leur rôle social : « *réduire le nombre d'enfants permet de libérer du temps pour soi, et donc d'avoir du temps pour s'occuper de ses enfants et de son époux. Le rôle de la femme est très important dans la famille, pour le pays. Je vous félicite de ce que vous êtes en train de faire parce que c'est très responsable* ».

Le traitement de la question du viol sur mineures est particulièrement caractéristique de cette prévalence de la responsabilité maternelle sur l'émancipation et les droits des femmes. Lors d'un forum de santé sexuelle et reproductive à Huehuetenango en 2012 destiné à un public scolaire, Aprofam distribuait à tous les jeunes des t-shirts floqués avec le slogan : « *Éviter une grossesse durant mon adolescence c'est ma responsabilité!* ». Contredisant cette responsabilité, les dispositions juridiques prévoient qu'une grossesse chez une jeune femme de moins de quinze ans est automatiquement considérée comme issue d'un viol, pouvant entraîner des poursuites pénales (Ch7-I-2).

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 22 février 2013 -

Evi me demande de l'aider à afficher des panneaux de l'OMS et USAID sur la planification familiale, que Pasmu lui a confiés. Je remarque que la pilule du lendemain apparaît sur le panneau. Evi me dit qu'elle n'est légale qu'en cas de viol. Je lui demande pourquoi.

Evi - Parce que ce qu'il se passe c'est que, des fois, quand un bébé naît d'un viol, après la maman le méprise, le néglige, le tue ou qui sait, et donc imaginez le pauvre enfant ! Il va être abandonné et il va traîner dans la rue, faire de la délinquance, il va entrer dans un gang ou qui sait ce qu'il va faire. C'est pour ça qu'il faut utiliser donner cette pilule aux jeunes femmes en cas de viol.

Selon Evi, les grossesses problématiques issues des viols ne concernent que les femmes mineures. Pour elle, une femme mineure violée doit prendre « *le plan d'urgence* » (la pilule du lendemain), une femme majeure enceinte suite à un viol doit plutôt garder l'enfant et bien s'en occuper. Cela renvoie une fois de plus à la responsabilité des femmes face à la maternité et à la contraception, même pour les adolescentes. Ce n'est pas la protection de la jeune fille mineure victime du viol qui est prise en compte par Evi pour légitimer la légalité de la pilule

25. Capelli, « Cibler les mères célibataires. La production bureaucratique et morale d'un impensable social ».

26. Sanchez-Bringas, « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ».

du lendemain. C'est en priorité la protection de l'enfant issu du viol qui la légitime à ses yeux. Surtout parce que cet enfant constituera, d'après elle, un danger pour la société en raison du manque de d'affection et de soin maternel.

Comme l'ont démontré plusieurs auteur·e·s, les mères des milieux populaires apparaissent plus que les autres comme de potentielles « mauvaises mères » et font particulièrement l'objet d'une surveillance et d'un encadrement rapproché²⁷. Les travaux d'A. Faya montrent le souci de l'État brésilien de « corriger » et « d'éduquer » les femmes pauvres dans leurs pratiques affectives. Pour cela, les politiques de santé reproductive vont dans le sens d'une assignation individuelle à la maternité²⁸ : les femmes sont envisagées comme des (futures) mères, qui se voient attribuer une place sociale qui suppose le travail de *care* envers sa famille, mais aussi envers la société²⁹. Elles sont alors responsables de la reproduction de la nation et doivent s'y engager en faveur du bien commun, c'est à dire par l'incarnation de leur rôle maternel, qui passe notamment par la régulation normée des naissances³⁰. Cette mobilisation va largement définir leur socialisation à la citoyenneté. El Kotni et Faya (à paraître) notent que pour les femmes pauvres et racisées, devenir de bonnes (futures) mères est un premier pas vers la socialisation en tant que citoyennes et sujets modernes. Dans tous ces contextes, elles sont encouragées à produire, à partir de ces corps régulés, des changements culturels « *au nom de la modernité [...] Ces processus peuvent aussi contribuer à la formation de sujets néolibéraux pour lesquels l'État est absout de sa responsabilité envers les citoyens et les non-citoyens, et l'auto-formation devient un acte de citoyenneté* ».

Maternité publique *Casa materna* - Huehuetenango - 12 avril 2013 -

Dans le hall où attendent les patientes, trône une affiche du ministère public de santé et de l'UNICEF, composée en trois parties :

- à gauche : un gros plan sur une adolescente ladina en train d'étudier
- à droite : la jeune ladina, en tenue d'hôpital, qui vient d'accoucher d'un nouveau-né
- au bas : une jeune fille indigène qui porte son bébé dans les bras.

Sur l'affiche il est écrit « Être adolescente c'est difficile. Maintenant imagine-toi être une MÈRE adolescente ». Et plus petit : « un bon futur attend une personne qui met le sexe en attente ».

Sur cette affiche, la jeune femme indigène est montrée comme figure repoussoir dans la gestion reproductive et l'exercice de la maternité. La technique de prévention est d'encourager les adolescentes à pratiquer l'abstinence sexuelle, en aspirant à ressembler à la jeune femme *ladina* qui étudie. Ce message institutionnalise alors conjointement des normes féminines maternelles et procréatives, ainsi que des rapports sociaux et de hiérarchisation entre les « races »³¹.

3 « Ladiniser » la reproduction nationale

Comme on le voit dans l'affiche de prévention des grossesses adolescentes, les femmes indigènes ne sont pas perçues comme de « bonnes mères ». Les personnels de santé les incitent toutefois à faire mentir ce préjugé, en se mettant en conformité à leurs recommandations, en

27. Vozari, « Surveiller pour veiller sur en Protection Maternelle et Infantile » ; Camus et Oria, « Apprendre à être parent à la maternité » ; Cardi, « La construction sexuée des risques familiaux. »

28. Faya Robles, « De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. »

29. Gautier et Labrecque, *Avec une touche d'équité et de genre...*

30. Faya Robles, « La « police amie des mères » ».

31. Dorlin, *La matrice de la race*.

matière de contraception notamment. Pourtant, les pratiques des familles *ladinas* de classe moyenne et haute, qui emploient massivement des travailleuses domestiques indigènes pour s'occuper de leurs propres enfants, viennent contredire l'idée d'un *care* défectueux chez les mères indigènes³².

L'idée, évoquée par Evi, que les enfants nés de très jeunes mères, ou au sein de familles nombreuses, risquent de constituer un risque pour la société est répandue. Selon plusieurs professionnel-le-s interrogé-e-s, la violence juvénile serait la conséquence du manque d'attention et de tendresse de mères indigènes incapables de s'occuper convenablement de leurs nombreux enfants, générant des désordres psychoaffectifs. Les enfants issus de familles nombreuses pauvres sont alors perçus comme des dangers pour la société, en raison de leur penchant présagé pour la délinquance ou l'amoralité³³. Il existe ainsi une perméabilité de la conception de l'enfant pauvre entre victime à protéger et risque pour la nation et pour l'ordre mondial³⁴.

L'exemple fourni le plus souvent par les personnels de santé est celui des jeunes qui intègrent les gangs, les *mareros*³⁵, incarnations par excellence des « mauvais sujets »³⁶. Le *marero* est une figure masculine indigène urbaine qui incarne la barbarie, le défaut de limites morales. Il est aussi considéré comme un monstre issu de la violence de la guerre et des migrations, car certains *mareros* sont des orphelins de guerre ou des déplacés. Cet aspect confirme la piste psychopathologisante d'un défaut d'attention maternelle et donc de transmission de valeurs morales. Ici, ce sont donc les mères indigènes qui sont particulièrement stigmatisées par les personnels, car elles auraient plus d'enfants que les autres, et disposeraient de moins bonnes conditions de vie et d'outils moraux et culturels pour les élever. C'est pourquoi, en ciblant les mères indigènes, les programmes de réduction des naissances alimentent l'idée qu'elles sont particulièrement responsables du futur de la Nation, notamment en matière de pacification.

En effet, selon les institutions de planification familiale, la réduction du nombre d'enfants dans les familles pauvres participe à la « pacification » nationale et globale. Cette volonté de pacification des populations pauvres passe à la fois par une dimension autoritaire de sécurisation et d'éducation. C'est pourquoi des contrôles violents et répressifs de populations marginalisées cohabitent légitimement avec des pratiques d'éducation, dans une idéologie politique de la pacification. Les pauvres doivent à la fois être « surveillés et punis » et « disciplinés » par l'éducation³⁷. Au Brésil, on observe par exemple l'utilisation du terme « pacification » dans les processus conjoints de militarisation et de développement des politiques éducatives dans les *favelas*. S. Pacheco de Oliveira observe comment la gestion tutélaire des habitant-e-s des *favelas* à travers ces processus conjoints représente à la fois un mode de construction nationale d'identités brésiliennes hiérarchisées et un enjeu économique d'entrée de nouveaux territoires dans

32. Camus, *Ser indígena en ciudad de Guatemala*.

33. De Luca Barrusse, *Les Familles nombreuses*.

34. Scheper-Hughes et Sargent, *Small Wars*.

35. Le phénomène « *mara* », qui se retrouve au Guatemala, au Salvador et au Honduras, naît de groupes de jeunes originaires de ces pays mais ayant vécu aux États-Unis (orphelins ou enfants d'exilés de la guerre civile). Ils baignent dans la culture gang aux États-Unis, ce qui leur vaut d'être expulsés vers le Guatemala pour cause d'activités illégales. Ils forment et intègrent alors de nouveaux réseaux de délinquance et de crime organisés dans leur pays d'origine. Ces groupes vont alors servir de prodigieuses bases locales aux narco-trafiquants, déjà implantés au Guatemala grâce à la corruption d'un certain nombre de dirigeants et de hauts fonctionnaires. Dans un climat d'extrême pauvreté et d'exclusion, le phénomène de « *mara* » a rapidement connu une forte expansion dans tout le pays par la suite, recrutant de nombreux jeunes parmi les couches sociales les plus basses de la capitale guatémaltèque. La figure du « *marero* », et surtout son omniprésence dans les médias, a contribué à banaliser la violence, la peur et la répression.

36. Mira, Dutermé, et Giraldu, *Mauvais sujets dans les Amériques*.

37. Foucault, *Surveiller et punir*.

le marché néo-libéral³⁸. Il montre que la pacification, sous forme de colonisation et d'évangélisation combinée durant la conquête, procède de la même démarche raciste de « civilisation » et de contrôle que la « pacification » actuelle des favelas, dans un contexte où l'altérité est infériorisée et suspecte. Au Guatemala, on observe des motifs et dispositifs de « pacification » similaires, qui reproduisent une vision tutélaire des populations indigènes. Les discours autour de la maternité et de la planification familiale s'inscrivent donc dans l'idéologie de reproduction nationale et participent de la hiérarchisation entre différents groupes sociaux³⁹.

Les femmes sont souvent considérées comme vectrices de la transmission culturelle, à travers la façon de soigner, les habitus alimentaires, le rapport à l'environnement. . . Ce rôle les assignent à la responsabilité des « valeurs sociétales » qui émanent d'elles. Ce phénomène est accentué en ce qui concerne les femmes racisées. Sara Farris montre par exemple comment les travailleuses reproductives migrantes sont considérées comme des corps utiles aux générations futures. Elles sont encouragées à « adopter un mode de vie féminin occidental », afin de faciliter « leur propre intégration dans la société occidentale, mais aussi l'intégration de leur communauté d'appartenance ». Elle ajoute que « dans cette perspective, les femmes sont perçues comme les « vecteurs de l'intégration », sur un mode proche de l'assimilation »⁴⁰. La volonté de transformation culturelle à travers le contrôle sur le corps des femmes issues des minorités culturelles, ethniques ou religieuses a été également mise en lumière par Fanon pour le cas algérien. Il explique comment l'entreprise coloniale française a procédé, à partir de la question du port du voile, pour dichotomiser la culture du pouvoir de la culture minoritaire, tout en les hiérarchisant par le recours à des valeurs de l'ordre de l'universel du progrès social⁴¹.

Or, la vocation progressiste de la mission des professionnel·le·s de santé se matérialise parfois par leur utilisation du terme « *ladiniser* » comme synonyme d'éduquer. La « ladinisation » désigne le fait de rendre *ladino*, « d'occidentaliser », à travers la disparition des caractéristiques indigènes. Plusieurs auteur·e·s ont mis en avant la nécessité pour les Indigènes guatémaltèques de se « ladiniser » pour accéder à la reconnaissance citoyenne⁴². L'État-nation guatémaltèque s'est construit historiquement autour de l'affirmation de la culture *ladina*, en tant que culture nationale et du pouvoir (Ch1-II). Dès lors, s'ancre symboliquement la nécessité d'adopter des formes culturelles *ladinas* pour appartenir à la nation et être reconnu citoyen à part entière⁴³.

À travers le caractère conjoint du devoir contraceptif et de la transmission culturelle aux enfants se joue la responsabilité de l'engendrement national. « L'éducation » en planification familiale permet en ce sens d'intégrer les mères indigènes à l'identité nationale, tout en les maintenant dans une position subalterne. Les dispositifs de planification familiale étudiés s'articulent autour d'un cadre de la reproduction citoyenne à travers la définition d'une norme procréative spécifique que les mères indigènes guatémaltèques doivent adopter pour que leur soit accordé un statut de citoyennes, bien que ce statut ne leur permette pas, nous le verrons, d'exercer pleinement leurs droits.

38. Pacheco de Oliveira, « Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios ».

39. Cardi et al., « Penser les maternités d'un point de vue féministe ».

40. Farris, « Femonationalism and the “Regular” Army of Labor Called Migrant Women ».

41. Fanon, *L'an V de la révolution algérienne*.

42. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

43. Taracena Arriola, *Etnicidad, estado y nación en Guatemala*.

III Santé reproductive et planification familiale

1 Lier santé materno-infantile et planification familiale

1.1 Les visites médicales de « contrôle » de la mère et l'enfant

Sulfato ferroso / anotar numero de tabletas	8		
Acido folico / anotar numero de tabletas	4		
Vacunación madre (Td) / anotar dosis que se administre	19-6-014		
CONSEJERIA			
Alimentación durante el embarazo	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Señales de peligro embarazo	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Consejería pre/post prueba VIH	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Plan de parto	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Plan de emergencia familiar y comunitario	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Lactancia materna exclusiva / MELA	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Otros metodos de planificación familiar	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Importancia del control posparto	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Vacunación y cuidados del recién nacido/a	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

Tomas

Support de consejería - Centre de santé de Todos Santos

Observation service de planification familiale - C.A.P de Todos Santos - 19 juin 2014 -

L'infirmière reçoit une jeune femme enceinte pour sa « réunion prénatale ». C'est un dispositif de *consejería* présenté comme obligatoire pour les femmes enceintes, où le personnel de santé expose une liste de recommandations. L'infirmière suit un à un les thèmes qu'elle doit aborder dans ce dispositif (cf photo) et édicte des normes de conduite en mam. Elle dit à la jeune femme de ne pas manger des tortrix (chips) et de la nourriture emballée parce qu'il n'y a pas de vitamines. Elle lui dit qu'elle doit faire un test VIH « *pour savoir si elle va contaminer son bébé* ». Elle lui dit qu'elle doit allaiter exclusivement son bébé, parce que le café ne contient pas de vitamines. Elle lui dit qu'elle doit vacciner son enfant car il peut attraper une maladie et mourir. Elle lui dit de faire un « plan d'accouchement » (avoir tout préparé : les habits et couvertures pour le bébé et pour elle, la personne qui l'accompagnera, etc...) et un « plan d'urgence » (dire au mari de mettre de l'argent de côté en cas de complications, décider où aller). Sans l'examiner, elle fait une ordonnance de compléments alimentaires, de vitamines et de sulfate de fer... Elle ajoute sur l'ordonnance un médicament pour soigner l'infection urinaire qu'elle a diagnostiqué car la patiente s'est plainte de douleurs pour uriner à une aide-soignante. L'infirmière me dit : « *j'ajoute ce médicament pour ne pas qu'elle fasse une fausse couche* ». À aucun moment de la *consejería* l'infirmière demande à la patiente, qui est restée silencieuse durant toute la consultation, si elle a des questions.

L'infirmière me confie : « *comme elle est mineure, je lui ai dit qu'elle devait accoucher à l'Hôpital parce que sinon, elle ou le bébé pouvait mourir* ». L'infirmière coche tous les thèmes abordés, dont la planification familiale sans en avoir encore parlé. Comme l'ensemble du personnel qui réalise cette *consejería* pré-natale, elle préfère parler de la planification familiale « *après que la patiente ait vu l'éducatrice* ». On accompagne donc la jeune femme dans le bureau voisin, où l'éducatrice va la peser. Elle est en dessous du poids indiqué sur le graphique, comme cela est souvent le cas, les courbes étant inadaptées aux morphologies locales. L'éducatrice prend un ton sévère et menaçant et lui dit qu'à la consultation du mois prochain elle doit avoir augmenté son poids de plusieurs livres. Elle lui dit de manger des fruits, des légumes, de la viande et du poulet car sinon elle va « *mettre le bébé en dénutrition* ». L'éducatrice dit à la patiente qu'elle est trop maigre pour accoucher chez elle et qu'elle doit accoucher à l'Hôpital, sinon elle va mourir et son bébé aussi. Elle lui dit qu'elle aura du mal à récupérer de son accouchement et qu'il faut qu'elle utilise un implant ou un stérilet directement après avoir accouché. Puis l'infirmière et l'éducatrice répètent à la jeune fille qu'elle doit venir le mois prochain, que les « *contrôles prénataux* » mensuels sont obligatoires, tout comme les « *contrôles post-nataux* » et les vaccinations. Chacune de ces consultations répétées se déroulent de la même façon.

**Faustila - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam - Interprète R.
- 15 avril 2014 -**

A - Tu connais le centre de santé de Todos Santos ?

F - Oui. Pour les vacciner, les peser... (ses trois jeunes enfants)

A - Et tu parles avec les personnes qui travaillent au centre de santé quand tu y vas ?

R et F - *parlent en mam*

R - Elle dit qu'elle ne parle pas avec eux, seulement ils lui disent que les enfants doivent être propres, qu'ils doivent augmenter en poids, qu'elle doit bien les alimenter... Parce qu'ils disent que les enfants n'ont pas le bon poids, qu'ici les enfants sont en dénutrition. Elle dit qu'ils grondent beaucoup quand les enfants n'ont pas le bon poids, mais elle va toujours les vacciner.

R et F - *parlent en mam*

R - Chaque fois qu'elle part vacciner on lui dit qu'elle doit utiliser les méthodes pour ne pas avoir d'autre bébé. Et aussi des fois elle doit participer à des réunions où on leur dit qu'elles doivent utiliser ces méthodes.

La plupart des femmes interrogées disent avoir pris connaissance des méthodes contraceptives dans le cadre des consultations pré et post-natales, particulièrement lors des vaccinations de leurs enfants. D'ailleurs, plusieurs d'entre elles profitent de consultations liées à la santé de leur enfant, ou à leur santé gynécologique, pour demander des informations sur les méthodes de contraception, voire s'en faire administrer une en cachette (Ch10·III·2). Les campagnes de vaccinations obligatoires sont très présentes à Huehuetenango. Le pourcentage d'enfants vaccinés est beaucoup plus important à Huehuetenango (81,6%) que dans le reste du pays (71,6%), selon des chiffres de 2008⁴⁴. Malgré ces taux élevés de vaccination, les indicateurs de santé materno-infantile sont très mauvais sur tout le département, notamment en raison des conditions sociales difficiles. Pourtant, les structures de santé rendent les mères responsables de ce mauvais indicateur. C'est pourquoi, on demande aux femmes enceintes d'assister à des visites médicales de « *contrôle* » au cours de leurs grossesses et pendant les premières années de l'en-

44. PNUD, Arriola Quan, et Escobar, *Cifras para el desarrollo humano Guatemala*.

fant. Les personnels présentent ces visites comme obligatoires en invoquant différents types de menaces et contraintes, telles que la suppression d'aides sociales (Ch5-IV-3). Au cours de ces consultations répétées, les femmes sont encouragées à donner naissance dans des structures hospitalières, pourtant peu accessibles, et à utiliser les méthodes contraceptives « préconisées »⁴⁵.

Dans les structures publiques de santé, les services liées à la maternité, à la planification familiale entrent dans un complexe de dispositifs liés à la « santé materno-infantile ». En effet, au centre de santé de Todos Santos comme à l'Hôpital départemental, les personnels affectés « à la planification familiale » sont également affectés « à la maternité », à la santé gynécologique⁴⁶, à « la vaccination » et à la « santé des enfants en bas âge ». Cette organisation des services permet de capter les patient·e·s en planification familiale par le biais des consultations en santé gynécologique, maternelle et infantile (la vaccination notamment), qui deviennent les espaces privilégiés de l'application des programmes de planification familiale.

Les gynécologues rencontré·e·s s'accordent à dire que même si l'OMS recommande trois ans d'écart entre deux frottis, au Guatemala on recommande un an d'écart seulement. Cela permet de s'assurer que les patientes réalisent ces frottis et se rendent régulièrement dans les structures de santé. À l'Hôpital, les frottis se réalisent dans la « clinique de planification familiale ». En étudiant les registres, on observe que beaucoup de femmes reviennent moins d'un an plus tard renouveler leur frottis, parfois au bout de quelques mois. L'aide-soignante explique que ce sont les postes de santé qui les envoient refaire des frottis dès qu'elles ont des problèmes gynécologiques. Pourtant, je remarque que moins de la moitié des patientes viennent chercher les résultats du frottis, même quand elles payent le supplément pour que les analyses soient envoyées dans un laboratoire privé, afin d'accélérer le processus de remise des résultats. La gynécologue qui les réalise à l'Hôpital pense que la plupart des femmes qui viennent pour un frottis ne savent pas à quoi sert l'examen : « *des fois elles viennent juste parce qu'elles ont des sécrétions ou des douleurs et elles pensent que le frottis sert à soigner les infections* ». Pourtant, cette gynécologue qui tire ce constat et pratique jusqu'à quinze frottis par jours, n'explique jamais aux patientes en quoi cet examen consiste. Souvent, le fait qu'il s'agit d'un examen et qu'il faille venir chercher les résultats n'est même pas mentionné aux patientes. L'observation des pratiques de frottis par les personnels de la clinique peut parfois laisser penser qu'ils ne sont qu'un prétexte pour parler de planification familiale avec des patientes qui souffrent de problèmes gynécologiques. En effet, la planification familiale est systématiquement évoquée dans cet espace de consultation, quel que soit le motif de la visite des patientes. L'aide-soignante Evi estime d'ailleurs qu'il est d'autant plus important que les femmes reviennent le mois suivant chercher leurs résultats de frottis, afin « *de contrôler si elles ont bien suivi les conseils de planification familiale qu'on leur a donnés lors du frottis* ». La recherche de soin en santé gynécologique sert alors de tremplin à la promotion de méthodes contraceptives. Aprofam joue aussi sur ce tableau pour inciter les femmes à se présenter lors des *jornadas*, en laissant penser qu'ils y réaliseront des frottis.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Sebastián Coatán - 25 avril 2013 -

Une employée du poste de santé vient voir l'éducatrice d'Aprofam pour savoir s'ils peuvent réaliser des frottis à plusieurs patientes qui le souhaitent, comme cela est écrit sur l'affiche qui annonçait la *jornada*.

45. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

46. Notons que la santé sexuelle est très peu présente en terme de prévention des IST, MST et VIH, mais plutôt dans la prise en charge d'affections vaginales et utérines, la réalisation de frottis...

Le soir, je demande à l'éducatrice pourquoi Aprofam n'enlève pas la mention du frottis de l'affiche des *jornadas* alors qu'ils n'en ont jamais faits. Elle répond qu'elle ne sait pas, que souvent elle le barre de l'affiche parce qu'elle trouve ça incorrect « *parce que des femmes qui ont déjà une méthode contraceptive viennent de loin à la jornada pour un frottis et elles se sont déplacées pour rien* ». Elle me dit que parfois, comme pour cette *jornada*, elle ne l'a pas barré parce que la médecin responsable du centre de santé lui a demandé de le laisser pour pouvoir capter plus de patientes : « *elle m'a dit qu'elle assurerait elle-même les frottis mais elle ne l'a pas fait, je crois qu'elle n'en a jamais eu vraiment l'intention* ».

Evi l'aide soignante en charge de la clinique de planification familiale de l'Hôpital affirme régulièrement « qu'avoir beaucoup d'enfants donne le cancer du col de l'utérus ». Aussi, dès qu'une femme qui a beaucoup d'enfants présente des maux gynécologiques, Evi tend à relier ces maux au parcours reproductif des femmes sur un ton culpabilisant. La gynécologue qui écoute Evi faire ces liens parfois incorrects ne la contredit jamais devant les patientes, mais rectifie l'information auprès d'Evi en privé postérieurement. Il est difficile de savoir si le silence de la gynécologue face à la patiente s'explique par sa volonté de ne pas contredire un autre personnel médical pour ne pas abîmer l'image de la profession, ou bien parce qu'elle estime bénéfiques les processus de culpabilisation employés par Evi en reliant parfois maladroitement santé gynécologique et nombre de grossesses.

1.2 Baisser le taux de mortalité materno-infantile

Le service d'indicateurs en santé de l'État guatémaltèque ne fournit pas de résultats précis concernant le nombre de morts maternelles et infantiles et leurs causes, afin de les réduire⁴⁷. Pourtant, la représentation selon laquelle un nombre élevé d'enfants par femme correspond à un nombre élevé de morbidité et de mortalité materno-infantile est une évidence pour l'ensemble des personnels de santé interrogés.

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam - 18 juin 2014 -

C - Tu sais on tient des registres. Et bien en 2011, 2012, 2013 les naissances ont augmenté de 20%. Donc on trouve tous ça préoccupant ! Parce que ce à quoi on a réfléchi en réunion, c'est que c'est l'élément de base pour ne pas avoir de mortalité maternelle et de mortalité infantile. Et nos résultats sont encore faibles.

L'Observatoire en Santé Sexuelle et Reproductive (OSAR) de Huehuetenango est un consortium d'ONG et d'institutions publiques et privées, actrices de programmes en lien avec la santé reproductive au sein du département, et qui se définissent comme « engagés ». Au cours des réunions de coordination entre les différent-e-s représentant-e-s qui participent à ce consortium, la réflexion est orientée vers un seul objectif : la réduction de la mortalité materno-infantile. La planification familiale est conçue uniquement comme un moyen pour faire baisser le taux de mortalité materno-infantile. Pour cela, les organisations participantes considèrent que la baisse drastique de la fécondité des femmes pauvres rurales est le moyen principal de diminution de ce taux. Leur perspective primaire va alors dans le sens d'actions éducatives et sanitaires visant à massifier chez ces femmes l'utilisation de contraceptifs médicalisés, de préférence durables et définitifs. Leur perspective secondaire consiste à promouvoir des dispositifs éducatifs pour retarder l'âge de la première grossesse. Paradoxalement, ces dispositifs, uniquement organisés dans la zone urbaine de Huehuetenango et tournés vers les structures scolaires,

47. www.sigsa.mspas.gob.gt/datos-salud/estadisticas-vitales.html

ne touchent pas le public jugé « à risque » par ces organisations : les jeunes filles indigènes rurales. Leur troisième perspective est de « sécuriser les accouchements », c'est à dire mettre en place des méthodes pour convaincre les femmes indigènes rurales qui ont « la coutume » d'enfanter chez elles avec une sage-femme de la communauté, de se diriger dorénavant vers des structures médicalisées, où des personnels médicaux prendront en charge leur accouchement.

La baisse des taux de mortalité maternelle et infantile est devenue pour les pays du Sud une priorité dans les politiques sanitaires, notamment car elle constitue un indicateur du développement des États. Elle constitue deux des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4 et 5), définis par les Nations Unies. La santé publique internationale a introduit le thème de la mortalité maternelle lors de la conférence de Nairobi de 1987 de la Banque mondiale, l'OMS et l'UNFPA. Cela a initié des projets locaux qui définissaient comme objectif prioritaire la réduction des taux de mortalité maternelle⁴⁸. Les gouvernements justifiaient alors souvent leur politique démographique sur le bien-être féminin, en s'appuyant sur diverses enquêtes visant à démontrer les effets nocifs de nombreuses grossesses pour la santé des femmes et des enfants⁴⁹.

Fassin et Defossez critiquent la préoccupation exclusive des responsables sanitaires pour la mortalité maternelle qui « *revient implicitement à confiner les femmes dans leur rôle de mères et à réduire la féminité à la fonction de reproduction biologique* ». Cela renforcerait l'idéologie commune, et par là-même les inégalités et les discriminations envers les femmes. Il faut alors s'interroger sur les raisons d'aborder la santé des femmes uniquement sous l'angle reproductif en négligeant de considérer les problèmes des femmes dans leur globalité, notamment concernant leurs conditions de vie et de travail⁵⁰. Dans ce cadre, on peut une fois de plus relever le paradoxe de la difficulté pour les adolescentes pauvres et rurales de s'informer sur la planification familiale, la santé reproductive et plus généralement sur leurs droits, et de se fournir facilement en méthodes contraceptives, alors même que leurs grossesses sont considérées comme les plus « à risque ». Les taux de mortalité materno-infantile ne peuvent s'ancrer que dans des considérations d'ordre spatiales ou culturelles, et des études qualitatives plus approfondies prenant en compte un ensemble de critères sociaux doivent être menées pour comprendre et analyser ces taux différenciés, marqueurs d'inégalités⁵¹.

Pourtant, l'OSAR trouve uniquement des réponses culturelles aux écarts d'indicateurs de santé materno-infantile du département par rapport à d'autres régions. C'est pourquoi, la fécondité élevée des femmes indigènes rurales ou leur pratique de l'accouchement à domicile en tant que phénomènes perçus comme « culturels », font partie intégrante des réflexions qui guident les programmes d'actions de l'OSAR. Dans les rapports institutionnels sur la santé reproductive, l'accouchement à domicile, appelé « traditionnel », est fortement réprouvé en raison du taux élevé de mortalité maternelle et infantile qu'on lui attribue, bien qu'il soit difficilement évaluable. Les rapports enjoignent donc les centres de santé ruraux à mettre en place des dispositifs de captation des femmes indigènes enceintes pour qu'elles accouchent dans des milieux médicalisés. Chaque centre de santé du département arbore une affiche pour les y inciter qui, dans sa formulation, semble plutôt destinée à l'attention du personnel. Il est écrit :

« *Venez accoucher au Centre de santé. Les femmes enceintes changent leurs coutumes et viennent à nous chercher de l'aide. Changeons pour respecter leur culture et leur apporter le service qu'elles méritent. Changeons pour la vie* »⁵².

48. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ».

49. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

50. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ».

51. Fassin et Defossez.

52. Texte d'une affiche du Ministère de Santé Publique, disposée en 2013 sur la façade des centre de santé



1.3 Accouchement médicalisé et stérilisation

**Gaspar -Todos Santos - 35 ans - mam
- 21 juin 2014 -**

G - La dernière fois que ma femme était enceinte, je l'ai accompagnée au poste de santé pour son « contrôle » de grossesse. Ils nous ont dit qu'elle n'avait pas pris assez de poids. Et donc qu'il ne fallait pas qu'elle accouche à la maison, que c'était mieux qu'elle aille accoucher au centre de santé ou à l'Hôpital pour qu'elle ne meurt pas ou que le bébé ne meurt pas. Ils ont dit qu'il fallait être très attentifs. Ils nous ont donné ce type d'orientations.

A - Alors elle a accouché au centre de santé finalement ?

G - Non, à l'Hôpital. Parce qu'au final ils nous ont dit que c'était mieux comme c'était déjà notre troisième enfant, et qu'on n'en voulait pas plus. Ils nous ont dit que comme ça, à l'Hôpital, ils pouvaient l'opérer directement pour ne plus avoir plus d'enfants.

La médicalisation de la grossesse et de l'accouchement permet notamment d'augmenter les taux de stérilisation, car celles-ci se réalisent le plus souvent le lendemain des accouchements par voix basses, ou conjointement à une césarienne. Les accouchements par césariennes entraînent généralement une acceptation plus importante des patientes pour la stérilisation. Parfois, c'est parce que la crainte d'une opération, d'une intrusion corporelle, est relativisée par la réalisation conjointe de la césarienne. Mais surtout, c'est en raison des modes de persuasion accrus des ruraux. Elle représente un médecin qui accueille une femme enceinte en tenue indigène.

personnels médicaux. Ils formulent de façon mensongère des interdictions légales à accoucher par voie basse après une première césarienne et à accoucher plus de trois fois par césarienne. Les césariennes ont aussi souvent lieu après des complications difficiles, parfois mal prises en charge par les personnels médicaux, ce qui donne des arguments supplémentaires pour convaincre la patiente de signer le consentement de stérilisation, avant qu'elle passe en salle d'opération pour sa césarienne. A. Gautier montre comment les parcours contraceptifs des femmes mayas yucatèques sont surdéterminés par la préférence institutionnelle pour la ligature. Elle observe à ce sujet que l'accouchement en structure médicale joue un rôle important dans ce contexte. Elle soupçonne une sur-utilisation des césariennes, car on sait qu'elles facilitent l'acceptation de la stérilisation⁵³. À l'Hôpital de Huehuetenango environ 30 % des naissances se font par césarienne, ce qui est considérable dans une structure publique pour qui les césariennes ont un coût financier important.

L'Hôpital de Huehuetenango réalise une centaine de stérilisations par mois. Sur ces 100 stérilisations mensuelles, environ 10 s'effectuent durant une césarienne, 55 le lendemain d'un accouchement par voie-basse, 5 durant le « lavement » d'une fausse couche, 30 par volontariat spontané. A. Gautier note que, malgré certaines contre-indications médicales, la politique de la sécurité sociale mexicaine « recommande les stérilisations post-partum parce que les femmes répugnent à revenir à l'hôpital et à laisser de nouveau leurs enfants seuls à la maison »⁵⁴. À l'Hôpital de Huehuetenango, des responsables jugent que les femmes qui viennent d'accoucher doivent impérativement sortir de l'Hôpital avec une méthode contraceptive durable. Pour cela, diverses stratégies sont utilisées en direction des personnels, pour les convaincre ou les contraindre de mener les efforts nécessaires à la pose contraceptive systématique. La santé physique et la fragilité psychologique de certaines patientes dans ce contexte d'accouchement à l'hôpital sont peu prises en compte, à un moment où ces femmes sont souvent seules et affaiblies. Il s'agit même de tirer profit de leur vulnérabilité.

Observation à la maternité de l'Hôpital de Huehuetenango - 22 avril 2013 -

Le stratagème de la gynécologue Irina pour pousser les personnels de la maternité à convaincre des patientes de se faire poser un DIU le lendemain de leur accouchement a fonctionné (Ch3-II-1). On ferme la clinique de planification familiale et on se rend à la maternité. Deux jeunes femmes mam de 17 et 20 ans attendent devant la salle d'accouchement, où on va leur poser le stérilet. On discute avec elles longuement de leur accouchement de la veille, le temps que la salle soit opérationnelle. Visiblement détendues du fait que l'on s'intéresse à elles, elles sourient et se mettent en confiance. La gynécologue, qui d'habitude n'a jamais le temps, les écoute et les questionne. Les jeunes femmes s'aident entre elles pour traduire en espagnol les mots qu'elles ne connaissent qu'en mam. Sorties de leurs réserves, elles posent des questions sur le stérilet, sur les douleurs à la pose, comment il s'enlève, si ça abîme la matrice. . . L'une des deux, Aída, a accouché il y a plus de 24 heures et n'a pas encore vu son bébé. Elle dit « *ils l'ont amené et ils ne me disent toujours rien. Ils ont juste dit que c'était un garçon* ». Elle passe en premier. C'est une médecin de la maternité qui fait la pose. Elle commence par lui « nettoyer la matrice » en introduisant et remuant ses doigts dans son appareil génital pour sortir des caillots de sang de l'accouchement. Aída est surprise de cette manœuvre, elle souffre énormément et gémit. Les infirmières autour d'elles lui disent « *tranquille, vous êtes trop nerveuse là!* ». Aída pleure. La médecin qui pose le stérilet s'y prend à plusieurs reprises car elle n'y arrive pas et charcute Aída qui se tord de douleur.

53. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

54. Gautier.

Enfin, un autre médecin prend le relais. Au bout de plusieurs essais très douloureux, elle parvient enfin à le poser. On aide Aída à se lever qui vomit puis s'évanouit. Des aides-soignants la transportent jusqu'à la chambre pendant que la gynécologue Irina, éprouvant soudainement de l'empathie pour Aída, demande que quelqu'un se renseigne sur ce qu'il s'est passé avec son bébé. La seconde patiente, qui a assisté à toute la scène, dit qu'elle ne veut plus qu'on lui mette un stérilet. La médecin de la maternité insiste « *ne vous inquiétez pas, c'est juste que l'autre était très nerveuse. Vous êtes très jeune pour avoir un autre bébé* ». La jeune fille, qui sent qu'elle s'en sortira difficilement par un simple refus, demande à ce qu'on lui mette l'injection à la place. La gynécologue lui dit de mettre plutôt l'implant. La patiente répond : « *je veux d'abord le voir* ». La gynécologue l'amène à la clinique de planification pour lui montrer l'implant. L'aide-soignante Evi qui a assisté à la scène se plaint : « *qu'ils mettent du bon personnel ! j'ai vu Sonia l'aide-soignante qui disait des choses à la jeune fille pendant qu'on posait le stérilet à l'autre et ça la rendu nerveuse et c'est pour ça qu'elle ne veut plus mettre la T ! C'est que si le personnel n'est pas convaincu, comment vont-elles convaincre les patientes !* ». La gynécologue dit : « *c'est quand même mieux de le mettre directement au moment de l'accouchement parce qu'après elles deviennent très sensibles* ».

Cet épisode de violences obstétricales montre bien la priorité de la pose contraceptive sur le bien-être des femmes. Aussi, la pose de méthodes contraceptives ou les stérilisations en urgence au moment des accouchements semblent souvent relever d'un coup de force de l'autorité médicale face à des patientes affaiblies. Selon Connelly, l'idée selon laquelle la stérilisation des femmes pauvres du Nord comme au Sud doit se mener dans l'état d'affaiblissement du post-partum est une évidence pour les développeurs des programmes de planification familiale⁵⁵. Aussi, les personnels de santé estiment profiter d'un contexte où les femmes « *se laissent mieux convaincre* », mais où elles peuvent changer d'avis rapidement. Dans ce moment privilégié et instable du processus de persuasion, l'intervention contraceptive devient alors une « urgence », selon la terminologie utilisée par certains personnels de santé, bien que l'état de santé des patientes puisse contre-indiquer ces interventions. De la même manière, les femmes persuadées de vouloir être stérilisées ne sont jamais prioritaires, car elles ne sont plus à convaincre. Et ce, même quand les risques d'une nouvelle grossesse ou de la prise de contraceptifs hormonaux pourrait compromettre fortement leur état de santé. Par exemple, à l'Hôpital, une patiente qui réclamait vivement la stérilisation s'est vue reporter l'opération plusieurs fois durant deux mois alors qu'elle n'utilisait pas de contraception, qu'elle avait déjà accouché trois fois par césarienne et qu'elle était porteuse du VIH.

Les structures et personnels de santé essaient de suivre les recommandations de l'OMS, mais décident parfois de passer outre si l'enjeu de planification est considéré plus important que l'enjeu de santé. Par exemple, l'OMS déconseille d'utiliser l'implant dans les premières semaines de post-partum pour les femmes qui allaitent (protection hépatique). Pourtant, dans les faits, il arrive régulièrement que les personnels de santé passent outre cette recommandation, même s'ils la connaissent et l'estiment justifiée. Il en va de même sur le nombre de jours post-partum à partir duquel on peut réaliser une stérilisation féminine. L'OMS est vraiment la référence ultime pour les personnels médico-sociaux dans l'orientation de leur pratique, seulement ils estiment avoir une expertise du terrain qui leur permet légitimement d'user une marge de manœuvre dans l'application des directives. Ils réinterprètent ainsi de manière culturaliste des normes internationales⁵⁶ (Ch6). D'autre part, les recommandations de l'OMS en terme de

55. Connelly, *Fatal Misconception*.

56. Jaffré et Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière*.

bons traitements des patient·e-s, notamment dans le cadre de la santé reproductive⁵⁷, sont peu connues et peu appliquées. Les références vont plutôt vers les recommandations de l’OMS sur la nécessité de planifier et les stratégies à entreprendre dans cet objectif en post-partum⁵⁸.

1.4 Primat des impératifs néo-malthusiens sur la santé des femmes

L'ordre de passage des patientes à la clinique de planification familiale est très aléatoire. Souvent, la gynécologue et l'aide-soignante tombent d'accord pour faire passer les femmes qui veulent se faire stériliser en premier, suivies de celles qui veulent que la gynécologue leur pose un stérilet ou un implant, pendant qu'Evi injecte parallèlement les contraceptions hormonales et distribue pilules et préservatifs. Puis, elles font passer les patientes pour les frottis, qui sont généralement celles qui ont des problèmes gynécologiques. En dernier, entrent les patientes qui viennent pour des motifs divers, tels que le retrait d'un implant ou d'un stérilet. Cet ordre de passage marque le désintérêt des institutions publiques dans le traitement d'autres problèmes liés à la santé reproductive et à la santé des femmes plus généralement, qui ne soient pas directement en lien avec la planification familiale. Les effets secondaires des méthodes contraceptives ou les complications liées à l'opération sont minimisés voire ne sont pas contrôlés par un suivi des patientes, ce qui peut engendrer des troubles importants de la santé. Dans le cas des campagnes de stérilisations au Pérou de 1996 à 2001, les mauvaises conditions d'opération ainsi que la non-prise en compte des complications provoquées par certaines opérations ont provoqué une aggravation importante de l'état de santé de beaucoup de femmes quechuas péruviennes, jusqu'à occasionner la mort pour quelques unes d'entre elles⁵⁹. Aussi, les femmes se sentent souvent frustrées ou déçues du manque de considérations pour leurs santé et bien-être dans le cadre de la planification familiale, comme en témoigne Alma :

**Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

Al - Je prenais l'injection depuis cinq ans. Ça m'a fait grossir et mes règles ne coulaient pas. Donc après j'ai pris la pilule pendant un an. Et mes règles ont coulé.

A - C'est au centre santé qu'on t'a proposé de changer de méthode ?

Al - Non, j'y suis allé et j'ai dit directement que je voulais changer et prendre la pilule.

A - On ne t'a pas demandé pourquoi tu voulais changer ?

Al - Non, on ne m'a rien demandé, parce les infirmières, ou ceux qui reçoivent les patients ils s'en fichent de la santé de la femme.

A - Qu'est ce qui te fait penser qu'ils s'en fichent ?

Al - Parce qu'ils ne posent pas de questions, ils s'en fichent de ce qu'on ressent. Les autres femmes se rendent compte de ça aussi, on sait toutes qu'ils ne se préoccupent pas vraiment pour notre santé. Toutes les femmes qui ont des problèmes avec l'injection par exemple. Et ils ne font rien, ils s'en fichent, ils continuent de les injecter, même quand elles se sentent mal à cause de ça.

Un des facteurs de la perte de confiance des femmes dans l'institution médicale est de sentir que les personnels ne sont pas préoccupés par leur bien-être. Aussi, les patientes se rendent bien compte que la planification familiale est une priorité pour les professionnel·le-s, et invoquent

57. OMS, « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins ».

58. OMS, « OMS | Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum ».

59. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

même ponctuellement une démarche contraceptive pour profiter de leur attention et faire traiter un problème de santé qui est tout autre (Ch10·III·1)

2 Intégrer les *comadronas* (sages-femmes traditionnelles) aux dispositifs

Renato, un éducateur Aprofam m'expliquait qu'il y a des années, il était difficile de faire entrer les méthodes contraceptives dans les communautés. Face à ce constat, l'idée d'Aprofam a été de convaincre en premier lieu des *leaders* communautaires. Certain·e·s deviendraient par la suite des « promoteur/rice·s de santé », en revendant des méthodes contraceptives et d'autres médicaments fournis par Aprofam, pour lesquels ils pourraient tirer une marge de bénéfice. Selon Renato, peu de *leaders* communautaires voulaient s'impliquer dans ce projet dans un premier temps, parce qu'ils avaient peur que cela leur coûte leur réputation et donc leur statut et leur pouvoir. Renato me raconte même qu'à l'époque, les formations dispensées par les éducateurs d'Aprofam aux *leaders* communautaires prêt·e·s à assumer ce rôle de diffusion et de promotion de contraceptifs, se déroulaient le plus souvent de nuit, dans le secret. La stratégie de convaincre des *leaders* communautaires pour qu'ils/elles deviennent des promoteur/rice·s d'une nouvelle pratique n'est pas une idée isolée. C'est un procédé classiquement utilisé dans le cadre de programmes de développement visant à la transformation de pratiques « traditionnelles » jugées nocives pour les populations. Les Nations Unies et plusieurs États ont par exemple piloté plusieurs campagnes visant à l'abandon de l'excision, sous ce modèle de soutien à des ONGs locales, qui s'attellent ensuite à convaincre des *leaders* communautaires (politiques, religieux, charismatiques...), souvent à l'aide de moyens de compensation, à collaborer à des actions allant vers la disparition de cette pratique dans les villages. Les *leaders* communautaires sont des personnes qui ont une aura ou une fonction particulière dans la communauté, qui les rend susceptibles d'être écouté·e·s et suivi·e·s par d'autres habitant·e·s. Au Guatemala, parmi les *leaders* communautaires féminines, on trouve très souvent des sages-femmes « traditionnelles », appelées *comadronas*. On peut expliquer ce statut du fait de leur savoir, du soin qu'elles apportent, de leur fonction indispensable et de l'ampleur de leur réseau, dans les communautés guatémaltèques (Ch10·IV).

Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino* - 2 juillet 2014 -

H - Dans les cours sur la « *culture maya* » qu'on a eu dans la formation, on a vu aussi en quoi consistait le travail des *comadronas*. Elles font pas mal de choses : soigner des maladies, accompagner les accouchements, elles font même de la sorcellerie. C'est intéressant de savoir comment elles travaillent, mais pour la culture générale surtout, mettre leurs pratiques en lien avec la cosmovision qu'elles ont. Parce qu'au final ce qu'elles font est totalement éloigné de ce que nous faisons.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Juan Ixcoy - 26 avril 2013 -

Une éducatrice *ladina* du centre de santé se plaint à la gynécologue d'Aprofam : « *c'est difficile de convaincre les femmes enceintes de prendre l'acide folique, parce que les femmes disent que les comadronas leur donnent leurs herbes !* ». La gynécologue fait une tête de désapprobation et répond : « *c'est que les personnes qu'il faut convaincre c'est d'abord les comadronas, et après les femmes suivront !* ».

À l'image de cette discussion entre la gynécologue et l'éducatrice, le discours institutionnel sur les *comadronas* est très ambivalent. D'une part, elles sont considérées comme les représentantes d'un modèle opposé à des normes relevant de la médecine moderne occidentale, et d'autre

part, elles sont envisagées comme des alliées potentielles, voire privilégiées, pour permettre la diffusion de ces normes auprès des femmes des communautés. Pour les institutions de santé, par la formation des *comadronas*, en favorisant la proximité et le rapport de confiance, il devient possible d'amener les femmes indigènes à se laisser conduire plus facilement en centre de santé, et à les convaincre de l'importance et de la supériorité de la bio-médecine⁶⁰. Une des stratégies des programmes étatiques est de constituer ces sages-femmes en partenaires de l'abandon de « coutumes »⁶¹. Par exemple, les rumeurs sur le caractère illégal, voire délictueux, du choix de ne pas assister aux consultations pré-natales sont souvent diffusées par les structures de santé via des *comadronas* (Ch11-II).

Les pratiques des *comadronas* sont souvent considérées comme dangereuses pour la santé materno-infantile, car elles seraient en partie responsables de la mortalité des femmes en couche ou des nouveaux-nés. Les chiffres contredisent cette idée, dans le sens où la mortalité materno-infantile est plus importante dans les structures médicalisées. Les institutions de santé jugent cependant que cette forte mortalité en structures médicales est la conséquence d'une arrivée trop tardive de la parturiente en cas de complications, elle-même conséquence d'une mauvaise détection et orientation par la *comadrona*. Selon M. El Kotni, la responsabilité assignée aux sages-femmes de détecter les « signaux de danger » renforce la conviction des personnels de santé que les mortalités en couche leur sont imputables. En cas de mortalité d'une parturiente dont la sage-femme n'aurait pas détecté de « signal de danger », cette dernière est rendue directement coupable, ce qui déresponsabilise largement l'institution médicale, même quand c'est elle qui a pris en charge l'accouchement⁶². Un infirmier *ladino* m'expliquait ainsi que parfois « les professionnel-le-s sont racistes avec les patientes et les traitent mal parce qu'elles ont fait un truc qu'il ne fallait pas faire, alors que dans beaucoup de cas c'est la faute de la comadrona, parce qu'elles ne sont pas suffisamment formées. Elles pensent qu'elles savent et qu'elles peuvent faire face à tous les cas de figure mais c'est faux ». Hedgar, aide-soignant à Todos Santos partage cet avis, bien qu'il attribue la responsabilité d'une mort maternelle ou infantile non-seulement à la *comadrona* mais aussi à la parturiente et à sa famille :

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 2 juillet 2014 -**

H - C'est que les *comadronas* pensent que si elles emmènent une femme à l'hôpital elles ne vont pas être payées, donc il ne vaut mieux pas, et c'est comme ça que les femmes meurent. Presque toutes les morts maternelles c'est par négligence de la *comadrona*. Et le nombre de morts maternelles est immense ! Il y a un article de loi qui condamne la négligence. On devrait régulièrement l'appliquer comme délit contre certaines *comadronas* (Hedgar fait des études de droit à côté de son emploi d'aide-soignant)

A - Mais par exemple si c'est la femme qui ne veut pas aller à l'hôpital, même si la *comadrona* lui dit qu'elle doit y aller ?

H - Pareil. La *comadrona* encoure aussi un délit. La *comadrona* et la patiente. Et la famille aussi. Tous encourent un délit. Parce que c'est une action en faveur de la vie d'êtres humains de l'amener à l'hôpital, personne n'a le droit de l'empêcher.

A - Même si la famille et la *comadrona* essaient de tout faire pour convaincre la femme d'aller à l'hôpital mais que celle-ci refuse ?

H - Pareil. Ils encourent tous un délit, un délit d'assassinat, la *comadrona* et la famille.

60. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

61. Mira Crick, « Relations entre institutions de santé et communautés paysannes indigènes, dans la région des Altos du Chiapas, Mexique ».

62. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

Les *comadronas* sont souvent décrites par les personnels et les responsables d'institutions de santé comme vénales : les *comadronas* n'enverraient pas les femmes vers les structures de santé pour accoucher car cela leur ferait perdre de l'argent, surtout si c'est un garçon, car elle feraient payer le double que pour une fille. Paradoxalement, ce sont les structures médicales qui obligent aussi les *comadronas* à faire payer leurs prestations. L'argument avancé est que cela valorise leur travail. Pourtant, beaucoup de *comadronas*, et de femmes des communautés plus généralement, estiment que cela le dévoie également. En effet, la rémunération professionnalise leur activité, qui était auparavant envisagée comme un service communautaire rendu aux femmes (Ch10·IV). L'obligation de faire payer leur service est perçu par certaines comme une manière de les mettre en concurrence avec les services de santé public. Par la transformation et l'harmonisation de leurs pratiques avec les injonctions sanitaires imposées par les structures de santé dont elles dépendent, les *comadronas* tendent à perdre leurs spécificités, leurs connaissances et leur espace d'action. Ginsburg et Rapp notent à ce propos que la démarche d'amélioration de la santé materno-infantile dans le contexte de globalisation, s'accompagne d'une homogénéisation des pratiques reproductives par l'expansion de la médecine occidentale et de la disparition de savoirs locaux⁶³. E. Dorlin explique comment aux XVIIème et XVIIIème siècles, la stigmatisation des sages-femmes comme sorcières est déterminante dans le processus de professionnalisation de la gynéco-obstétrique. Il s'agira d'une inversion des positions respectives de savoir et de pouvoir vis-à-vis du corps des femmes. Cela participera aux modalités d'instauration d'un véritable dispositif de contrôle des corps féminins⁶⁴.

Pour les responsables d'institutions de santé interrogés, une *comadrona* est une femme indigène rurale, qui réalise des accouchements et des soins à d'autres femmes indigènes rurales, grâce à des savoirs transmis par sa mère ou sa belle-mère. Il existe en réalité plusieurs modes de transmission du savoir chez les *comadronas*, qui ne sont aucunement toutes rurales et indigènes. Selon ces responsables, les *comadronas* devraient se contenter de détecter les problèmes et de référencer les patientes afin de les orienter vers les structures médicales. Pour ce faire, il faut les former à occuper ce rôle qui va leur être confié par les institutions, qui se placent directement au dessus d'elles dans une hiérarchie de savoir et de légitimité.

Les *comadronas* doivent assister à des formations dispensées dans les centres de santé quatre fois par an. Les formations des *comadronas* consistent en l'apprentissage de règles d'hygiène basiques, comme se laver les mains, que les *comadronas* qui suivent la formation trouvent le plus souvent infantilisantes. Cet apprentissage est souvent destiné à les effrayer. Au cours des quelques formations que j'ai pu observer, l'animatrice brandissait systématiquement la menace de la mort de patientes et la responsabilité des *comadronas* : « *que va-t'il se passer si vous touchez un billet avant de vous occuper d'un accouchement et que vous vous lavez pas les mains ? La dame va mourir !* ». Ce que les *comadronas* interrogées jugent le plus infantilisant dans ces formations, c'est la partie qui touche à la détection des problèmes durant la grossesse et à l'attention à apporter aux femmes. Elles trouvent souvent que ce qu'on leur apprend au niveau des pratiques de soin est inutile, soit parce qu'elles l'appliquent déjà, soit parce qu'elles pensent qu'ils ne faut pas l'appliquer. Une bonne partie de la formation est tournée vers les conseils, les orientations à donner aux femmes, concernant la manière dont elles doivent s'occuper de leurs enfants, en réduisant entre autre leur nombre par la planification familiale. Sur ce thème de la planification familiale, les *comadronas* sont formées presque uniquement aux arguments néo-malthusiens. Après la formation qu'elles venaient de suivre, la plupart des *comadronas* interrogées sur les méthodes de planification familiale ne pouvaient citer que la stérilisation, dont

63. Ginsburg et Rapp, « The Politics of Reproduction ».

64. Dorlin, *La matrice de la race*.

on leur avait parlé durant la formation, et l'injection, qu'elles connaissaient par les pratiques des femmes de leur communauté et dont elles avaient une mauvaise opinion en raison des effets secondaires. Par contre, elles maîtrisaient très bien les raisons néo-malthusiennes pour lesquelles les femmes devaient utiliser ces deux méthodes. Durant la formation, on leur avait parlé de la vasectomie, mais elles l'avaient laissée de côté. L'animatrice leur avait dit que c'était une méthode affaiblissante et donc que les hommes l'acceptaient difficilement.

Selon Joaquima, *comadrona* dans une communauté d'Ixtahuacán, orienter les femmes qu'elle suit vers la contraception est une obligation imposée par le centre de santé pour qu'elle puisse continuer d'exercer. Mais elle l'applique aussi car elle trouve que les arguments en faveur de la réduction du nombre d'enfants qu'on lui a présenté sont fondés. Cependant, elle se sent parfois inconfortable dans ce rôle d'orientation, car cela fragilise les relations avec certaines femmes qui estiment que la *comadrona* n'a pas vocation à faire des leçons de morale aux femmes, mais à les aider dans leurs besoins. D'après Joaquima, certaines femmes se tournent vers des *comadronas* avec lesquelles elles se sentent mieux, qui exercent illégalement car elles ne suivent pas de formation au centre de santé. Il s'agit surtout de femmes dont l'activité de *comadrona* n'est pas principale, mais qui savent accompagner une grossesse ou un accouchement et sont parfois sollicitées par des femmes de leur famille ou par des voisines pour les accompagner.

Tila, *comadrona* âgée de 72 ans, exerce dans le chef-lieu municipal de Todos Santos. Elle ne pratique plus d'accouchements à domicile, mais seulement des soins, pendant la grossesse et après l'accouchement. Selon Tila, il est préférable actuellement que les femmes accouchent à l'hôpital, car « *elles sont plus jeunes et plus frêles qu'avant* ». Elle estime que dans l'exercice passé de sa profession, il était sûr de réaliser des accouchements à domicile car les femmes étaient plus fortes physiquement, notamment car elles s'unissaient plus tard qu'aujourd'hui et donc tombaient enceintes plus tard, quand elles étaient « *matures pour cela, que leur corps était déjà formé pour cela, qu'il avait la force pour supporter de s'ouvrir pour sortir l'enfant* ». Actuellement, elle trouve que laisser des jeunes femmes accoucher chez elles est risqué et refuse systématiquement de les accompagner dans un tel projet. La notion de risque recouvre dans ses propos à la fois le risque de mortalité de la femme et du bébé, et à la fois le risque de répercussions sur la *comadrona* qui respecte la volonté de la femme d'accoucher chez elle.

Il est très difficile pour une femme de trouver une *comadrona* qui accepte d'accompagner son accouchement à la maison si elle a déjà accouché préalablement par césarienne, même si son état de santé et la position du fœtus indiquent que l'accouchement ne présentera certainement aucune complication. Les *comadronas* apprennent lors des journées de formation que cela est interdit et qu'elles s'exposent à de graves ennuis si elles le font, d'autant que tout accouchement doit être enregistré avec le nom de la mère, de l'enfant et de la *comadrona*. Elles trouvent parfois des moyens de contourner les injonctions institutionnelles (Ch10-III-1), mais refusent souvent de prendre des risques, ce qui ne permet pas aux femmes de choisir librement la manière dont elles vont accoucher, et les contraint régulièrement à accoucher dans les centres médicaux, où elles s'exposent à des maltraitements et parfois des césariennes non-nécessaires, qui peuvent être accompagnées de stérilisations contraintes.

Les *comadronas* rencontrées dans les communautés disent appliquer peu ce qu'on leur apprend en formation, et parfois même de ne pas appliquer ce qu'on leur demande de faire obligatoirement. Cependant, elles font le maximum pour bien se faire voir des structures de santé desquelles elles dépendent, pour pouvoir continuer d'exercer tranquillement. La plupart disent aller à la formation parce qu'on leur donne des cadeaux, du matériel tel que des casseroles

pour faire bouillir l'eau ou des produits, et surtout parce que c'est le seul moyen d'obtenir un « carnet de *comadrona* » requis indispensable pour exercer l'activité de suivi des grossesses. Dans ce carnet, elles doivent inscrire le nom des femmes qu'elles accompagnent et surtout le nom des nouveaux-nés, parfois des observations sur la santé et les soins aux patientes. Notons au passage que beaucoup de *comadronas* ne savent pas lire et écrire.

Dans leurs études respectives menées au Chiapas, département mexicain frontalier avec Huehuetenango, Mounia El Kotni et Abigail Mira montrent comment l'État mexicain mène une politique de contrôle sur le corps et la reproduction des femmes indigènes à travers le contrôle de l'activité des sages-femmes des communautés. La mission de ces sages-femmes est alors de « capter » les femmes enceintes et de « recenser » les naissances des populations indigènes rurales⁶⁵. Dans le cadre de la réduction de la mortalité materno-infantile les sages-femmes ont l'obligation de détecter, de surveiller et de transférer à l'hôpital. Les savoirs des sages-femmes ne sont pas considérés comme utiles pour les institutions (encore que certains de leurs savoirs sur les plantes locales ont été récupérés par des laboratoires pharmaceutiques), seulement intéressées par le détournement de leur pratique vers le contrôle⁶⁶. A. Mira note également que dans un contexte de troubles politiques potentiels de la part de populations discriminées et souffrant des fortes inégalités sociales, l'État a tout intérêt à se trouver des partenaires dans les communautés. Pour les institutions, les sages-femmes seraient structurellement disposées à collaborer car, du fait de leur féminité, elles seraient délégitimées socialement par les autorités locales le plus souvent masculines. L'encadrement étatique est présenté comme une source de revalorisation face à leur communauté même si elles sont dévalorisées par les programmes d'encadrement⁶⁷. Aussi, les *comadronas* doivent s'efforcer de construire une place entre tradition, charisme et légalité pour être reconnues par tous. En cela, on peut estimer que la volonté d'instrumentaliser, par un système contraignant, le travail de *comadrona* est caractéristique d'une démarche de normalisation et de contrôle de la population, particulièrement de la population indigène rurale.

IV Le contrôle et la contrainte

Les politiques de réduction de la fécondité peuvent se fonder sur le développement de l'éducation et de la diffusion d'informations et de méthodes contraceptives, mais aussi sur des incitations financières et même la coercition⁶⁸. L'idée d'une défense des intérêts des femmes apparaît généralement dans l'ambition des programmes, même les plus contraignants et violents envers elles. Ils partent du principe que la diminution de la fécondité est aussi bénéfique aux mères, qui n'en ont pas toujours conscience, et dont il faut donc inhiber les résistances. Or, on a pu voir que les objectifs néo-malthusiens restent souvent prioritaires sur la dispense d'informations ou sur la santé des patientes, l'application des politiques de planification familiale reposant avant tout sur le pouvoir médical⁶⁹.

1 Le pouvoir bio-médical

En recueillant au sein des structures médicales les matériaux éducatifs à la planification familiale (supports de *charlas*, affiches, feuillets, sites internet...), je me suis interrogée sur

65. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

66. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

67. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

68. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

69. Gautier, *Genre et biopolitiques*.

la pertinence de l'utilisation de ces matériaux auprès du public auquel ils sont destinés. Par exemple, nombre de ces supports sont inutilisables avec des personnes ne sachant pas lire ou comprendre l'espagnol, ce qui est le cas de la plupart des patientes rurales. Dans la citation introductive, USAID identifie comme une barrière « *l'incapacité [des femmes indigènes] à communiquer en espagnol* ». La maîtrise de la langue espagnole est ainsi généralement considérée comme relevant d'une responsabilité ou d'une volonté des populations. Aussi, sans se soucier de la compréhension exacte des patientes, la langue parlée par les personnels des structures de soin est spontanément l'espagnol, y compris par les professionnel-le-s indigènes (Ch6-II-1). C'est pourquoi, on peut se demander si le contenu rhétorique des matériaux éducatifs vise à persuader les patientes du bien-fondé des objectifs néo-malthusiens ou d'avantage les professionnel-le-s qui en disposent. En effet, si ces professionnel-le-s cherchent rarement à les utiliser avec les patientes, ils se forment eux-mêmes à travers ces matériaux éducatifs. On le relève dans leurs références récurrentes au contenu discursif de ces supports, dans les échanges entre eux, avec leurs supérieurs, ou avec moi. Ce contenu est particulièrement mobilisé pour justifier d'actions médicales dont l'éthique pourrait être questionnée, notamment dans les méthodes autoritaires d'obtention de consentement pour une intervention contraceptive. Ils ajoutent alors souvent une occurrence au fait que les décisions qu'ils doivent faire accepter aux patientes vaudront mieux que les décisions qu'elles prendront seules, agies par leur culture (Ch6). De cette manière, sans considérer les dimensions sociales de la vie des femmes indigènes, telles que l'accès effectif à l'information, les représentations culturalistes de la santé vont venir légitimer le contrôle bio-médical des corps ⁷⁰.

Invisibilisant les nombreux choix formulés et opérés par les femmes au cours de leur vie reproductive (Partie IV), les normes procréatives strictes établies au sein des institutions de santé légitiment l'exercice de pratiques professionnelles violentes envers les femmes réticentes à s'y conformer. Cette violence s'exprime le plus souvent sous forme de pressions, de menaces, de culpabilisation, imposant l'autorité médicale. Concernant les patientes indigènes, des professionnel-le-s assument l'usage de ruses ou de pratiques coercitives pour les stériliser. Si la signature d'une « déclaration de consentement libre, préalable et éclairé » précède obligatoirement l'opération, peu de patientes indigènes affirment nettement leur volonté de stérilisation au moment où elles signent ce document. Elles prennent souvent cette décision sans réflexion mûrie, en raison du manque d'informations, du contexte oppressant des consultations et d'un ensemble de paramètres sociaux liés aux rapports de pouvoir face à l'autorité médicale. Il arrive même que les déclarations de consentement soient signées à l'insu des femmes concernées (sans leur expliquer exactement de quoi il s'agit, en faisant signer uniquement leur conjoint en leur absence...), ou encore sous pression (pendant les contractions ou l'accouchement, en le présentant comme indispensable à leur survie ou celle de leur bébé...).

La prise en charge bio-médicale de la contraception s'accompagne d'une volonté de limiter les marges d'erreurs. Pour cela, il est préférable d'écarter les méthodes contraceptives qui pourraient présenter des « défauts d'utilisation ». Au Guatemala, la pilule contraceptive est très peu promue par les personnels de santé sous le prétexte que les femmes n'auraient pas la capacité de l'utiliser de manière efficiente. Même en montrant tous les gages de bonne démarche d'utilisation, il est très rare qu'un personnel de santé laisse une femme utiliser la pilule si elle est indigène, car il considérera que les conditions de vie et d'hygiène d'une personne indigène rurale ne sont pas adaptées à ce contraceptif, en raison des risques de vomissement dus aux maladies. C. Ventola parle de « compétence contraceptive » qui définit la capacité d'une utilisatrice à prendre une contraception, en dépendance avec les motivations et la fiabi-

70. Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*.

lité des individus. L'acquisition supposée difficile de cette compétence justifie le suivi médical, et légitime les limites parfois posées par le praticien au libre choix contraceptif des patientes⁷¹. Cette idée se retrouve dans nombre d'études en anthropologie de la santé autour de la notion d'observance thérapeutique, qui désigne le degré d'application des prescriptions médicales par un·e patient·e. L'observance constitue parfois pour les personnels de santé un défi éducatif à relever auprès des patient·e·s, dans un souci de renforcement de leur identité professionnelle. Une observance élevée peut autant marquer une forme de gratification symbolique objectivant la confiance accordée au médecin, qu'une délégation de la responsabilité du traitement au médecin ou encore une soumission à l'autorité médicale. Sarradon-Eck montre que les conceptions qu'ont les médecins de la notion d'observance entrent en conflit avec les valeurs d'autonomie et de maîtrise de soi, provoquant chez eux un certain malaise face à un contrôle profane des traitements⁷².

Ces différents éléments participent à la construction d'une autorité médicale sur les femmes. Ils ne sont pas contradictoires avec les dispositifs éducatifs foisonnants, dans un cadre global de prise en charge sanitaire. Autour d'une assignation à une maternité raisonnée, ils visent à responsabiliser les mères du succès ou de l'échec des politiques mises en place pour le bien collectif, et le leur, érigeant de ce fait un modèle de citoyenneté auquel on leur demande d'adhérer. Ce modèle renforce les stéréotypes de genre en réassignant aux femmes le rôle de *care*, et particulièrement pour les femmes pauvres et racisées⁷³, par le travail subjectif de leurs modèles reproductifs et maternels. Notons que le travail de *care*, confié le plus souvent aux femmes pauvres et racisées, est dévalorisé et soumis aux exigences du marché et de la rentabilité économique, d'autant plus dans un contexte de privatisation des systèmes de protection sociale⁷⁴. De ce fait, les dispositifs étudiés prennent une part immense dans les processus bio-politiques.

La bio-politique désigne l'entrée du phénomène de la vie des humains dans l'ordre du savoir et du pouvoir et dans la sphère des techniques politiques⁷⁵. À partir du XIX^e siècle, elle a pour objectif la gestion des populations pour les besoins de l'économie. La bio-politique rend compte des formes d'exercice d'un pouvoir qui porte non plus sur les « territoires » mais sur la « vie », par l'ancrage des technologies libérales de gouvernement dans les propriétés biologiques des sujets. L'État fait de l'enfant un bien de la Nation dont la naissance et l'entretien sont garantis par l'intervention de la profession médicale⁷⁶. Le pouvoir politique et l'institution médicale s'intéressent à la santé de la population, mais surtout à la santé de la Nation⁷⁷. Le corps est alors placé au centre de l'intervention et des modalités de définition de la subjectivité et du pouvoir. Les politiques de santé publique prêtent attention à la fois au contrôle collectif des populations - « gouvernement des autres » - et à la mise en discipline des comportements individuels - « gouvernement de soi »⁷⁸. La bio-médicalisation est l'une des modalités de déclinaison contemporaine du programme bio-politique. Le pouvoir institutionnel bio-médical s'exerce sur les corps au nom du « bien-être », et les politiques de planification entrent dans ce cadre⁷⁹. C'est par ce biais que les femmes sont amenées à réguler leurs comportements reproductifs et maternels.

71. Ventola, « Prescrire un contraceptif ».

72. Sarradon-Eck, « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues ».

73. Farris, « Femonationalism and the “Regular” Army of Labor Called Migrant Women ».

74. Brugère, « Prendre soin contre l'individu libéral ».

75. Foucault, *Il faut défendre la société*.

76. Boltanski, *La condition foetale*.

77. Foucault, *Naissance de la clinique*.

78. Foucault, *Le gouvernement de soi et des autres*.

79. Angeloff et Gardey, « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ».

F. Chabrol relève l'importance d'étudier la généralisation à l'échelle de populations entières d'interventions biomédicales, de pratiques invasives, au détriment d'approches structurelles de la prévention visant les inégalités sociales et les systèmes de santé. Il faut, d'après elle, également considérer l'ensemble des tensions que la santé globale est susceptible de faire naître sur les plans médicaux, sociaux, politiques et éthiques. Cela permettra de saisir les enjeux du tournant biomédical, de la technicisation et de l'individualisation des politiques de soin, à partir des pratiques des acteurs qui revendiquent d'agir pour améliorer la santé globale⁸⁰. Au niveau international, les corps des femmes pauvres et racisées tendent à se soumettre à une régulation, afin de construire un rôle maternel de *care* en accord avec des injonctions sanitaires et biomédicales⁸¹. Ces politiques globales placent alors les corps et la vie biologique, et non pas la vie sociale, au cœur des nouvelles formes de participation politique, à partir d'une nouvelle bio-politique de la reproduction et du genre qui se joue actuellement à l'échelle mondiale⁸².

2 Cibler des populations « vulnérables »

Les droits reproductifs sont censés être accessibles à tous. Pourtant, les programmes publics de planification familiale au Guatemala ciblent presque uniquement les mères rurales pauvres et indigènes. La définition de ces programmes autour d'une rationalité économique nécessite la caractérisation précise des populations qui doivent être mobilisées prioritairement. De fait, les programmes de développement dans lesquels s'intègrent ceux de planification familiale sont principalement destinés aux populations catégorisées comme « vulnérables ». L'accumulation des critères identifiés comme relevant de la vulnérabilité du point de vue économique, de genre et culturel, tend à désigner les mères indigènes rurales comme les cibles idéales pour de tels programmes, d'autant que tous les indicateurs soulignent leur fragilité sociale. Pourtant, le ciblage de ces femmes correspond également à la mobilisation citoyenne et globale précédemment décrite autour d'une assignation normée à un travail de *care*.

S. Musso observe que la mobilisation de l'épidémiologie pour traiter la question du sida produit des notions telles que « groupes à risque » et « populations cibles », dans un idéal d'efficacité d'application des politiques sanitaires préventives⁸³. Les politiques de planification familiale semblent suivre ce même modèle, bien que la reproduction n'entre pas dans le registre de la maladie. Encore qu'une reproduction trop importante est jugée pathologique pour les femmes les moins aisées, et source de pathologie, de mortalité materno-infantile ou encore de propagation de maladies par le manque de soins aux enfants. S. Musso montre les effets pervers de cibler une population en particulier. Dans le cas de l'émergence du sida aux États-Unis, les politiques publiques se sont ciblées sur des groupes jugés marginaux dans leur mode de vie. S'est développée aussi l'idée d'un risque « racial » d'exposition à la maladie, accompagnée d'une confusion entre « identité » et « pratiques », qui impacta fortement les dispositifs de prévention. Aussi, l'auteure décrit comment les catégorisations proposées par l'épidémiologie ont été intégrées par les différents acteurs⁸⁴. En travaillant sur des populations identifiées « à risque » ou « prioritaires », la santé publique et la médecine participent à la construction de nouveaux « corps sociaux ». Ces corps sociaux deviennent des entités d'expérimentation, de production de savoirs biomédicaux, d'application de normes éthiques⁸⁵. I. Capelli révèle dans son étude sur les mères célibataires au Maroc, qu'en ciblant des populations dites « vulnérables »

80. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

81. Faya Robles, « La « police amie des mères » ».

82. El Kotni et Faya, à paraître.

83. Musso, « Faire preuve par l'épidémiologie ».

84. Musso.

85. Massé, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé ».

ou « à risque », on construit des catégories qui n'ont rien à voir avec une réalité catégorielle complexe et qui ne font sens qu'au niveau des secteurs institutionnels et des ONGs ⁸⁶.

Depuis 1990, la Banque mondiale a érigé la lutte contre la pauvreté comme objectif prioritaire. Dans les dispositifs politiques qui découlent de cet objectif, on observe, d'une part, un étouffement des systèmes de protection généralisés et, d'autre part, l'idée que la pauvreté se mesure, et qu'il y a des pauvres dont il faut s'occuper en priorité, dont certain·e·s plus méritant·e·s que d'autres ⁸⁷. Identifier et cibler les groupes de personnes « les plus vulnérables » parmi les pauvres permet aux institutions de se déresponsabiliser de l'attention à apporter à des groupes de personnes pauvres jugés moins vulnérables, car ils ont obtenu certains droits sociaux. Par ce système, ces droits sociaux sont alors pourtant susceptibles de disparaître à travers la privatisation de la protection sociale ⁸⁸. De surcroît, les vies vulnérables sont les vies dont la viabilité est menacée et auxquelles les formes dominantes de représentation ne laissent pas de place, parce qu'elles sont considérées comme inutiles, perturbantes ou hors normes ⁸⁹.

En ne s'intéressant qu'à la baisse de fécondité des femmes et à leur prévalence contraceptive, les politiques globales de planification familiale écartent totalement les populations masculines de toute responsabilité ou implication, ou même de mesure de leurs besoins en matière de planification familiale. Ainsi, la réussite des politiques anti-natalistes n'a jamais été mesurée en terme de diminution de la fécondité des hommes, mais uniquement de celle des femmes. Le développement, la promotion et la diffusion de programmes et méthodes de planification familiale sont uniquement féminin. Pourtant la fécondité des hommes est décisive, les institutions estiment d'ailleurs qu'ils jouent un rôle primordial dans les choix familiaux, voire extra-familiaux en terme de planification ⁹⁰. De fait, les femmes sont rendues responsables du travail reproductif, tant pour ce qui est de son contrôle par la contraception, que pour ce qui est de son accomplissement à travers la grossesse, le soin et l'éducation des enfants ⁹¹. Paola Tabet montre comment les hommes sont communément exclus de l'analyse des processus reproductifs, alors que les connaissances sur leurs pratiques reproductives informelle, entre autre, sur la configuration des modèles familiaux ⁹².

A. Gautier fait toutefois la remarque qu'en Inde il a existé dans les années 1970 des programmes de régulation des naissances à destination des hommes, concentrés sur la caste des intouchables. En raison des troubles politiques important que ces politiques ont provoqués, ces programmes ont été redirigés vers des stérilisations féminines, moins dangereuses car moins sujettes aux troubles ⁹³. Au Guatemala, les objectifs de stérilisation masculine sont quasi inexistantes alors que les objectifs de stérilisation féminine sont omniprésents. À l'Hôpital de Huehuetenango, l'objectif de neuf vasectomies par an, considéré comme facultatif, n'est jamais atteint, même lorsque le nombre de demandes est supérieur (l'urologue de l'Hôpital annule régulièrement les vasectomies prévues, ce qui lasse les candidats qui ne reviennent pas, moins habitués que les femmes à être patients dans les structures médicales). Celui de mille stérilisations féminines est impérativement dépassé chaque année. La vasectomie, pourtant moins lourde, moins risquée, plus facile à réaliser pour les professionnel·le·s, moins coûteuse pour les

86. Capelli, « Cibler les mères célibataires. La production bureaucratique et morale d'un impensable social ».

87. Falquet, « "Genre et développement" : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ».

88. Lautier, « Définition et mesure des pauvres à partir de la "ligne de pauvreté" ».

89. Brugère, « Prendre soin contre l'individu libéral ».

90. Gautier et Labrecque, *Avec une touche d'équité et de genre...*

91. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

92. Tabet, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*.

93. Gautier, « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement ».

financeurs, est incontestablement sous-investie par les institutions de santé. Les programmes de planification familiale ciblent manifestement leur action sur la stérilisation des femmes pauvres. Par ailleurs, les dossiers de patientes stérilisées étudiés indiquent souvent qu'elles sont analphabètes et indigènes. Cibler précisément ces femmes dans le cadre des programmes de régulation des naissances, implique de les rendre responsables de la réussite de ces programmes, sans considérer l'inégalité des droits et des rapports sociaux. La catégorisation et mise en dépendance des femmes pauvres indigènes rurales dans les programmes de développement implique alors leur mise en subjectivation pour que leurs attitudes correspondent aux résultats envisagées. Les écarts de conduite dans la gestion de leur reproduction sont alors sanctionnés sévèrement par divers procédés, et ces sanctions légitimées⁹⁴.

3 Conditionner pour faire adhérer

Jean - Guatemala - Membre Rotary club - 70 ans - français - 21 mars 2014 -

J - Je coordonne un programme de bourses d'études. Pour bénéficier de ces bourses les jeunes sont obligés de suivre une formation en planification familiale. Parce que, tu sais, sinon pendant leurs études au moins 50 % des jeunes filles tombent enceintes. Dans notre programme, même après la formation, des fois il y en a quand même 2 ou 3 qui tombent enceintes, mais après les autres filles comprennent.

A - C'est à dire qu'elles se protègent ?

J - Ou plutôt elles deviennent abstinentes.

A - Et les jeunes garçons ?

J - Aucune idée, de toutes façons même s'ils provoquent une grossesse les conséquences sont moins graves pour eux.

Les programmes de développement non-gouvernementaux mettent en place certaines conditions pour les bénéficiaires, surtout pour les femmes, en lien avec le contrôle de la reproduction. Du côté de l'État, une des manières de fabriquer de l'adhésion des femmes rurales aux normes de planification familiale est la mise en conditionnalité de l'obtention d'aides sociales pour les mères des plus pauvres, mais qui doivent remplir un certain nombre d'obligations maternelles pour avoir droit à ces aides. Ces aides auraient pour objectif de subvenir aux besoins des enfants en terme de santé et d'éducation. Ces programmes ne sont pas spécifiques au Guatemala puisqu'ils existent sous des formes relativement similaires dans un certain nombre de pays. Ils sont notamment décrits au Mexique et au Brésil par A. Faya et M. El Kotni qui montrent comment ils visent à faire intégrer aux mères les plus pauvres et souvent racisées les normes bio-médicales et sanitaires. Il s'agit alors d' « améliorer les conditions de vie des familles pauvres, afin de faire des enfants ruraux des adultes employables en milieu urbain »⁹⁵.

L'un des programmes qui octroient cette aide sociale s'appelle « *ma famille progresse* », bien que les appellations de ce type de programmes changent selon les gouvernements qui les mettent en place. 78 % des bénéficiaires de ce programme sont indigènes⁹⁶. Ce programme est jugé clientéliste par la classe moyenne *ladina*, car il servirait à obtenir du soutien politique, « à acheter les votes des populations ignorantes ». Cette critique consensuelle chez cette classe moyenne *ladina* s'accompagne du soupçon, ou même de la certitude, que les agents du programme ne contrôlent pas assez la manière dont les familles indigènes bénéficiaires dépensent leur argent et respectent les conditions d'obtention. La plupart estime que c'est un argent public

94. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

95. El Kotni et Faya, à paraître.

96. www.slideshare.net/FAOoftheUN/guatemala-43910461

gaspillé, car le père de famille l'utiliserait certainement pour acheter de l'alcool ou une télévision, et que donc les enfants resteraient mal nourris, mal soignés, mal vêtus et mal éduqués. D'autant que ces programmes encourageraient, d'après eux, la multiplication des naissances.

Pour contrer cette représentation courante et faire meilleure presse, les responsables de ces programmes mettent en avant au contraire la manière dont ils contrôlent la « bonne » utilisation de cette aide par les familles. Tout d'abord, ils insistent sur le fait que l'aide est versée uniquement aux femmes⁹⁷, pour éviter que les hommes en fassent mauvaise dépense, car les femmes indigènes seraient plus vulnérables, développeraient moins de vices, mais surtout elles auraient une meilleure connaissance des besoins familiaux. Toutefois, pour garantir que l'argent sera utilisé à bon escient, il existe des « conditions » et des « sanctions »⁹⁸. Les contrôles s'exercent sur ces femmes bénéficiaires afin de vérifier que leur rôle de *care* est bien rempli. Dans les critères de contrôle, il y a l'assiduité des enfants à l'école, mais aussi l'assiduité des femmes enceintes aux consultations prénatales et aux *charlas* éducatives, la vaccination des enfants⁹⁹. Même si le programme ne prévoit pas directement l'obligation de limiter le nombre d'enfants, la surveillance déléguée aux personnels de santé de l'assiduité des mères en consultation, implique qu'ils apprécient la manière dont ces femmes recourent à la contraception médicalisée pour subvenir aux besoins de tous leurs enfants. Si l'ensemble des critères prévus ne sont pas remplis, le programme déclare que les mères n'ont pas accompli leur devoir de « coresponsabilité » vis à vis du programme, et les aides sociales sont suspendues¹⁰⁰, ce qui arrive dans 12 % des cas¹⁰¹. Aussi, les femmes sont d'autant plus soumises au regard bio-médical. L'autorité du personnel de santé envers leurs patientes est alors renforcée. Ces programmes qui ciblent les femmes de milieu populaire et leur santé génésique limitent le champ des droits reproductifs et sexuels à celui de la santé materno-infantile, et produit également une assignation des femmes pauvres à leur seul rôle reproductif. Ils induisent alors des changements profonds concernant les expériences reproductives de ces femmes¹⁰². Ils individualisent donc la question sanitaire en la dépolitisant, et ils y intègrent un cadre autoritaire¹⁰³.



File de femmes devant la banque de Colotenango, réception des bons « ma famille progresse »

97. Les bénéficiaires du programmes sont des femmes à 98% : www.slideshare.net/FAOoftheUN/guatemala-43910461

98. www.slideshare.net/FAOoftheUN/guatemala-43910461

99. Maldonado, *Los programas de transferencias condicionadas*.

100. Maldonado.

101. www.slideshare.net/FAOoftheUN/guatemala-43910461

102. El Kotni et Faya, à paraître

103. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène ».

Malgré les efforts déployés par le gouvernement pour démontrer aux classes moyennes *ladinas* que le programme « *ma famille progresse* » est un très bon outil de contrôle utile au pays, il continue d'être un sujet de tension important. Il est source de stigmatisation des bénéficiaires indigènes, perçus comme des privilégiés, que l'on devrait soumettre plus fortement à une normalisation dans leurs comportements reproductifs, en échange de cette faveur qui leur est faite. Au Guatemala, la valorisation d'un contrôle autoritaire et violent des populations indigènes stigmatisées peut se comprendre dans une perspective bio-politique globale, mais aussi par les formes historiques d'exercice du pouvoir national.

4 Les politiques autoritaires envers les populations rurales indigènes

Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino* - 2 juillet 2014 -

H - Les femmes devraient savoir que les vaccins sont nécessaires pour leur enfant, parce qu'on le leur dit, dans les *charlas* ou les *consejerías*, dans les consultations obligatoires. Donc elles ne peuvent pas faire comme si elles ne savaient pas qu'il faut vacciner. Donc, si elles ne le font pas, c'est un délit. Selon l'article 11 du code pénal ce serait un délit d'omission. Parce qu'elles savaient et qu'elles ne l'ont pas fait.

A - Seulement si l'enfant meurt ?

H - Ou s'il tombe malade. Imagine il tombe malade de... d'hépatite B. Pourquoi est-il tombé malade ? Parce que la mère ne l'a pas vacciné ! Donc là c'est un délit.

A - Et le père ?

H - Ah bon le père... pareil j'imagine. Mais le père c'est plus probable qu'il ne sache rien de la nécessité des vaccins. Parce que c'est les mères qui reçoivent l'éducation sur les vaccins et qui savent qu'elles doivent vacciner leur enfant.

A - Même en ville ?

H - Non mais en ville c'est différent, parce que les *Ladinos* ne vont jamais refuser que leur enfant soit vacciné, je ne crois pas que ce cas puisse se présenter. Ou alors c'est parce qu'ils auront vraiment des arguments médicaux. Tandis que ce qu'on voit, c'est que les femmes dans les communautés elles disent que les vaccins ne sont pas bons, qu'ils ne servent à rien, qu'ils donnent beaucoup de fièvre et de douleurs. Et c'est ça leur excuse pour ne pas amener l'enfant se vacciner ! Bien qu'elles n'aient aucun argument scientifique pour refuser le vaccin. Et qu'elles ont reçu l'éducation sur le vaccin. Donc on parle aussi de délit malveillant de négligence. Savoir qu'on doit le faire et ne pas le faire. Mais bon, je ne crois pas que l'on va ouvrir une enquête pour ce type de délit, il n'y aura pas de poursuite. Moi, personnellement, j'explique bien aux patientes que les vaccins sont importants pour la santé des enfants, et après je mentionne que c'est un délit de ne pas le faire pour leur faire peur et comme ça je suis sûr qu'elles vont toutes faire vacciner les enfants.

La dimension bienveillante et protectrice des politiques de santé reproductive n'est en rien contradictoire avec une dimension autoritaire. Comme on l'a vu, ces deux dimensions peuvent fusionner dans une bio-politique, par la capacité à édicter des normes pour le bien collectif, afin de former une population adaptée aux besoins de l'économie nationale¹⁰⁴. Le corps des femmes est alors violenté par les institutions publiques au nom de son bien-être¹⁰⁵.

104. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

105. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

Yadiel, le secrétaire de l'unité mobile d'Aprofam, accuse régulièrement les patientes de mentir quand elles lui donnent certaines informations, ou quand elles affirment être à jeun pour l'opération. En cas de doutes sur la véracité des propos d'une patiente, Yadiel s'attache à la mettre en porte-à-faux en lui faisant avouer son mensonge par diverses stratégies, dont la stigmatisation, la culpabilisation, la menace, ou encore en faisant avouer ses enfants qui l'accompagnent ou son mari, moins résistants dans le mensonge que les femmes d'après lui. Lors d'une *jornada*, il me déclare fièrement qu'il a réussi à démasquer deux patientes à la suite, qui affirmaient n'avoir rien mangé : « *elles avaient bu un café en se levant ! Une a avoué, et l'autre, son mari a fini par la dénoncer !* ». Comme je le vois accuser régulièrement des patientes de mentir sur ce point, je lui demande comment il sait qu'elles ont mangé. Yadiel me répond : « *Parce que ça se voit ! Elles deviennent nerveuses ! Elles ne finissent pas toutes par l'admettre mais je me trompe rarement !* ». L'importance pour Yadiel de faire avouer ces femmes semble parfois relever plus d'une prise de pouvoir sur leurs corps que d'une réelle volonté de préserver leur bien-être. D'autant plus que si des femmes se voient interdites d'accéder à l'opération car elles ont mangé, ça le pénalise dans les quotas à remplir par l'équipe. Aussi, les personnels de santé semblent parfois surjouer une posture autoritaire. Par exemple, l'aide-soignante de la clinique de planification de l'Hôpital répète souvent en consultation aux patientes, sur un ton à la fois humoristique et autoritaire, qu'elle ne va pas les laisser sortir sans telle ou telle méthode contraceptive. D'un autre côté, elle m'explique sérieusement qu'elle ne laisse aucune patiente qui vient se faire « laver » d'une fausse couche (ou d'un avortement) ressortir de l'Hôpital sans méthode contraceptive, car « *elles ne sont pas prêtes pour une nouvelle grossesse* ».

La façon autoritaire d'appliquer ou de signifier le pouvoir vient nourrir les fortes craintes de mesures répressives de la part des femmes indigènes (Ch11-II-1). Cet autoritarisme, comme ces craintes, sont ancrées dans un continuum historique dans la manière d'exercer le pouvoir au Guatemala. Avant la guerre, avaient émergé quelques expériences de centre de santé communautaire avec une dimension sociale, politique et alternative. Ces expériences étaient parfois liées aux branches progressistes des églises catholiques, de la théologie de la libération notamment. Pendant la guerre, les membres de direction de ces lieux étaient agressés, subissaient des pressions, étaient assassinés. Ces lieux se transformèrent alors en hôpitaux ou centre de santé curatifs¹⁰⁶.

La violence déployée par les personnels de santé sur leurs patientes indigènes découle de rapports sociaux inégalitaires, dans un cadre de dérégulation et d'impunité qui rendent possible la perpétuation de la violence structurelle en tant que cadre de référence. On peut identifier des processus de minimisation et de dissimulation de cette violence sociale, de ses causes et de ses agents, à travers l'invisibilisation, la naturalisation, l'insensibilisation...¹⁰⁷.

Selon Foucault, le lien entre liberté et sécurité est fondamental au sein de la raison gouvernementale. Selon lui, ce paradoxe du libéralisme tient au fait que la liberté économique nécessite des interventions de contrôle. Les disciplines du corps et les régulations de la population constituent les deux pôles autour desquels s'est déployée l'organisation du pouvoir sur la vie. L'émergence du capitalisme a notamment nécessité « *l'insertion contrôlée des corps dans l'appareil de production et moyennant un ajustement des phénomènes de population aux processus économiques* »¹⁰⁸. Foucault montre bien comment s'associent la question sécuritaire et alimentaire dans la formation des États. Combinés, ils constituent des modes de régula-

106. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

107. Corsi et Peyrú, *Violencias sociales*.

108. Foucault, *Naissance de la biopolitique*. p.67.

tions importants de la population¹⁰⁹. Depuis les années 1950, de nombreuses politiques menées au Guatemala mêlaient les notions de « sécurité » et « développement ». Les politiques de développement d'alors se confondaient à des politiques présentées comme sécuritaires, qui correspondaient à des stratégies militaires répressives. Avec les accords de paix, le pays passe à une démocratie censée rompre avec ce modèle, en introduisant une sécurité citoyenne intégrale tout en se basant sur un développement libéral. L'émergence de nouvelles insécurités, alimentaires, économiques et sociales, s'accompagne alors de configurations réactualisées des liens entre sécurité et développement¹¹⁰.

Dans les années 1970, la fusion de la sécurité et le développement a abouti à la création d'un ministère, qui instaura une politique du renseignement particulièrement répressive et s'accompagna de l'instrumentalisation de l'aide au développement¹¹¹. La mise en place des Patrouilles d'Autodéfense civile (PAC) est caractéristique de cette politique. Ce dispositif para-militaire visait à enrôler des habitants des communautés pour lutter contre la guérilla localement. Ils furent amenés à perpétrer des actions violentes envers des habitant·e·s des communautés environnantes¹¹². Ces PACs étaient également chargés de mettre en œuvre les projets de développement locaux, tels que la construction d'infrastructures, grâce, entre autre, aux travaux forcés¹¹³. Les « pôles de développement », institués à partir de 1983 visaient à rassembler des populations sous commandement militaire, afin de les « rééduquer ». La sécurité nationale s'est construit donc en faisant du « développement », au côté de la militarisation, un instrument de la guerre¹¹⁴. Dans les années 1980, le système éducatif guatémaltèque répondait aux impératifs des gouvernements militaires et aux intérêts des grands propriétaires fonciers. Cette éducation, dans un milieu où la préoccupation essentielle est la survie quotidienne, ne se voulait ni un instrument de progrès, ni un moyen de combattre la pauvreté¹¹⁵. L'accès à l'alimentation a alors joué un rôle fondamental dans la construction du lien entre « sécurité » et « développement ». USAID appuyait les projets de développement et distribuait de l'aide alimentaire aux gouvernements que les États-Unis considéraient comme alliés. Les États-Unis et Israël fournissaient par ailleurs un appui logistique, de formation, de conseil et de fourniture de matériel pour alimenter la stratégie militaire contre-insurrectionnelle. Victoria Sanford décrit bien comment l'aide d'USAID, alimentaire et matérielle, laissée à disposition et libre gestion de l'armée guatémaltèque, constituait un instrument de plus du contrôle militaire. Cette aide servait notamment à alimenter et construire des camps gérés et surveillés par l'armée, pour recueillir les survivants des communautés que l'armée avait elle-même détruites¹¹⁶. Cette aide alimentaire aurait donc fomenté la crise et favorisé la tactique répressive de l'armée. En effet, la distribution d'aide alimentaire allait de paire avec la réquisition préalable systématique par les PACs et l'armée des réserves de denrées alimentaires dans les communautés, ainsi que la destruction des foyers, le massacre des animaux domestiques et l'interdiction d'accès aux champs. D'autre part, la tactique des États-Unis d'assurer leur propre sécurité politique et économique contre la montée communiste prévoyait de moderniser l'agriculture de pays comme le Guatemala dans le cadre de l'aide au développement, afin d'endiguer le soutien des paysans à la guérilla¹¹⁷. Cette démarche sécuritaire de développement a marqué durablement les modes politiques guatémaltèques, tels

109. Foucault, *Sécurité, territoire, population*.

110. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

111. Schirmer, *Intimidaciones del proyecto político de los militares en Guatemala*.

112. Sáenz de Tejada, *Víctimas o vencedores ?*

113. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

114. Bergeret.

115. Vigor, *Paysans du Guatemala*.

116. Sanford, *Violencia y genocidio en Guatemala*.

117. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

que la relation de tutelle avec les Indigènes et la persistance du modèle agro-exportateur ¹¹⁸. D'autre part, les dirigeants, hauts gradés militaires, ont toujours été issus de grandes familles de propriétaires terriens, elles-mêmes issues de l'époque coloniale et de l'indépendance. Or, ce sont des membres de ces mêmes familles qui occupent localement des postes de pouvoir, tels que la direction des institutions de santé, d'éducation, de développement ¹¹⁹ (Ch4-III-3). Les politiques de développement ont été tellement entremêlées, voire mises au service du régime militaire anti-insurrectionnel qu'Agnès Bergeret pose la question suivante concernant nombre d'ONGs financées par les États-Unis : « *Doit-on conclure sans nuance que les organisations non gouvernementales ont été, volontairement ou involontairement, des complices du système de sécurité disciplinaire mis en place par l'armée ?* » ¹²⁰.

Le thème de la sécurité alimentaire est très présent actuellement dans les projets de développement. Avec l'option libérale prise par l'État, la question alimentaire s'accompagne de politiques de marchandisation des terres et de l'émergence de méga-projets agricoles destinés à l'exportation ¹²¹. Aussi, pendant la guerre comme après, la dépossession de la terre de ceux qui la travaillent, s'est accompagnée d'une crainte que cette population devienne dangereuse. Aujourd'hui encore, de nombreux *leaders* communautaires organisés sont assassinés par des milices, souvent proches des ex-PAC, pour avoir voulu préserver des territoires locaux de l'exploitation de méga-projets de multinationales soutenues par le gouvernement. D'autre part, les mouvements sociaux notamment liés aux conditions de vie des familles paysannes rurales, sont réprimés sévèrement par les forces militaires, très présentes dans les régions rurales indigènes, qui sont les régions privilégiées d'implantation des méga-projets (Ch11-I).

Les OMD de l'ONU ou encore la pression démographique ont encouragés certains États du Sud à se pencher sur la santé reproductive, qui se préoccupaient peu par ailleurs des conditions de vie et de santé des femmes. Les normes internationales des droits reproductifs ont pu jouer un rôle, mais dans une moindre mesure tant leur mise en œuvre s'inscrit parfois à l'encontre de l'idée même de droit ¹²². La biomédecine englobe de plus en plus les populations. L'épidémiologie, l'économie de la santé et la santé publique imprègnent les politiques de santé nationales et internationales et sont déterminantes dans la qualité et les formes d'attention accordées aux usagers des services de santé. Comme en témoigne Raymond Massé :

« *la santé est de plus en plus emmêlée dans un complexe ensemble de politiques économiques, de relations internationales, de mobilité de populations, voire de nouveaux systèmes parallèles de santé que sont les ONG et les fondations privées internationales [...], alors que s'installent de plus en plus de lieux d'interférence et de rupture dans les axes de décision, entre la population et l'État, en matière de politiques de santé* » ¹²³.

La question reproductive se retrouve au cœur de normes et d'aspirations multiples. Les logiques sociales qui se jouent alors dans le domaine de la santé reproductive et de la planification familiale médicalisée deviennent des révélateurs des tensions sociales qui existent dans la société ¹²⁴.

118. Schirmer, *Intimidaciones del proyecto político de los militares en Guatemala*.

119. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

120. Bergeret.

121. Bergeret.

122. Gautier et Grenier-Torres, « Controverses autour des droits reproductifs et sexuels ».

123. Massé, « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé ».

124. Jullien, « Du bidonville à l'hôpital ».

Troisième partie

Des personnels de santé guatémaltèques

Comme nous l'avons vu dans le rapport USAID cité en début de la partie précédente, les discours institutionnels sur la planification familiale au Guatemala convoquent la « *responsabilité des mères indigènes* » pour « *changer leurs coutumes reproductives* »^a, tout en promouvant leur émancipation. Les discours déployés défendent ainsi une norme hiérarchisée de comportements maternels et reproductifs. Mais de quelle manière les comportements reproductifs des femmes indigènes sont-ils stigmatisés ? Quel rôle jouent les personnels de santé dans la diffusion de normes et dans leur application ? Comment se manifeste dans la pratique professionnelle la dimension émancipatrice de la contraception pour les femmes ? Les pratiques des personnels médicaux sont-elles uniformes ? Ces personnels de santé identifient-ils des problèmes dans l'application des programmes ? À qui ou à quoi les attribuent-ils ? Quels sont les effets des catégorisations des patient-e-s sur les prises en charge ? Comment comprendre certaines violences exercées par des personnels médicaux sur les patientes indigènes qu'ils estiment paradoxalement vouloir protéger ?

L'empirisme des pratiques médicales oblige à jongler entre différents registres de normes et de contraintes. Pour appréhender les rapports entre les citoyens et les agents de l'État, J-P Olivier de Sardan constate que les agents institutionnels, notamment les personnels de santé, s'écartent fréquemment des normes professionnelles auxquelles ils ont été formés. Les comportements non-conformes qu'ils développent sont toutefois régulés, sans répondre exactement à l'effet de normes culturelles traditionnelles locales. Il propose donc le concept exploratoire de « *normes pratiques* » pour décrypter ces comportements non-conformes des personnels de santé^b. Il s'agit alors de mesurer les écarts et les rapprochements entre normes formelles (professionnelles et sociales) et régulations informelles. Comme le montre Clémence Jullien dans sa thèse, les personnels de santé peuvent disposer d'un certain « *pouvoir discrétionnaire* ». Ce pouvoir leur permet d'user de pratiques discriminatoires et parfois violentes, provoquant des formes de craintes et de peur de la part des patientes^c. Pour P. Farmer, les violences des personnels médicaux sont moins le fait d'individus que de problèmes structurels^d. Les structures de santé sont de ce fait significatives dans la production et reproduction de tensions et d'enjeux identitaires.

Comme nous l'avons également abordé dans la partie précédente, les programmes de planification familiale sont l'expression d'un contrôle bio-politique des corps des femmes pauvres. Au Guatemala, l'application de normes et contraintes liées à ce contrôle par les personnels de santé est traversée par des rapports de pouvoir fortement marqués par la hiérarchie imbriquée de classe, de genre et ethno-raciale, qui structure en profondeur la société guatémaltèque. Comment ces rapports s'inscrivent-ils dans la construction historique et nationale d'un racisme envers les populations indigènes ? Comment les représentations sur les « *mauvaises* » pratiques des mères indigènes en matière de reproduction renforcent-elles un rapport coercitif et violent envers les patientes ? Des nuances peuvent-elles apparaître ? Sous quelles formes se déclinent les rapports aux patient-e-s des personnels de santé ?

a. USAID, « *Estrategia de cooperación para el desarrollo del país - Guatemala 2012-2016* ».

b. Olivier de Sardan, « *Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes...* ».

c. Jullien, « *Du bidonville à l'hôpital* ».

d. Jaffré et Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière*.

Chapitre 6

Servir la nation en régulant la reproduction des mères indigènes

Dans le rapport qui introduit la partie II, USAID attribue le taux de fertilité jugé trop élevé au Guatemala à des « facteurs culturels », en ciblant d'une manière spécifique les femmes indigènes. De la même manière, les responsables d'institutions et les personnels enquêtés imputent les défaillances dans le contrôle raisonné de la reproduction des populations indigènes à ces mêmes populations, qui seraient incapables de comprendre les processus biologiques et les enjeux sociaux liés à leur reproduction. Or, ces défaillances sont envisagées comme des facteurs de détérioration des conditions sanitaires et sociales du pays, d'augmentation de la délinquance et de la violence, de fortes tensions et protestations...

Les principes de multiculturalisme de la nation guatémaltèque, inscrits dans les accords de paix de 1996, s'accompagnent d'une conception dichotomique entre deux cultures : une culture *ladina*, moderne, ancrée dans la rationalité, face à une culture indigène, intrinsèquement attachée à des traditions ancestrales, donc conservatrice et contraire à un développement dit « progressiste »¹. Dans leurs discours, beaucoup de personnels de santé revendiquent l'antagonisme de leur perception et de leurs pratiques avec des représentations et traditions indigènes qu'ils souhaitent transformer. Ils adoptent alors une posture de missionnaires du développement économique, social et culturel, en charge de transformer les mœurs et coutumes des populations indigènes, afin de les rendre conformes aux exigences de développement d'une société guatémaltèque moderne.

I La question reproductive au prisme du racisme

1 Culturalisme politique guatémaltèque : de l'altérité à l'inégalité

1.1 Une culture nationale *ladina*

Dans plusieurs de ses discours, Fritz Garcia-Gallont, ministre au moment de la signature des accords de paix en 1996, évoque un « *Nous, les Guatémaltèques* », systématiquement distinct d'un « *Eux, les Indigènes* ». Il signifie ainsi dans ses propos, l'exclusion des Indigènes de l'appartenance à la nation². Cette vision dichotomique entre des *Ladinos*-citoyens et des Indigènes écartés de la citoyenneté est construite historiquement (Ch1-II).

1. Sur les ressorts des politiques multiculturelles guatémaltèques, voir Hale, « Does Multiculturalism Menace? Governance, Cultural Rights and the Politics of Identity in Guatemala ».

2. Garcia, « "Tanto que no sabes". (Re)présentations de soi d'un groupe de Latino-américains en situation migratoire à Toulouse. »

L'imaginaire national guatémaltèque s'est élaboré à partir de l'indépendance en 1823, sur la base d'une idéologie nationaliste, dont certains traits persistent dans les représentations actuelles des Guatémaltèques. Cet imaginaire social façonne et détermine les représentations de « l'identité guatémaltèque » en termes ethno-culturels. La naissance de l'idée de patrie au Guatemala a résulté du conflit des descendants de colons, les *Criollos*, avec la mère patrie, l'Espagne. L'idée d'une patrie guatémaltèque était alors l'expression d'une structure complexe d'intérêts de classe qui trouvait son origine dans une situation économique, les *Criollos* souhaitant défendre leur patrimoine hérité de la Conquête. Aussi, dans la conception patriotique des *Criollos*, les populations indigènes en tant que solide main d'œuvre quasi-gratuite, n'apparaissent qu'en terme de parts de patrimoine à se disputer avec l'Espagne³.

Les régimes libéraux guatémaltèques des XIX^e et XX^e siècles commencèrent, comme dans d'autres pays d'Europe et d'Amérique Latine, à institutionnaliser une nation. La « communauté imaginée »⁴ guatémaltèque s'inscrit dans le moule des structures héritées de l'époque coloniale espagnole⁵. Les libéraux du Guatemala imaginèrent une nation dont le *Ladino* serait le citoyen guatémaltèque type⁶. Pour appartenir à la nation, les Indigènes n'avaient d'autres choix que de devenir des « *Ladinos* »⁷. Aux yeux de l'État, il n'existait alors qu'une seule culture et un seul type de citoyen, ce qui impliquait de maîtriser les codes et la langue officielle espagnole pour espérer être traité comme n'importe quel citoyen et faire valoir ses droits. Mais la rhétorique assimilationniste libérale a finalement coexisté à une pratique ségrégationniste au cours des deux derniers siècles (Ch1-II). Et la diversité culturelle a été jusqu'à présent utilisée pour justifier l'inégalité.

En raison de la négation de son rôle, la culture est devenue une partie des éléments qui définissent l'accès aux ressources et au pouvoir au Guatemala, alors que la race, le biologique, n'a plus figuré dans les politiques publiques, permettant à cet égard une certaine égalité entre *Ladinos* et *Criollos*, et laissant les Indigènes en dehors de la citoyenneté et du pouvoir. Ainsi, la hiérarchie ethnique actuelle est basée sur l'addition d'un passé colonial et d'un présent national. Cette combinaison produit un double effet sur l'existence des Indigènes, qui se maintiennent encore entre l'assimilation et la ségrégation⁸. La ségrégation parvenant difficilement à se poser ouvertement, elle s'applique dans les comportements sociaux derrière une façade assimilationniste relativement fictive. Mais la ségrégation a toujours été extrêmement forte au Guatemala, bien que l'assimilation est l'idéologie ethnique qui a le plus marqué les manières de voir, d'interpréter et de projeter le changement social dans le pays⁹. On pense encore aujourd'hui que les Indigènes qui accéderaient à l'éducation, à l'urbanisation et à un certain niveau de pouvoir d'achat, deviendraient *ladinos* et cesseraient ainsi de se trouver en situation de subordination. La figure assimilationniste de la ladinisation constitue un processus d'acculturation et d'occidentalisation, désirable et nécessaire pour intégrer l'Indigène au développement capitaliste¹⁰. Les constructions ethniques au Guatemala partent donc de l'idée que c'est la culture qui crée l'inégalité, et que changer les éléments culturels transformera la situation de subordination. Cela ouvre une possibilité de « rédemption » pour l'Indigène opprimé, dont la culture serait

3. Martínez Peláez, *La patria del criollo*.

4. Anderson, *Imagined Communities*.

5. Anderson.

6. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

7. Martínez Peláez, *La patria del criollo*.

8. Bastos, « Desigualdad y diferencia : ideas para el estudio del racismo y sus consecuencias en Guatemala ».

9. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

10. Casaús Arzú, « Resabios coloniales en América Central : el racismo en la ideología de la clase dominante guatemalteca ».

inutile à la modernité capitaliste et progressiste. Ainsi, le système social n'apparaît pas comme le coupable de l'inégalité, qui est au contraire l'Indigène qui ne veut pas changer ¹¹.

La modernisation des populations indigènes n'a pas amené à leur assimilation à la société nationale comme « *Ladinos* ». Il s'est au contraire produit une profonde mutation culturelle dans l'identité ethnique allant vers son renforcement et non vers sa disparition ¹². Les transformations socio-économiques de la seconde moitié du XX^e siècle, autour de l'idéologie de la modernité et du progrès, n'a pas amené à une assimilation des Indigènes au sein des sociétés nationales. Au contraire, cela a produit un renforcement de l'identité ethnique. Depuis les années 1970, dans un contexte interne de violence ciblée sur les populations indigènes, et dans un contexte externe de reconnaissance de la différence culturelle dans un ancrage libéral, émerge un modèle multiculturel régional en Amérique Latine, qui se traduit en politiques et réformes institutionnelles concrètes ¹³.

La cristallisation de la dichotomie entre la population indigène « ethnique », et la population *ladina* « nationale », a permis l'émergence d'une communauté imaginée indigène au delà de la notion d'État-nation guatémaltèque. En effet, la ségrégation ethnique du Guatemala durant la colonie et la période libérale contribua à la création de communautés indigènes d'identification différenciée. Ces communautés étaient de petites sociétés centralisées qui ont résisté aux efforts de l'État guatémaltèque pour établir, dès le début du XX^e siècle, une identité nationale plus importante que celle dérivée de l'ascendance locale ¹⁴. Cela est frappant lorsqu'on analyse l'émergence de la « communauté imaginée maya », qui ne prend aucunement en considération l'idée de nation guatémaltèque. Le recours à la nationalité guatémaltèque comme mode d'auto-identification est secondaire dans les communautés indigènes, qui n'ont jamais été réellement intégrée à la communauté nationale mono-ethnique *ladina*. C'est pourquoi, les Indigènes guatémaltèques se sentent appartenir avant tout à un peuple indigène (k'iche', mam, kaqchikel, q'anjob'al...) ou encore à une localité, à un *municipio*, et quelquefois à une « mayanité », mais moins à la nation guatémaltèque. Jusqu'à peu, la plupart des Indigènes vivant au Guatemala, en milieu rural, ne possédaient pas de papiers d'identité guatémaltèques, particulièrement les femmes et les enfants ¹⁵.

Aujourd'hui, l'idéologie assimilationniste persiste dans l'idée que si les Indigènes veulent être traités comme citoyens, ils doivent accepter le modèle culturel dominant en se ladinisant. Malgré cette injonction affichée à la ladinisation pour accéder à la citoyenneté, l'historien Arturo Taracena précise qu'à la fin du XIX^e siècle, la citoyenneté guatémaltèque réelle passait par le fait d'être propriétaire de la Terre ¹⁶. D'autre part, prouver ses origines européennes par la filiation a toujours été une démarche importante pour les descendant·e·s de *Criollos* ¹⁷. Cette importance du lignage est passée par les hommes. En effet, le métissage s'est fait presque uniquement entre hommes espagnols et femmes indigènes. L'inverse était interdit par la couronne espagnole. Ce métissage s'est opéré de manière volontaire ou contrainte, par le viol des femmes indigènes notamment. Selon Casaús, la prise de femmes par les Espagnols a été un élément de plus dans le processus de colonisation et d'esclavage pour imposer l'autorité coloniale ¹⁸. Aussi,

11. Bastos, « Desigualdad y diferencia : ideas para el estudio del racismo y sus consecuencias en Guatemala ».

12. Bastos.

13. Bastos et Camus, « Multiculturalismo y pueblos indígenas ».

14. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*. p.43.

15. Adams et Bastos.

16. Taracena Arriola, *Invencción criolla, sueño ladino, pesadilla indígena*.

17. Delgado Pop, Macleod, et Cabrera Pérez-Armiñán, *Identidad*.

18. Casaús Arzú, *Guatemala*.

malgré l'illusion d'un accès à la pleine citoyenneté par la *ladinisation*, les groupes sociaux et raciaux, qui se recoupent perpétuellement restent relativement figés. Le pouvoir est concentré aux mains d'une oligarchie, métisse par ses origines, *ladina* et ethnocentrique quant à sa conception du monde, élitiste et endogamique dans sa structure familiale, et qui ethniquement se considère blanche¹⁹.

Dans son ouvrage *L'empire du ventre. Pour une autre histoire de la maternité*, Marcela Iacub nous invite à penser conjointement les projets natalistes et nationalistes et leurs effets politiques, pour soi comme pour les autres²⁰. Dans un numéro de la revue *Genèses*, J. Courduriès et S. Roux suivent une démarche similaire. Ils lient la filiation à la naissance au sein d'une nation, dont l'identité constituante accordera une place du « nous » (national et collectif) et du « je » (individuel et singulier). Ils notent, au-delà de cette analogie, que nation et filiation sont intriquées de manières conjointes et causales : « *Famille et nation procèdent ainsi d'une logique similaire et participent d'un projet commun : celui de nous faire exister comme sujet situé, comme un élément en relation avec d'autres dont l'identité singulière est nécessairement déterminée par l'appartenance à un collectif transcendant qui, en retour, légitime et institue* »²¹. Dans cette perspective, la reproduction nationale vise à situer et hiérarchise les sujets dans un corps social²².

**Mercedes, Paloma, Isabel - Huehuetenango - 48, 53, 56 ans - *ladinas*
- 7 avril 2014 -**

Mercedes, Paloma et Isabel sont des quinquagénaires *ladinas*, filles d'un grand propriétaire terrien. Elles revendiquent leurs origines espagnoles et allemandes, et leur affinité avec les politiques de droite répressives. Alors que nous discutons du système guatémaltèque d'éducation, elles abordent la question de la responsabilité de l'État.

Isabel - L'État préfère que les gens restent comme ils sont, ignorants, pour pouvoir mieux les exploiter. Et surtout parce que sinon, après, ils commencent à réclamer leurs droits.

Mercedes - Oui c'est une main d'œuvre bon marché, et ça coûterait trop cher à l'État s'ils commençaient à réclamer.

Paloma - Oui parce qu'après ils deviennent communistes et...

La discussion s'enchaîne alors directement sur le conflit armé, et toutes les trois essaient de me convaincre du mal qu'a fait la guérilla. Elles savent que je travaille souvent dans un centre de recherche et documentation dont la directrice, Encarnación, que je fréquente régulièrement, était membre de la guérilla. C'est une amie d'enfance à elles. Leurs enfants sont amis également. Elle a d'ailleurs été sauvée alors qu'elle allait être fusillée parce qu'elle est de même classe sociale que plusieurs gradés militaires et politiciens locaux, qui plus jeunes, fréquentaient les mêmes écoles qu'elle.

Mercedes (qui est mariée à un général de l'Armée guatémaltèque) - Encarna va seulement te donner sa vision gauchiste des choses, mais il y a une autre version, parce que les militaires luttèrent aussi pour une cause : défendre la patrie. À la fin du conflit, ce sont seulement eux qui ont rendu les armes. Les militaires défendaient une cause... Les Indigènes qui sont entrés dans la guérilla n'ont pas déposé les armes et leurs enfants ont migré à la capitale, et comme ils n'avaient plus rien ils sont devenus *pandilleros* (gangsters)...

19. Casaús Arzú.

20. Iacub, *L'Empire du ventre*.

21. Roux et Courduriès, « La reproduction nationale ».

22. Roux et Courduriès.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Malacatancito
- 11 avril 2013 -

Le gynécologue Julio et l'éducateur Renato d'Aprofam discutent de la manifestation que l'on a croisée sur la route. Les manifestant·e·s étaient visiblement des Indigènes ruraux.

Renato - Ils protestaient pour demander la nationalisation de l'électricité et contre l'activité minière.

Dr Julio - Ils protestent pour n'importe quoi. Ils nous dérangent seulement à nous, alors qu'on n'y peut rien. Ils n'obtiendront jamais rien de toute façon. Le problème c'est même pas eux, ce sont les organisations qui les envoient et qui après récupèrent l'argent.

A - Quel argent ?

Dr J - L'argent d'Europe, que reçoivent ces organisations.

A - Quelles organisations ?

Dr J - Le CONIC, le CNOC (coordinations d'organisations indigènes paysannes - plusieurs *leaders* de ces organisations ont été assassinés au cours des deux mois précédents)

R - Le CUC (syndicat paysan révolutionnaire né dans le contexte de répression militaire et d'asphyxie de la production agricole paysanne du conflit), le CONAVIGUA (organisation de veuves du conflit)

Dr J - Ce qu'il se passe c'est qu'au Guatemala il y a une tradition de revendiquer pour tout et rien. Mais ils ne proposent rien. Juste ils protestent et bloquent les routes pendant des jours. Par exemple, dans le cas de l'activité minière. Ils ne veulent pas qu'il y ait de mines et ils protestent parce que le gouvernement autorise les mines à s'implanter, mais ils ne proposent rien d'autre à la place pour qu'il y ait du travail.

A - Mais par exemple, là, ils proposent de nationaliser l'électricité. . .

Dr J - Oui mais ça c'est totalement stupide. L'électricité n'a jamais été publique, ça a toujours été des entreprises privées qui s'en sont chargé. Ici, je crois que c'est une entreprise espagnole. L'État n'a pas ce qu'il faut pour la racheter et l'entretenir. Et même si elle était nationalisée ça ne veut pas dire qu'elle serait moins chère. Ce que font les gens maintenant c'est trafiquer les poteaux électriques et revendre l'électricité à d'autres personnes, mais c'est du vol ! Et tu peux être sûre que ceux qui manifestent ce sont les mêmes qui volent l'électricité.

Au Guatemala, les populations indigènes apparaissent comme de « mauvais sujets »²³, dont les comportements sont néfastes à la nation. Il faut les maintenir dans une position subalterne tout en les contrôlant car ils seraient potentiellement subversifs, et certainement dangereux. Des liens sont régulièrement opérés, par nombre de personnes *ladinas*, entre indigénité, criminalité et militantisme, comme si ces trois aspects étaient entremêlés. On accuse ainsi certains Indigènes de troubler l'ordre public parce qu'ils seraient à la fois liés à du trafic de drogue et de personnes, à la violence des gangs, responsables du blocage de l'économie du pays par des protestations. . . L'argument, évoqué par Mercedes, que les armes utilisées par les gangs sont des héritages de la guérilla, qui circulent également au sein des mouvements sociaux, m'a été mentionné plusieurs fois par des personnels de santé et des responsables *ladinos* d'institutions, au cours de mon terrain de recherche. Cet argument sert notamment à justifier l'intervention militaire dans les zones rurales huehuetèques, à la fois sujettes au trafic frontalier et en lutte contre l'implantation de méga-projets extractivistes et agro-industriels. La forte répression politique, judiciaire, policière et militaire des mouvements sociaux tend à renforcer cette perception

23. Mira, Duterme, et Giralou, *Mauvais sujets dans les Amériques*.

(Ch11-II). Dans ce contexte de post-guerre, l'impunité règne toujours, malgré le bilan humain et matériel dramatique du conflit pour les populations civiles rurales indigènes de Huehuetenango. Ces populations demeurent privées de nombreux droits et semblent parfois représenter une bombe à retardement dans l'esprit des dirigeants et de la population *ladina* en faveur du statu quo. La figure dangereuse des « *leaders négatifs indigènes* », agitée dans les discours politiques et dans les médias, exprime bien la crainte de la politisation, de l'organisation et de la subversion des populations indigènes. Cette figure permet également de perpétuer l'idée que les Indigènes sont des « ignorants », manipulés par des *leaders* charismatiques, qui brandissent de grandes causes politiques pour finalement ne rechercher que du profit personnel.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Ildefonso Ixtahuacán

- 6 mars 2013 -

Renato m'explique que pendant la guerre, ce sont des *leaders* qui ont manipulé des populations indigènes des deux côtés. D'après lui, la violence est en augmentation depuis la fin de la guerre, parce que « *les gens se sont organisés et que les leaders les appellent à manifester contre la mine, mais en fait c'est pour d'autres intérêts politiques, économiques et ces leaders se servent d'eux* ». Il me parle de manière dénigrante des manifestations contre la centrale hydro-électrique de Barillas. Il trouve légitime que l'on emprisonne les *leaders* communautaires dans ces cas de tensions pour faire revenir le calme. Un peu plus tard, quand je lui demande son avis sur l'extractivisme au Guatemala, il me dit qu'il est d'accord avec les personnes qui sont contre, parce que le Guatemala ne récupère que 2 % des bénéfices générés, mais que d'un autre côté ça crée de l'emploi et qu'il faut savoir faire des sacrifices et des compromis pour pouvoir se développer.

Les populations indigènes qui luttent pour la préservation des territoires, contre l'implantation de méga-projets agricoles miniers et hydro-électriques, sont régulièrement accusées d'être « *contre le développement* », de ne pas comprendre que les méga-projets permettent de développer le pays et qu'ils en bénéficieront. Pourtant, les projets hydro-électriques, par exemple, assèchent les sources d'eau aux alentours de communautés indigènes, qui paradoxalement n'ont pas accès à l'électricité. Les mouvements sociaux indigènes, qui militent principalement contre la privation de leurs droits fondamentaux, se retrouvent accusés de nuire à la nation en représentant un obstacle à son développement économique. Les populations indigènes seraient donc un frein au développement, notamment en raison de leur « ignorance ». C'est depuis cette optique que sont interprétées aussi les pratiques de planification familiale de ces populations, jugées néfastes au progrès national.

Le concept de « colonialité du pouvoir » du sociologue Aníbal Quijano désigne, au-delà de la période de colonisation de l'Amérique Latine historiquement définie, un ensemble de dominations, matérielles et symboliques qui en découle. Parmi elles, la catégorisation raciale ethnique et culturelle et l'ancrage des nations latino-américaines dans une structure de dépendance²⁴. Les notions d'universalisme, d'égalité et de démocratie se sont construites sur fond de rapport colonial et de rapport patriarcal, déterminant des populations et des territoires qui en seraient exclus. La construction des nations et des identités latino-américaines s'établit donc à partir d'une vision tronquée de la citoyenneté, basée sur une colonialité du pouvoir. La volonté de construire de l'universel subsiste par la hiérarchisation des savoirs²⁵. Feindre la valorisation des cultures racisées, tout en naturalisant les différences, permet au racisme de se maintenir²⁶.

24. Quijano, « « Race » et colonialité du pouvoir ».

25. Sanna et Varikas, « Genre, modernité et 'colonialité' du pouvoir ».

26. Masson, « Sexe/genre, classe, race ».

1.2 Gestion de l'altérité indigène

Mercedes, Paloma, Isabel - Huehuetenango - 48, 53, 56 ans - *ladinas*
- 8 avril 2014 -

Mercedes me montre des poupées de femmes indigènes en *traje* (vêtements indigènes tissés) qu'elle a sur sa cheminée

M - Ce sont mes *Inditas!* (mes petites indiennes - le terme *indita* est péjoratif) Elles te plaisent ?

Un peu plus tard, Isabel me parle des conditions de vie au Guatemala

I - C'est que nous, nous ne manquons ni de toit, ni de nourriture. Mais il faut voir comment eux (les Indigènes) ils vivent. Comme s'ils n'aimaient plus vivre. Ils n'ont d'argent pour rien, ils dorment juste tous ensemble comme des petits animaux, même les chevaux ils leur donnent de la nourriture et ils les installent là où eux ils dorment !

M - Ils n'ont que du ressentiment maintenant

P - Oui parce qu'avant ils étaient traités comme des esclaves dans les *fincas*. Mais maintenant ce n'est plus comme ça.

I - Évidemment, maintenant ils ne peuvent plus les traiter comme ça parce que sinon ils te brûlent !

M - Ah oui ! Ils te brûlent ! Des fois ils te brûlent juste parce que tu les as pris en photo ! Parce qu'ils pensent que tu leur voles leur âme ou je ne sais quelle bêtise.

I - Ah mais pourtant il faut les voir tous comment ils sont avec leurs téléphones, tous avec leurs petites caméras ! Des fois ils portent des jolis *trajes* et ils interdisent de les photographier juste pour que tu leur donnes de l'argent pour la photo.

M - Mais aussi ils ont lynché le japonais a Todos Santos juste pour une photo ! (Ch11·I) - à moi - Heureusement qu'ils ne t'ont rien fait à toi qui est souvent dans ces endroits toute seule !

P - Oui et le quartier où tu vis, mon Dieu, que des Solomeros qui y vivent et je ne sais quoi d'autre ! (Les Solomeros sont des personnes originaires d'un *municipio* indigène où beaucoup d'hommes sont passeurs de migrants et de drogue). Tu dois faire attention avec ces gens.

I - C'est que les Européens comme elle, ils aiment bien être avec les *Inditos* (manière péjorative de désigner les Indigènes). C'est parce que vous ne savez pas comment ils sont. . .

P - Oui mais tous ne sont pas comme ça, l'autre jour Anaïs est venue avec une de ses amies boire le café avec Santi (son neveu), elle était très aimable. Et elle m'a dit qu'elle est de Colotenango, mais elle ne portait pas son *traje*.

M - à moi - Ah oui ? Celle avec qui je t'ai croisé la dernière fois ? C'est une *Indita* elle ?

La sociologue Marta Casaús montre comment il est possible de considérer le racisme au Guatemala comme un élément historico-structurel, qui occupe une place importante dans l'idéologie de la classe dominante. Il s'est reproduit au cours des siècles et survit actuellement en accaparant une place pro-éminente dans l'idéologie dominante²⁷. Ce racisme est un fil conducteur au long de l'histoire guatémaltèque, un élément idéologique qui confère de la cohésion et de l'identité au noyau oligarchique. En ce sens le racisme est un instrument de maintien du pouvoir de la classe sociale dominante, et de reproduction globale des classes sociales qui se recourent souvent en groupes ethniques²⁸.

27. Casaús Arzú, « Resabios coloniales en América Central : el racismo en la ideología de la clase dominante guatemalteca ».

28. Casaús Arzú.

Depuis le XIX^{ème} siècle, il existe une perception qui perdure de l'Indigène soumis grâce à la répression et la violence exercée sur lui depuis la colonisation. Il serait aussi « traditionnel », fainéant, introverti et conformiste, car il accepterait sa situation de pauvreté et la privation de ses droits fondamentaux. Le *Ladino* serait au contraire progressiste, créatif et modernisant²⁹. Dorothee Delacroix déconstruit notamment la place des représentations controversées de « l'Indien » dans la construction de la mémoire fragmentée de l'après-guerre civile péruvienne où s'entrechoquent la figure souillée de « l'Indien subversif » avec l'image des citoyens, « *peruanos y limpios* », les « bonnes » victimes du conflit. Elle met ainsi en évidence la fragmentation du souvenir dans les villages, voire le cloisonnement des mémoires à l'échelle de la société péruvienne³⁰.

Cette vision essentialiste est éminemment présente encore aujourd'hui dans la société guatémaltèque, y compris au sein des nouvelles politiques de gestion de la différence indigène, issue des perspectives du multiculturalisme. En effet, ces politiques ont pour effet l'essentialisation des catégories ethniques vers des caractères immuables, ce qui permet au racisme de se développer sur ces bases³¹. La Nation se voit freiner par la présence indigène qui doit être régulée, encadrée, administrée, contrôlée. La continuité de la violence, par l'usage de la force comme de la violence symbolique, émane de la naturalisation de certaines pratiques post-conflit, qui, entre autre, considèrent les Indigènes comme des mineures, et donc incapables de prendre des décisions.

Le Congrès de l'Organisation des États Américains qui s'est tenu en 1940 au Mexique visait à résoudre « le problème indigène » et la nécessité d'intégrer les Indigènes à la culture nationale. Au Guatemala, s'en est suivi la création de l'Institut indigéniste en 1945, directement lié au ministère de l'éducation. L'accord de création justifie l'intégration sociale sous un postulat aux échos paternalistes :

*« Que le Guatemala, au sein de sa constitution ethnique fait face au problème de groupes indigènes. Ils ont une culture dont les valeurs positives doivent être protégées, mais il est nécessaire de les stimuler pour que s'élève leur niveau culturel, social et économique, et qu'ils contribuent de la meilleure manière possible à l'intégration d'une nationalité forte. La Constitution de la République, dans l'incise 15 de l'article 137, prévoit la création et le maintien d'institutions qui concentrent leur attention sur les problèmes indigènes et assurent l'assistance de l'État pour la prompt résolution de ces problèmes »*³²

L'Institut indigéniste guatémaltèque définit le problème indigène comme relevant de l'éducation³³. L'indigénisme guatémaltèque diffère du mexicain dans le sens où il est profondément influencé par le culturalisme états-unien. Le renversement du paradigme de l'indigénisme assimilateur s'opère dans le contexte particulier de la guerre froide et du conflit armé des années 1970³⁴. La construction nationaliste fondée sur l'assimilation des populations indigènes se voit remise en question par le débat sur la multiculturalité qui vise à reconnaître les différences culturelles, ethniques ou identitaires³⁵.

29. Casaús Arzú.

30. Delacroix, *De pierres et de larmes*.

31. Guillaumin, *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

32. www.unesco.org/culture/natlaws/media/pdf/guatemala/guatemala_a_curedo28081945_spa_prof.pdf

33. Paredes Marín, « Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa ».

34. Bergeret, « Anthropologies et controverse identitaire au Guatemala ».

35. Bastos, « Violencia, memoria e identidad : el caso de Choatalum ».

1.3 Les perspectives multiculturelles

Depuis plusieurs dizaines d'années, on observe que la plupart des pays latino-américains reconnaissent constitutionnellement la pluralité ethnique et culturelle de leur État. Ils mettent alors en place des politiques dites « multiculturelles », basées sur la reconnaissance de différences culturelles associées à des droits différenciés entre citoyens du même pays, au nom du respect de la diversité ethnico-culturelle. L'objectif affiché consiste en la protection des « cultures minoritaires » face à une « culture dominante », sous-entendue la « culture occidentale »³⁶. Cependant, en promulguant l'accès à des droits collectifs pour des groupes ethniques considérés comme fondamentalement différents, le multiculturalisme essentialise les cultures. En 1993, la Constitution guatémaltèque reconnaît officiellement que le pays est une nation « multiethnique », « multiculturelle ». Cette reconnaissance transforme considérablement le recours à la rhétorique du métissage. Il est cependant important de remarquer qu'au Guatemala, le terme « *ladino* » utilisé sur un plan général n'est problématique pour personne. Cependant, lorsqu'on l'utilise pour désigner tel ou telle personne, celles-ci peuvent contester leur désignation sous ce terme, car la rhétorique particulière du métissage qu'il implique ne les rapproche pas assez de la valorisation que contient l'ascendance européenne³⁷. Ce paradoxe montre « *la portée et simultanément les limites de la politique d'implantation de la bipolarité* »³⁸.

Notons que les politiques multiculturelles s'orientent vers une « préservation culturelle ». Au Guatemala, l'idée qu'il est bénéfique de « préserver la culture maya » est intimement liée aux recettes d'un tourisme éminemment tourné vers la fascination culturaliste des touristes européens pour les populations mayas. Les « Indigènes » guatémaltèques sont associés assez directement à la « culture maya ». Le terme « maya », qui remplace celui d'« indigène », est récent. Il émerge de conceptions culturalistes diffusées par des chercheur·e·s états-unien·ne·s, puis est revendiqué localement à partir d'un mouvement d'intellectuels indigènes guatémaltèques appelés « mayanistes » ou « pan-mayanistes ». L'historien Edgar Esquit définit ce mouvement de la façon suivante : « *Les mayanistes [...] sont les personnes et institutions qui promeuvent ouvertement les droits politiques des mayas et récupèrent une définition culturaliste sur le passé de ceux-ci, dans le but d'ancrer et de donner un appui historique à la notion de Peuple Maya et à la multiculturalité* »³⁹. L'idée principale du mayanisme est la promotion des peuples contemporains mayas au titre de descendants et représentants d'une même grande civilisation homogène. Ce mouvement défend ainsi l'unité des Mayas car ils auraient des ancêtres, une culture, une vision du monde, des langues de même origine. Pour les activistes mayanistes, impulser l'idée de la continuité dans la descendance, la culture et les langues est avant tout un enjeu d'ordre politique (Ch12-II-1). En effet, cette reconnaissance permettrait aux peuples actuels mayas de bénéficier de certains droits, en particulier l'accès à la propriété de la terre, mais aussi d'enrayer les processus forts de discriminations.

Au Guatemala, les relations de pouvoir restent imprégnées des formes coloniales. Aussi, la hiérarchie ethnico-raciale détermine les rapports sociaux entre les groupes. Elles s'inscrivent aujourd'hui dans un contexte d'après-guerre, où le souvenir des violences massives envers les populations indigènes fait écho à l'impunité et aux discriminations omniprésentes. La montée du mouvement mayaniste a constitué dans ce contexte « *à la fois un défi à la violence et à*

36. Robin Azevedo et Salazar-Soler, *El Regreso de lo Indígena*.

37. Garcia, « “Tanto que no sabes”. (Re)présentations de soi d'un groupe de Latino-américains en situation migratoire à Toulouse. »

38. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*. p.38.

39. Esquit, « Contradicciones nacionalistas : pan-mayanismo, representaciones sobre el pasado y la reproducción de la desigualdad en Guatemala ». p.2

l'oppression qui s'étaient cristallisés pendant la guerre et une remise en question du concept d'unité nationale qui avait toujours nié la réalité multiethnique du pays. D'après cette dernière conception, la culture ladina constituait la culture nationale guatémaltèque, et les Amérindiens n'avaient que le choix entre l'assimilation et la persistance dans une position subalterne »⁴⁰.

Les accords de paix guatémaltèques prévoient le respect et la valorisation de la multiculturalité au niveau étatique, et incitent, théoriquement, au respect des « coutumes locales ». Ils invitent alors à une redéfinition de la citoyenneté qui prendrait mieux en compte les différences culturelles, notamment à travers l'affirmation de droits collectifs pour les populations indigènes⁴¹. Cependant, cette aspiration annoncée entre en contradiction avec des politiques de développement élaborées dans un objectif de « modernisation occidentale ». En effet, ces politiques ne permettent pas la prise en compte de pratiques propres à certaines populations indigènes. Certaines pratiques sont considérées « culturellement arriérées » et « à changer », car jugées contraires à un quelconque développement économique et social. Il s'agit là d'une combinaison entre une transition démocratique contradictoire et un multiculturalisme néolibéral⁴².

En Amérique Latine, encouragés par les organismes internationaux, l'éducation et la santé ont été parmi les premiers domaines où les politiques multiculturelles se sont développées. Des programmes éducatifs et sanitaires prenant pour cibles prioritaires les populations indigènes vont alors tenter d'agir sur les rapports entre corps social et corps individuel, sphère publique et sphère privée, individu et population, État et citoyen⁴³. Les politiques éducatives visent à transmettre des codes de normes et de valeurs qui articulent les principes organisant la société à travers des modèles qui conforment l'histoire et la culture de la société dans laquelle ils sont générés. Aussi, la mise en place de politiques éducatives par les organismes d'État constituent des processus politiques et idéologiques non-neutres qui construisent et classifient des sujets⁴⁴. Au Guatemala, l'une des mesures des politiques multiculturelles au sein du système éducatif est l'autorisation, pour les élèves indigènes, de porter au sein de l'école leur *traje* indigène tissé, composé d'un *corte* (jupe longue drapée) et d'un *wipil* (haut brodé). Les autres élèves doivent porter l'uniforme de l'école.

De leur entrée à l'école jusqu'au dernier niveau pré-universitaire, les jeunes filles indigènes ont le choix entre l'uniforme et le *traje* complet. Pourtant, beaucoup de jeunes filles indigènes aimeraient porter la chemise de l'uniforme pour « être comme les autres », mais voudraient l'accompagner du *corte* à la place de la jupe courte imposée dans l'uniforme, pour des raisons de pudeur principalement. N'étant pas autorisées à combiner les deux types de vêtements, elles sont contraintes à choisir l'un ou l'autre. Elles doivent se positionner dans l'une ou l'autre identité. Notons que dans très peu d'endroits du Guatemala, les hommes indigènes portent des vêtements qui les distingueraient d'hommes ruraux *ladinos*. Aussi, les hommes indigènes portent moins visiblement cette identité et passent parfois plus facilement d'une catégorie à l'autre, d'autant plus qu'ils maîtrisent généralement mieux l'espagnol et certains codes de comportements *ladinos*, car ils en fréquentent plus souvent. Enfin, ils sont moins assignés que les femmes à incarner une identité indigène (Ch12·I).

40. Foxen, « A la recherche d'identités au Guatemala après la guerre civile : quelques perspectives transnationales ». p.64

41. Robin Azevedo et Salazar-Soler, *El Regreso de lo Indígena*.

42. Hale, *Mas que un indio/ More than an Indian*.

43. Fassin et Memmi, *Le gouvernement des corps*.

44. Morales Ramírez, « Las políticas educativas hacia la población indígena y la construcción de las identidades étnicas y de género. El caso de la región de Cuetzalan, Puebla, México ».



Unique enfant indigène en traje dans une classe kinder (équivalent grande-section de maternelle-CP) d'école privée de Huehuetenango

Dans le domaine de la santé, des statistiques sont utilisées pour justifier la nécessité de mettre en place une politique différenciée. En santé reproductive, les données montrent que les femmes indigènes ont des taux de fécondité plus élevés que les femmes *ladinas*, qu'elles tombent enceintes plus jeunes, qu'elles meurent plus pour des raisons associées au processus reproductif. La préférence de la plupart des femmes indigènes pour l'accouchement à domicile, jugé dangereux comme nous l'avons vu, doit alors être travaillé sur le mode de l'acculturation. Alors qu'en réalité les femmes indigènes préfèrent ce mode d'accouchement moins pour des raisons culturelles que pour des raisons sociales liées au fonctionnement de la société nationale et de son système de soins. Or, cette réalité sociale est méconnue car ce problème est culturalisé ⁴⁵.

1.4 Santé interculturelle et ethno-gouvernementalité

La dimension culturelle dans le développement est devenue un élément essentiel des politiques des organismes internationaux à partir des années 1980. Initialement, elle est pensée par certains comme une manière d'inclure une participation active des populations dans les programmes de développement. C'est finalement à partir d'une perspective essentialisée que la dimension culturelle est devenue un nouveau levier du pouvoir, au service de l'économie politique néolibérale de la différence ⁴⁶. Dans ce contexte, ont émergé les politiques de santé dites interculturelles.

En 1978, l'OMS et l'OPS (Organisation Panaméricaine de Santé) signent la déclaration de Alma-Ata, où l'importance de comprendre la santé dans un aspect global est reconnu, y compris en considérant les inégalités socio-économiques et la nécessité d'une participation individuelle et collective des populations dans les dispositifs de santé. Des organisations indigènes du continent américain commencent à se réunir à partir des années 1990 pour réclamer une amélioration des conditions de santé de leurs peuples. Elles demandent un meilleur dialogue entre médecine indigène et occidentale, moins de discriminations, des réponses adaptées aux vrais besoins des populations et non pas seulement au suivi de programmes qui en sont déconnectés, la légalisation

45. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ».

46. Boccara, « Tous homo oeconomicus, tous différents. Les origines idéologiques de l'ethno-capitalisme ».

de la médecine indigène. Elles font la promotion d'un renforcement de l'identité indigène pour obtenir plus de droits et proposent de puiser dans les éléments culturels indigènes comme base de construction de modèles alternatifs de santé et de développement.

Selon Espinosa et Ysunza⁴⁷, il existe différentes focalisations interculturelles : paternaliste ou intégrationniste (reconnaissance de la diversité mais dans une perspective verticale qui pose le personnel de santé en expert), culturaliste (reconnaissance du pluralisme culturel mais accorde un degré d'importance supérieur à la langue et aux aspects didactiques), de coexistence (étude des cultures et traditions indigènes pour organiser des programmes de santé adaptés), autonome ou *d'empowerment* (exercice des droits et des dispositifs en santé depuis les communautés elles-mêmes). Pour les organismes internationaux, l'interculturalité ne se réfère souvent qu'à la relation entre deux cultures. Dans le cas de la santé, il s'agit de la « culture bio-médicale » et de la « culture traditionnelle ». La dichotomisation culturaliste de ces deux cultures invisibilise la réalité des pratiques de pluralisme médical. De plus, la réduction au caractère uniquement culturel empêche d'établir des relations respectueuses et symétriques entre les pratiques de santé⁴⁸.

La question de la santé interculturelle est donc assez polémique. Certain·e·s chercheur·e·s considèrent que la mise en place de dispositifs de santé différenciés sur une base ethnique, comporte le risque de ne pas améliorer les conditions inégalitaires d'accès à la santé pour tou·te·s. La politique de santé interculturelle est alors jugée déconnectée des problèmes structurels qu'affrontent les communautés et qui ont un impact sur les processus de santé et d'attention. En générant des approximations culturalisantes et rigides, elle naturalise les inégalités sociales.

Le concept d'ethno-gouvernementalité proposé par Guillaume Boccara fait référence aux « nouvelles modalités de régulation des populations indigènes qui vont au-delà de l'imposition d'un système de règles ou de la simple répression des pratiques et représentations thérapeutiques indigènes [...] sachant qu'elles contribuent à former de nouvelles subjectivités, à contraindre les usagers à adopter une bonne conduite, à médicaliser l'espace des figures politiques communautaires, à dépolitiser les problèmes de santé en les dissociant de la structure socio-économique et à inciter les individus à ce qu'ils se gouvernent par eux-mêmes de la meilleure manière possible »⁴⁹. À travers la notion d'ethno-gouvernementalité, Boccara montre que les politiques de santé interculturelle visent moins à la reconnaissance de la diversité culturelle, qu'à une gestion nouvelle de cette diversité, à une redéfinition du corps individuel et collectif indigène, et, à un niveau plus global, à un découpage du corps social en catégories ethniques. Au sein de la santé publique, la santé interculturelle s'inscrit dans un nouveau rapport de savoir/pouvoir, qui tend à produire de nouveaux sujets ethniques collectifs et individuels, à travers une dynamique double d'ethnisation et de responsabilisation⁵⁰.

Au Guatemala, les Accords de paix de 1996 ont entraîné une réforme du système de santé, prenant en compte l'accès aux droits des populations indigènes. Les services de santé sont alors repensés en fonction d'un découpage territorial ethno-linguistique. Des projets interculturels de médecine traditionnelle et alternative sont lancés, mais n'aboutissent pas. Se mettent en place quelques tentatives d'usage de l'herboristerie de la médecine traditionnelle guatémaltèque dans les structures publiques de santé. Les plantes ne sont alors perçues qu'à travers leurs propriétés

47. Espinosa Cortés et Ysunza Ogazón, « Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud ».

48. Perdiguero-Gil, « Una reflexión sobre el pluralismo médico ».

49. Boccara, « Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile ». p. 201.

50. Boccara.

d'un point de vue technico-scientifique, en dehors de leurs usages contextuels et symboliques. Finalement, peu de fonds sont octroyés pour mettre en place ce projet et former les personnels, de surcroît réticents à s'y conformer⁵¹. Aussi, le succès est très mitigé car les populations indigènes se rendent au centre de santé pour se procurer des médicaments, et non pas des remèdes à base de plantes qu'elles trouvent auprès des *comadronas* ou qu'elles confectionnent elles-mêmes.

En novembre 2009 est créée l'UASPII (Unité d'Attention en Santé des Peuples Indigènes et Interculturalité) au sein du ministère de santé publique pour proposer des programmes de santé multiculturels destinés à améliorer la santé des populations indigènes. L'action de l'UASPII s'est tournée vers la revalorisation de la médecine traditionnelle (férias, expositions), la consultation d'acteurs du système de santé non-allopathique sur des questions concernant la pertinence culturelle de programmes, la formation et la sensibilisation des personnels de santé, les infrastructures pour des accouchements avec des techniques traditionnelles. . . Malgré la mise en place de projets pilotes, les résultats concrets ont mis en avant uniquement des adéquations culturelles dans certaines structures médicalisées, principalement liées à l'intégration de personnels indigènes issus du même groupe ethno-linguistique. La consultation des tradi-thérapeutes s'est concentrée presque uniquement sur des thérapeutes k'iche' et kak'chikeles, groupes ethniques d'où est issue la plupart des élites mayanistes. Or, on sait que certaines ethnies « mayas » disposent de moins de ressources et de richesses que ces deux groupes, y compris dans le travail culturel. C'est notamment le cas des mam, les plus présents dans la région de Huehuetenango. Il existe donc des formes de *leadership* indigène privilégiés dans les rapports de cooptation⁵². Aussi, il s'opère une hiérarchisation des ethnies par leur capacité à s'approprier ces politiques multiculturelles⁵³.

Selon Didier Fassin, la confrontation d'acteurs différents dans le champ thérapeutique amène les uns à se situer par rapport aux autres, non seulement du point de vue des connaissances mais aussi dans des rapports de force et des jeux de reconnaissance. Or, actuellement, la valorisation de la science et la prééminence de l'État rendent la légitimité rationnelle-légale supérieure. Les tradi-thérapeutes sont alors amenés à rechercher une reconnaissance par des instances scientifiques et une officialisation par les pouvoirs publics. Or, l'intégration est aussi une normalisation⁵⁴. En effet, on l'a vu, l'intégration institutionnalisée des tradi-praticiens aux dispositifs de santé, comme les sages-femmes indigènes, relève finalement plus d'une institutionnalisation et du contrôle que du droit à la différence comme cela est présenté. Cela ancre l'idée qu'au sein du multiculturalisme il existe une société indigène ancrée dans la tradition, aux côtés d'une société cosmopolite associée à la modernité et donc à l'adhésion bio-médicale⁵⁵.

A. Mira montre comment les discours des personnels de santé du Chiapas reposent sur l'idée que les Indigènes seraient réticents à la médicalisation de la période périnatale à cause d'un conditionnement culturel, alors même que cela permettrait de résoudre la mortalité materno-infantile, plus forte chez cette population, et donc que cela résoudrait les inégalités de santé. Mais pourquoi dans ce cas promouvoir le recours à des sages femmes indigènes? On peut

51. Paredes Marín, « Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa ».

52. Taracena Arriola, *Etnicidad, estado y nación en Guatemala*.

53. Robin Azevedo et Salazar-Soler, *El Regreso de lo Indígena*.

54. Fassin, « Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines ».

55. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

alors envisager que les politiques multiculturelles de santé dans ce contexte s'articulent bien entre médicalisation et contrôle social. C'est d'ailleurs pourquoi elles associent prévention et surveillance, dans les campagnes de vaccination massives, d'éducation, de suivi, de recensement, et cooptent des membres de la communauté pour assurer cette surveillance⁵⁶.

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam- 22 ans - ladino
- 17 mai 2014 -**

H - J'ai fait une formation à Xela où on nous a donné des pistes pour que l'éducation qu'on donne soit plus effective. Vu qu'il y a beaucoup de barrières actuellement pour que l'éducation fonctionne. Une des techniques qu'utilise le ministère de santé c'est de mettre des personnels éducatifs bilingues qui ont pour langue maternelle une langue maya mais qui comprennent bien l'espagnol. Comme ça, ils comprennent en lisant les documents qu'on leur donne et ils peuvent les retransmettre.

A - Et selon toi c'est une bonne méthode sur quels aspects ?

H - Ben l'éducation c'est ce qu'il y a de plus important, c'est la seule manière pour qu'il y ait un réel changement. La dernière fois on a parlé du fait que malheureusement ces gens (les Indigènes ruraux) ne comprennent pas ce qu'on cherche à leur faire connaître. Comment faire pour que ces gens nous comprennent ? Avec des personnes qui parlent la même langue maternelle qu'eux c'est déjà un début. Sûrement que si on continue de leur parler en espagnol ils ne vont jamais comprendre, le message ne va pas passer, et donc il n'y aura pas de changement. [...] Bon mais aussi la majorité n'ont même pas fait ou fini le primaire. Et donc ça fait qu'ils ne comprennent pas, ils n'ont pas eu un développement psychologique, mental... Ils ont un retard, parce qu'ils n'ont pas eu de stimulation neurologique. Ça ne veut pas dire qu'ils ne sont pas intelligents, c'est juste que ça leur coûte plus de développer... une logique, une forme de raisonnement. Mais ce n'est pas de leur faute, c'est qu'ils n'ont jamais reçu d'éducation. Donc pour l'instant, la solution c'est d'innover dans la forme didactique de passer les messages. Avec des images par exemple.

On remarque qu'au Guatemala, la question de la santé interculturelle ne s'est jamais réellement posée en terme de droits humains. Aussi, la politique interculturelle actuelle part de l'idée que les Indigènes ne fréquentent pas les structures de santé à cause d'un écart, d'un choc, culturel. Comme le suggère Hedgar, il est alors nécessaire de réduire cet écart pour les attirer, pour les convaincre. La majorité des actions actuelles ne permettent pas d'améliorer les conditions d'accès à la santé des populations, notamment car elles sont éloignées de la conception en amont des programmes dont elles sont bénéficiaires, niant le renforcement des droits individuels et collectifs à la santé⁵⁷. Aussi, la mise en place de programmes « culturellement adaptés » ne peut être considérée comme la simple reconnaissance de la diversité nationale. L'accent sur la question culturelle permet une formulation des problèmes de santé qui écarte la question de l'inégalité sociale et de la discrimination, et entretient de ce fait la différenciation, en continuant de stigmatiser la différence. Ces politiques participent donc d'un double discours de construction et de dévalorisation de l'indigénité.

1.5 La référence au modèle occidental

Au cours de mes terrains, je voyage souvent dans les *municipios* avec Renato, l'éducateur d'Aprofam, pour assister aux *jornadas* de l'ONG. Je remarque que Renato témoigne en per-

56. Mira Crick.

57. Paredes Marín, « Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa ».

manence de sa fascination pour le « *monde occidental* ». Il oppose le Guatemala au « *monde occidental* » par des phrases types : « *Au Guatemala, nous sommes beaucoup plus en retard qu'en France ou qu'aux États-Unis* ». Il trouve que, contrairement aux Guatémaltèques (en ne distinguant pas *Ladinos* et Indigènes), les Européens sont « *évolués* », « *développés* », « *éduqués* », « *civilisés* ». Cette fascination se décline sur un versant à la fois technique et moral. Il admire « *les technologies* », « *les industries* » et les « *infrastructures* », les méthodes politiques de gouvernance et la moralité des dirigeants, ou encore « *l'éradication du machisme* », qui seraient l'apanage des pays nord-américains et européens. Par exemple, selon lui, la violence conjugale et sexuelle n'existe pratiquement pas aux États-Unis, ou alors elle est marginale ou le fait des migrants latino-américains. Il arrive parfois que, lors de ses allocutions exposant sa fascination occidentale, la dimension culturelle dévie sur la dimension raciale. Renato fait souvent des commentaires positifs sur mon physique, par exemple sur ma relative grande taille : « *c'est une taille normale pour la France, mais ici notre race est petite alors que supposément on a une ascendance espagnole!* ». Les commentaires valorisant sur les traits identifiés comme « européens » de mon physique sont fréquents dans les structures de santé. Plusieurs fois, l'aide-soignante et la gynécologue de la clinique de planification familiale de l'Hôpital y font référence dans leur interaction avec les patientes, pour défendre leur argumentaire néo-malthusien. Par exemple, face à une patiente qui se plaint d'avoir grossi avec l'injection, la gynécologue l'encourage à accepter un stérilet et me désigne en déclarant à la patiente : « *avec la T vous allez devenir une barbie comme elle* ». Elles s'emploient fréquemment ainsi à commenter mon physique devant des patientes ou des personnels de l'Hôpital en faisant l'apologie du mode de vie européen qui permet aux femmes de conserver un physique avantageux, notamment grâce à l'entrée tardive dans la maternité et à l'espacement des grossesses.

Ma présence et mon image d'Européenne blanche, avec un haut niveau d'études, représentant la modernité occidentale, assimilée aux organismes financeurs, est instrumentalisée régulièrement par les professionnel-le-s, comme je l'évoquais dans la partie I. La gynécologue de la clinique de planification familiale de l'Hôpital tient ainsi absolument à m'emmener systématiquement avec elle lorsqu'elle se rend à la maternité, service dans lequel elle n'a aucun pouvoir hiérarchique institué. En ma présence à ses côtés dans ce service, elle en profite pour donner à d'autres personnels des consignes qui correspondent uniquement à sa manière de concevoir la santé reproductive : « *toutes les femmes doivent sortir de la maternité stérilisées ou avec un stérilet* ». Ma présence semble constituer à ses yeux une ressource importante, afin de donner plus de poids à ses demandes et les légitimer (Ch3-II-1).

Lors des *charlas*, les médecins d'Aprofam commencent toujours par me présenter aux patientes, en précisant ma nationalité, mon niveau d'étude et mon intérêt pour l'action d'Aprofam et les services de planification familiale médicalisées, qui sont mis en place spécialement pour elles (les femmes indigènes), dans le pays. À chaque discours, après m'avoir présenté, ils poursuivent en précisant « *d'ailleurs, l'OMS dit que pour le bien être de tous, il faut limiter le nombre d'enfant et les espacer d'au moins cinq ans* ». Ils les félicitent ensuite d'être là pour une intervention contraceptive, car c'est « *une attitude responsable dont nous pouvons tous être fiers comme Guatémaltèques* ». Cette phrase est prononcée en ma direction, pour signifier aux patientes qu'ensemble, les personnels d'Aprofam et les patientes exécutent ce que les institutions internationales attendent d'eux et d'elles. Régulièrement, le Dr Ricardo de l'unité Aprofam qui pose les implants demande aux jeunes patientes leur âge et le nombre d'enfants qu'elles ont. Chaque fois que la réponse ne correspond pas à la norme procréative, il se tourne vers moi et déclare assez fort pour que tout le monde entende : « *18 ans et déjà deux bébés... Qu'est-ce qu'on penserait de ça dans ton pays!?* ». La référence à des « modèles occidentaux »

est sans cesse mobilisée par les professionnel-le-s pour légitimer, voire imposer, leur action. Les arguments d'autorité qu'ils emploient réfèrent aux recommandations d'organismes tels que l'OMS, au progrès technique, à la gratuité, à l'intérêt d'organisations internationales pour le Guatemala. . . Ils visent à démontrer la supériorité d'un mode de pensée occidental des pays du Nord sur les dispositifs possibles au Guatemala.

Le discours d'Hector, un aide-soignant *ladino*, à propos de l'avortement, traduit pourtant un conflit entre une aspiration à se rapprocher de valeurs occidentales tout en restant attaché à l'identité nationale guatémaltèque.

**Hector - aide-soignant dans un poste de santé rural - 25 ans - *ladino*
- 18 septembre 2015 -**

H - Pour être sincère je pense que c'est fréquent que les femmes s'avortent. Parce que c'est déjà arrivé qu'elles viennent me demander de l'aide pour ça. Et moi je dis « *non, c'est pas correct* ». Mais dans beaucoup de pays c'est accepté, même légalement. Aux États-Unis je crois qu'ils ont un million d'avortements. Ici, au Guatemala. . . bon pour commencer notre religion est catholique, c'est central, on a une morale chrétienne. c'est un peu difficile d'être contre la vie ici. Alors pour parler en terme de morale et d'éthique je te dirais que je suis contre l'avortement. Mais, voyant dans quelle situation sont les gens actuellement dans notre pays, et voyant ce qui se fait dans vos pays, je crois que c'est peut-être se couper d'une... modernisation. Et je pense que le Guatemala fera un jour une loi comme chez vous pour que ce soit accepté, car on doit évoluer. Mais pour l'instant on ne peut pas être en faveur de ça. C'est incorrect, illogique. Qui je suis pour ôter la vie à quelqu'un? Mais bon il y a toujours plus de personnes sceptiques dans notre pays, des personnes qui amènent des idées d'ailleurs, qui innovent. Donc l'avortement viendra bientôt je pense. Et ça sera approuvé. Comme pour l'homosexualité : maintenant dans les villes ici c'est accepté grâce aux influences extérieures bien que ça aille contre l'éthique chrétienne. Mais après ça devient accepté par la loi et ça se pratique. Tout ça ce sont des processus au niveau international. Des valeurs se perdent, le respect pour la vie se perd, la morale, les principes que nous avons ici. Mais il faudra le légaliser un jour car c'est une avancée.

Les imaginaires politiques et culturels des nations latino-américaines post-coloniales restent imprégnés d'un eurocentrisme fort, lié à la construction d'une idéologie de la modernité qui distingue des populations « *occidentalisées* » et des populations « *traditionnelles* ». Ces nations intègrent certains mécanismes de reproduction du racisme colonial, dans ses imaginaires, ses pratiques sociales et ses institutions politiques, notamment par une construction nationale fondée sur des idéaux de « modernité ». Or, l'exclusion de certaines populations sur des critères raciaux et de genre « *fait partie intégrante des rapports sociaux ayant forgé l'histoire matérielle, symbolique et discursive de la modernité* »⁵⁸. Dans ce contexte, le multiculturalisme ne représente qu'un nouveau mythe d'universalité et d'unité nationale. Il masque le maintien des ségrégations de race et la recrudescence d'un néo-colonialisme interne.

D'après la sociologue Emma Chirix, le façonnement des modèles familiaux des Indigènes au Guatemala par les politiques de santé reproductive peut être analysé en ce sens comme une réactualisation d'une planification coloniale. En effet, après avoir assuré le contrôle physique et politique sur les nouvelles colonies, la couronne espagnole et l'Église ont imposé des normes

58. Masson, « Sexe, race et colonialité. Point de vue d'une épistémologie postcoloniale latino-américaine et féministe ».

et des modèles quant au comportement chrétien qui devait régner entre les « natifs » et leurs colonisateurs. Cela impliquait la réalisation de certaines formes d'unions entre les personnes pour construire des « formes correctes de familles et de sociétés » : imposer notamment un « modèle familial ibérique » en y appliquant les intérêts légaux et économiques de la couronne et de l'Église. Le mariage très jeune fut alors imposé et la famille nucléaire favorisée, pour récolter plus de tributs, car les tributs étaient recueillis dans chaque foyer. Une déstructuration sociale des familles indigènes s'est ainsi opérée⁵⁹. Si l'imposition légale de modèles de régulation d'unions et de naissances chez les populations indigènes demeure souhaitable dans l'idéologie d'une frange de la population *ladina*, l'éducation semble un moyen plus efficace d'atteindre cet objectif, comme en témoigne Hedgar :

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 17 mai 2014 -**

H - En Chine ou au Japon il y a des lois qui interdisent d'avoir plus de deux ou trois enfants. Et les gens respectent ça. Ici s'il y avait ça, les gens ne le feraient que dans les villes. Dans les zones rurales, peut-être qu'ils ne connaîtraient même pas la loi, et même, ils ne la respecteraient pas.

A - Ah bon ? Pourquoi ?

H - Par ignorance, pour l'aspect culturel aussi. Parce que dans les communautés ils ne connaissent pas le système judiciaire de notre pays. Ces gens, ils ne savent même pas qu'il y a des lois, des cours de justice... Le Japon a réussi à ce que les gens ne fassent qu'un seul enfant par femme. Mais là-bas l'éducation est plus avancée, les gens ont des niveaux universitaires, donc ils comprennent. Il y a une connaissance intellectuelle, un développement mental, les gens sont éduqués. Alors qu'ici, s'il n'y a presque pas d'éducation, comment je peux demander à une personne analphabète, qui ne connaît pas, qui ne sait pas grand-chose, de n'avoir que deux enfants. Ils ne vont pas vouloir ! Ce qui va prédominer c'est la forme qu'ils ont déjà, la *cosmovision* maya.

2 Stigmatisation des comportements « indigènes » en matière de reproduction

Dans les années 1980, la majorité des études sur la sexualité menées par des ONGs guatémaltèques telles que Aprofam, AGES (Association Guatémaltèque d'Éducation Sexuelle), IDEI (Institut d'Investigation Interethnique) et le Population Council, présentait une dimension positiviste et raciste⁶⁰. Entre 1995 et 2000, les campagnes et recherches sur le sida et les MSTs, menées par les ONGs au Guatemala, associaient la sexualité au risque et à la mort et non pas au plaisir⁶¹. Finalement, ces études n'ont abouti à aucune action concrète de protection de la population maya. La reproduction était perçue comme un problème des femmes et des Indigènes, avec l'idée que ce sont elles/eux les responsables de la sur-population⁶². L'objectif de ces études était de guider des groupes professionnels dédiés à la santé reproductive, pour atteindre de meilleurs résultats concernant la santé materno-infantile, le contrôle de la natalité et la prévention du VIH. Mais ces études, qui privilégiaient les données chiffrées, étaient empreintes de préjugés et de jugements de valeurs, préférant mettre en avant les failles des populations plutôt que de formuler une auto-critique⁶³. L'objectif semblait alors plutôt de justifier une relation de domination et de racisme envers des groupes sociaux, exclus historiquement, avec

59. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

60. Chirix.

61. Camus, *Ser indígena en ciudad de Guatemala*.

62. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

63. Chirix.

l'objectif de légitimer la soumission des corps et de la sexualité des femmes, spécialement les femmes indigènes⁶⁴.

Fassin et Defossez estiment que « *l'opinion que se forgent les médecins et les décideurs au sujet des populations qu'ils soignent ou administrent, de leurs comportements et des raisons ou des logiques qui les sous-tendent, se fonde souvent sur une connaissance qui ressortit à la sociologie ou à l'anthropologie spontanées, c'est-à-dire à une sorte de bon sens. Il en résulte une série d'idées reçues dont la plupart résistent mal à l'épreuve des faits* »⁶⁵. Les personnels de santé guatémaltèques rencontrés sont excessivement imprégnés d'une vision culturaliste, qu'ils puisent d'une part dans leurs formations et consignes professionnelles, et d'autre part dans la pensée commune au Guatemala. Cette pensée qui résulte des processus de colonialité décrits précédemment, homogénéise et essentialise les identités indigènes. Tel que le décrit Fassin, le culturalisme se décline d'un côté par une essentialisation de la culture qui en fait une réalité en soi, indépendamment des autres réalités sociales. Il se décline, d'un autre côté, par la surdétermination de la culture qui propose comme issue au cheminement intellectuel une explication uniquement de l'ordre du culturel. Dans le domaine de la santé publique, le culturel est souvent pensé en terme d'obstacle, occultant les inégalités sociales, qu'elles soient économiques, ethniques, sexuelles...⁶⁶ De ce fait, les responsabilités politiques sont reportées sur les populations concernées. Ici, les femmes indigènes sont donc tenues pour responsables de l'échec des programmes de planification familiale.

2.1 Ignorance supposée des indigènes et diffusion de « rumeurs négatives »

On l'a vu, l'accès à la contraception médicalisée est très difficile pour les jeunes femmes rurales nullipares. Pourtant, les personnels de santé donnent plutôt des explications de l'ordre des représentations culturelles pour expliquer cette inégalité sociale :

**Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -**

A - Mais ici les femmes tombent enceintes très jeunes et elles utilisent rarement des méthodes contraceptives avant leur premier bébé.

C - Oui elles ne planifient jamais avant. C'est à cause de la croyance que l'utérus qui n'a pas eu d'enfants ne peut pas être en contact avec des méthodes contraceptives sinon le premier enfant naîtra avec des malformations.

A - D'où vient cette croyance ?

C - Ce sont des croyances... bon peut-être certaines jeunes filles actuellement ont quelques connaissances, mais qu'est ce qui se passe ? C'est que les mères ont sans doute écouté des rumeurs qui ne sont pas basées scientifiquement et donc elles ne planifient pas. Ces croyances traversent les générations, c'est pour cela qu'elles sont toujours là.

A - Mais d'où viennent ces rumeurs ?

C - Ce sont des rumeurs... religieuses surtout. Des rumeurs qui... peut-être d'autres pays. Mais elles ne sont pas fondées, ce sont juste des rumeurs que les personnes rapportent de leurs ancêtres. Pour le dire comme ça : une rumeur qui apparaît il y a plus de 50 ans va continuer aujourd'hui. Et c'est possible que cette rumeur d'il y a 50 ans était fausse.

64. Chirix.

65. Fassin et Defossez, « Une liaison dangereuse ». p.28

66. Fassin, « Inégalités, Genre et Santé, entre l'universel et le culturel ».

Et comme tu as bien vu, peut-être sur mille personnes ici qui n'ont pas encore eu d'enfants, seulement deux ou trois planifient. Pourquoi ? Parce que ces personnes ont étudié, qu'elles ont été à l'étranger, elles ont une nouvelle psychologie. Mais c'est deux sur mille.

Un des principaux obstacles à la généralisation de la planification familiale médicalisée est identifié par les personnels de santé sous le terme usuel de « *rumeurs négatives* ». Il s'agirait de « *croyanances fausses* », qui entachent la réputation des moyens de contraceptions dits « *modernes* » et qui se diffuseraient grâce à l'ignorance d'une partie de la population toute désignée : les Indigènes. Les « *rumeurs négatives* » sont décrites sous forme d'énoncés tels que « *les pilules contraceptives forment des poches de sang dans l'estomac* », « *l'implant hormonal donne le cancer ou fait pourrir le bras* », « *des bébés naissent avec le stérilet planté dans le front* », « *sauter éjecte le stérilet* », « *les injections contraceptives empêchent de travailler* », « *la stérilisation rend nymphomane* »... Selon les personnels médicaux, ces rumeurs proviennent des représentations des populations indigènes jugées archaïques, de leur analphabétisme et de leur « *ignorance* » qui les empêchent de bien interpréter l'information, ou qui les rendent manipulables face à un carcan religieux.

Paradoxalement, lors des consultations observées, les quelques patientes qui exprimaient ces rumeurs, disaient les tenir de personnels sanitaires.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 1^{er} avril 2013 -

L'externe aide-soignante me demande ce qu'est l'implant. Je lui explique rapidement avant qu'elle ne s'exclame : « *Ah oui , c'est le Jadelle ! Ma cousine en avait un, mais elle l'a gardé plus de cinq ans. Quand elle l'a enlevé elle voulait un autre enfant et elle ne pouvait pas retomber enceinte. Le docteur qu'elle est allée voir lui a dit que le Jadelle l'avait rendu stérile* ». Je lui demande ce qu'elle pense de ce diagnostic. Elle répond « *Ah ben ça doit être comme a dit le docteur !* »

Les personnels de santé ont conscience de la mauvaise qualité des méthodes contraceptives distribuées, engendrant échecs contraceptifs et effets secondaires importants. Ils critiquent d'ailleurs parfois les failles, les dysfonctionnements et les effets secondaires des méthodes temporaires disponibles pour justifier l'orientation vers la stérilisation, même si cette démarche recouvre sûrement d'autres intentions⁶⁷. Aussi, ils n'ignorent pas le manque de confiance des personnes indigènes envers l'attention médicale et certains de ses fondements. Oliver, un jeune aide-soignant *ladino*, évoque même des raisons socio-économiques, ainsi que des raisons de racisme et de discriminations qui expliquent le manque d'accès aux structures médicales, à l'information, et à une attention de qualité pour les personnes indigènes. Cependant, il estime parallèlement que c'est la culture archaïque indigène qui bloque avant tout cet accès, notamment en raison d'un machisme excessif qui lui serait propre, combiné à de l'ignorance. D'après lui, les hommes indigènes empêcheraient les femmes de se rendre dans les structures médicales parce qu'ils penseraient, par ignorance, que l'attention médicale est néfaste pour la santé de leur femme, voire mortelle. Cette manière de penser ne serait pas partagée par les populations *ladinas* y compris rurales, selon Oliver, car « *elles acceptent le changement, y compris le changement en faveur de la santé* ».

Les « *rumeurs négatives* » ont ceci de particulier qu'elles fonctionnent beaucoup de manière performative. C'est à dire qu'elles sont systématiquement énoncées comme des rumeurs de ces rumeurs. Le plus souvent ce sont des rumeurs rapportées et non pas entendues directement. Le

67. Vergès, *Le Ventre des femmes*.

fait qu'elles se présentent sous la forme de rumeur de rumeur a un effet englobant, qui fait que la population indigène va être soupçonnée dans son ensemble de croire à ces rumeurs. Ainsi, certains personnels de santé, qui m'ont rapporté de nombreuses « croyances négatives » des Indigènes sur la contraception, n'avaient eux-mêmes jamais entendu une personne indigène les formuler. Ils étaient pourtant persuadés que l'ensemble des personnes indigènes possédaient ces croyances ou étaient susceptibles de les développer. Le fait que les rumeurs soient performatives contribue à décrédibiliser la parole, les ressentis et les choix des patientes indigènes. Par exemple, alors qu'une patiente porteuse du VIH se présente à la clinique très inquiète à cause de douleurs qu'elle identifie comme provenant d'un stérilet posé la semaine passée, l'aide-soignante présente son cas à la gynécologue : « *cette patiente veut enlever la T, je suis sûre que c'est son mari qui lui a dit de l'enlever* ». La gynécologue m'explique après la consultation qu'elle s'est « *disputée avec la patiente, parce qu'une dame, une voisine peut-être, lui a dit qu'elle allait avoir des douleurs avec la T, et, comme par hasard, le lendemain elle a commencé à avoir des douleurs!* ». L'aide-soignante et la gynécologue interprètent ainsi, chacune à leur façon, la demande de la patiente d'enlever le stérilet, sans tenir compte des douleurs réelles qu'elle ressent. On reproche d'ailleurs souvent aux femmes l'existence des rumeurs négatives, même quand elles n'en évoquent pas. L'aide-soignante Evi se fâche systématiquement avec les femmes indigènes qui se présentent en retard de quelques jours pour renouveler leur injection contraceptive trimestrielle en évoquant la diffusion de rumeurs négatives : « *vous devez venir quand c'est la date, parce qu'après vous tombez enceinte et vous dites aux autres que l'injection ne fonctionne pas!* »

Pour Jean, le coordinateur de projet du Rotary Club qui participe à des programmes de planification familiale, la présence de ces rumeurs justifie qu'on oriente radicalement les femmes vers la stérilisation.

Jean - Guatemala - Membre Rotary club - 70 ans - français
- 21 mars 2014 -

J - Tu as entendu parler de ces rumeurs négatives, non ? C'est l'atavisme des gens qui ne sont pas instruits.

A - Comment ça ? C'est quoi l'atavisme ?

J - La transmission culturelle d'idées fausses, de mauvaises manières de penser et de faire les choses. Mais ça c'est à cause de l'ignorance, du manque d'éducation. Avec l'alphabétisation, la natalité diminue de 50 %. Pour les rumeurs c'est que les gens inventent car ils ne savent pas. Quand quelqu'un ne sait pas, il va dire « non » sans chercher à comprendre. C'est la première réaction des gens peu instruits. Pour les opérations, les femmes sont plutôt préoccupées par la question santé, le risque de cancer à cause de l'opération. Les hommes sont plutôt préoccupés par la question de la nymphomanie de leur femme après l'opération. Mais quand il s'agit de région très pauvres, très indigènes, très analphabètes : il n'y a que l'opération. L'implant c'est compliqué, ça fait peur. Elles préfèrent avoir 3-4 gosses et se faire opérer. Si elles ne sont pas alphabétisées ça ne marchera pas, elles ont peur. L'injection il y a 20 ou 30 % de femmes qui la supportent mal. Ça leur fait des hémorragies. Elles en parlent et ça décourage d'autres femmes de l'utiliser. Bon toutes les méthodes ont leurs défauts, il n'y a pas de méthodes 100 % satisfaisante. Mais je remarque qu'opérer les femmes c'est quand même la meilleure solution, parce que les rumeurs sont moindres et, même s'il y a parfois des effets secondaires, une fois que c'est fait, c'est fait.

Valeria, éducatrice Aprofam, reproche aux patientes de ne pas prendre l'opération assez au sérieux, de ne pas venir à jeun, propres, dans des habits commodes, de rentrer chez elles en marchant ou dans des transports inconfortables, alors qu'elles habitent loin. Elle leur reproche

également de ne pas se rendre compte que l'opération est définitive et de venir demander après qu'on les dé-ligature. Pourtant, une administratrice d'Aprofam semble valoriser l'ambiguïté sur ce point puisqu'elle estime que « *la ligature est mieux que la section des trompes, car les femmes des communautés préfèrent que ce ne soit pas coupé, en raison de leur culture peut-être* ». Selon Valeria, il faut toujours donner une explication minimum aux patientes indigènes avec quelques mots seulement, sans se lancer dans des explications détaillées : « *plus on leur explique, plus elles font des confusions* ». C'est pourquoi elle préfère donner une information tronquée, partielle et partielle aux patientes, prétextant qu'une information complète amènera les femmes à développer des croyances erronées et dangereuses pour la réputation des méthodes contraceptives.

Aussi, de potentielles représentations erronées, qui découleraient d'un manque d'information, justifieraient paradoxalement une privation d'information. Le manque de soin apporté à la qualité de l'information a pourtant des conséquences assez graves. D'autant qu'on remarque que les rumeurs réfèrent presque toutes soit au caractère inefficace de la méthode contraceptive : « *le bébé naît avec les pilules collées sur le corps* », soit à ses effets secondaires : « *les pilules forment des poches de sang dans l'estomac et empêchent le sang de couler ou explosent dans le ventre et font couler le sang d'un coup très douloureusement* ». Les personnels de santé minimisent les réels effets ressentis par les usagères de contraceptifs médicalisés pour les renvoyer sur le compte de la rumeur.

Pourtant, les professionnel·le·s ont conscience de la mauvaise qualité des produits, de leurs fort taux d'échecs et d'effets secondaires. La délégitimation des rumeurs sur la base de la culture « autre » ou de l'ignorance tend plutôt à faire l'apologie de la légitimité de la culture bio-médicale occidentale. Les rumeurs négatives sont présentées comme l'expression conjointe de l'ignorance et du conservatisme. Les combattre représente alors pour les personnels de santé un défi de la « bio-médecine occidentale » face à « l'ignorance indigène ». Les Indigènes seraient à la fois ignorants des processus physiologiques de la conception et, en même temps, les représentations indigènes du corps rendraient impossible l'acquisition de ces savoirs⁶⁸.

Dans ce registre, l'analphabétisme et le fait d'avoir été peu scolarisé est associé à l'indigénéité. Ces aspects constituent l'argument permettant aux personnels de santé de reléguer les personnes indigènes, et les femmes en particulier, du côté de l'ignorance. Dans les représentations communes au Guatemala, les caractéristiques suivantes sont très communément associées : être indigène, être femme, être analphabète et appartenir aux couches sociales défavorisées⁶⁹. Il est souvent entendu que « *las mujeres son mas indias* » (« les femmes sont plus indiennes »)⁷⁰. Or, le terme « *indio* », qui remplace ici le terme politiquement correct « indigène », est fréquemment utilisé comme synonyme d'idiot, d'ignorant. Beaucoup de personnels de santé avec lesquels je me suis entretenue considèrent que les femmes indigènes sont difficilement capables de comprendre les processus biologiques, non seulement en raison de l'analphabétisme de certaines ou d'un manque de maîtrise de l'espagnol, mais aussi de leurs supposées représentations culturelles indigènes du corps et de la santé. Les professionnel·le·s évoquent donc la prégnance d'une « ignorance indigène » qui renvoie à la fois à leur incapacité à comprendre des processus biologiques, mais aussi à comprendre des enjeux sociaux, économiques et culturels liés à la

68. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

69. Hale, *Mas que un indio/ More than an Indian* ; Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

70. Camus, « Mujeres y mayas » ; De la Cadena, « Las mujeres son más indias ».

reproduction de leur population⁷¹.

2.2 Les représentations racistes et stéréotypées de la culture indigène

**Mercedes, Paloma, Isabel - Huehuetenango - 48, 53, 56 ans - *ladinas*.
- 30 mars 2014 -**

P - Tu sais qu'Anaïs travaille sur la planification familiale à Huehuetenango!?

M - Oh mon Dieu! Ici c'est un désastre!

P - Je lui disais qu'il y a beaucoup d'ignorance et que c'est ça le problème.

I - Ce n'est pas tellement à cause de l'ignorance, mais à cause du manque de ressources.

P - Les deux vont ensemble.

I - Mais il leur manque l'information.

P - C'est ce que je dis, l'ignorance. L'ignorance parce qu'ils ont leurs coutumes, leurs croyances.

M - Et la promiscuité! Tu vois comme il fait froid dans les montagnes et les gens n'ont pas de chauffage et ils vivent dans une seule pièce, alors ils dorment tous ensemble, et le père se met avec la mère et après avec la fille. Ils vivent comme des petits animaux, comme des sauvages quoi. Dans les *fincas*, les pères se mettent avec leurs filles, les filles avec le voisin, etc. Quand les maris partent aux États-Unis, les autres en profitent pour aller avec leurs femmes. Surtout dans les *fincas*.

I - Avant c'était pareil en Europe. Avec les vikings, qui allaient violer les femmes.

Ces trois femmes évoquent comme problème à la planification familiale l'inceste, ou encore la sauvagerie des familles indigènes. En même temps, elles ont un discours victimisant ces populations et elles reconnaissent la responsabilité de l'État dans leurs mauvaises conditions de vie, et dans le fait de vouloir les maintenir dans cette condition. Les Indigènes sont donc à la fois perçus comme victimes et coupables de leur « ignorance » culturelle. La responsabilité des personnes indigènes serait alors, d'après elles, de se rapprocher des modes de vie qu'elles identifient comme *ladinos*, pour espérer être considérés comme des citoyen·ne·s à part entière. Pourtant, dans ces discours, il semble que l'espoir d'y arriver est faible, en raison de la prégnance culturelle.

Ce type de procédé explicatif de la condition indigène est fondamental dans la construction de la pensée et de la pratique au sein des institutions de planification familiale. Les personnels de santé *ladinos* pensent que les femmes indigènes ont toujours eu des enfants très jeunes et en très grand nombre et qu'elles perpétuent encore ces « traditions arriérées ». Or, les personnes indigènes interrogées pensent au contraire que les femmes des nouvelles générations font des enfants plus jeunes qu'avant, et ce, en raison notamment des téléphones portables, des séries télévisées, de la musique populaire porto-ricaine... (Ch9·V·2). Les schèmes explicatifs que les personnels *ladinos* donnent à la préférence des Indigènes pour une forte natalité diffèrent de la même manière de la perception des personnes indigènes interrogées. Par exemple, les personnels *ladinos* évoquent comme raison économique à la « non-planification » des personnes indigènes : le fait de pouvoir bénéficier d'aides sociales de l'État (ce qui est faux, on l'a vu - Ch5·IV·3), la possibilité pour les pères d'obtenir de l'argent plus tard en « vendant leurs filles » à des prix exorbitants à des hommes (par la pratique diffuse du prix de la fiancée, mais qui finalement intervient rarement par mariage forcé ni-même arrangé), ou encore le besoin des parents de la main-d'œuvre des enfants pour gagner plus d'argent en travaillant dans les plantations. En

71. Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*.

réalité, les raisons économiques qui poussent les personnes indigènes à multiplier les grossesses sont plutôt de l'ordre d'un soutien financier que les enfants pourront apporter dans la vieillesse, la maladie ou encore dans le financement des études de leurs cadet-te-s (Ch8-II-1).

Aussi, on remarque que les représentations des personnels de santé sur les pratiques indigènes dans le domaine de la reproduction, comme dans nombre d'autres domaines d'ailleurs, diffèrent le plus souvent des réalités sociales indigènes. Les institutions de santé et les personnels *ladinos* qui y travaillent méconnaissent, voire ignorent tout des conditions, aspirations et modes de vie des personnes indigènes ciblées par les programmes qu'ils/elles appliquent. Par exemple, dans l'unité mobile Aprofam, Dr Ricardo qui parcourt depuis des années les différents *municipios* indigènes du département, n'a toujours pas intégré qu'il existe des différences entre les langues et les ethnies indigènes des *municipios* dans lesquels il se rend. Ainsi, maîtrisant quelques mots de q'anjob'al appris par un patient, il tente régulièrement de les prononcer dans les *municipios* mam, surpris que les patientes ne le comprennent pas. Parfois, les personnels de santé transmettent des « rumeurs négatives », non pas cette fois sur les méthodes contraceptives, mais sur des pratiques sociales indigènes fantasmées. Par exemple, Docteure Gimena, la gynécologue de l'unité mobile d'Aprofam raconte régulièrement que « *les Solomeros* (Indigènes q'anjob'al du *municipio* de Soloma) *séquestrent les enfants des communautés pour les vendre, particulièrement pour les organes* ». Ils pourraient gagner d'après elle 250.000 dollars par enfant. Cette rumeur fait écho à la réputation des Solomeros d'être des passeurs de drogues et de migrants. Bien que certains Solomeros sont impliqués dans ces activités clandestines et en tirent des bénéfices plus ou moins importants, la majorité des Solomeros vivent dans des conditions de pauvreté extrêmement difficiles. La stigmatisation de certains *municipios* indigènes contribue à créer des réputations qui montent en généralité des « attributs de l'indigénéité » tels que la fainéantise, la saleté, l'ignorance, la malhonnêteté, l'irrationalité, le ressentiment, la sauvagerie... Ainsi, les discours que l'on entend des personnels de santé *ladinos* de Huehuetenango à propos de la population des *municipios* mam où l'enquête a été menée le plus profondément, sont sévères et souvent fantasmés (Ch1-IV).

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - ladino
- 17 mai 2014 -**

A - J'ai remarqué que dans les *municipios*, les personnes préfèrent aller dans le centre de santé du *municipio* qu'à l'Hôpital de Huehuetenango. Ils n'aiment pas aller à l'Hôpital.

H - Oui mais ça c'est à cause de ce que je te disais, l'aspect culturel, la cosmovision des gens. Ce qu'il se passe, c'est que dans beaucoup de communautés, des *leaders* commandent le peuple. Par exemple, s'il y a quelque chose qui est de couleur jaune et que ces personnes disent « *c'est de couleur noire* », tout le monde dit « *oui, c'est de couleur noire* ». Et donc ces autorités, d'une certaine manière, manipulent l'ignorance des gens. Bon dans le cas de la santé par exemple, il y a les *comadronas*, elles utilisent des plantes pour soigner les femmes, les enfants. Certes, les gens dans les communautés ils aiment bien ce type de médecine traditionnelle. Mais c'est aussi parce qu'ils vivent dans des zones marginalisées. Et comment on embauche une *comadrona* ? C'est parce que c'est une voisine ou une personne proche. Mais c'est un truc que je ne comprends toujours pas. Pourquoi ces personnes préfèrent être accompagnées par une *comadrona* plutôt que par un médecin pour accoucher ? Ce que j'ai trouvé comme réponse, ce à quoi j'ai pensé, c'est que dans les communautés, les familles ils ont des animaux, des brebis, des chiens. Et donc ils voient que l'accouchement est naturel, ils voient que l'accouchement naturel est quelque chose de normal.

Ils pensent que l'accouchement doit être naturel, comme les animaux. Ils ne sont pas habitués à autre chose. Ils sont en quelque sorte très en retard quant à l'évolution de la société. Pour la même raison du 'naturel', ils n'aiment pas utiliser de médicaments. [...] Le problème c'est avec l'éducation, parce que, par exemple, si je reçois en consultation une famille un peu éduquée et que je leur explique pourquoi c'est mieux que la femme accouche au Centre de santé avec un médecin, ils vont me comprendre, et sûrement ils feront ce que je leur ai dit.

Quand je demande aux personnels de santé quels freins ils identifient concernant l'accès des femmes aux droits reproductifs et à la libre planification familiale ils évoquent en premier « la culture », puis le « manque d'éducation », « l'ignorance », « la religion » et « le machisme », parfois en intégrant les deux dernières dimensions comme ramification du frein culturel. Le « manque de ressources » est également évoqué mais son statut est ambiguë. Prenons l'exemple de la religion : les communautés rurales seraient enfermées dans un carcan religieux, ce qui les amènerait à vouloir « *avoir le nombre d'enfants que Dieu envoie* ». Ce carcan religieux peut définir le plus souvent le catholicisme, mais aussi le protestantisme et « les croyances mayas », sans que cela ne soit réellement spécifié. Pourtant, non seulement les personnels de santé ont tous une religion, mais en plus elle constitue parfois un moteur de leur engagement professionnel autour des idéaux néo-malthusiens (Ch6-II). Aussi, le terreau guatémaltèque se prête très favorablement à la diffusion de discours et de pratiques néo-malthusiennes chez les acteurs professionnels du domaine de la santé reproductive, notamment en raison des représentations de l'altérité culturelle indigène, souvent conçue comme un frein au développement (comme cela a été illustré au sujet de l'accouchement médicalisé). La bio-médicalisation, incarnant la modernité occidentale, s'érige en argument dans les stratégies de captation et de persuasion des populations indigènes ainsi qu'en outil « légitime » de contrôle de ces populations.

2.3 Appropriation raciste des argumentaires néo-malthusiens

Observation formation-atelier « sexualité » - Internat Huehuetenango - 17 mai 2014 -

L'animatrice commence son intervention face à la trentaine de jeunes filles indigènes et leurs parents, en identifiant différents problèmes liés à la planification familiale au Guatemala : les mères célibataires, la dénutrition, les grossesses adolescentes. Elle affirme tout d'abord que le fait de ne pas planifier provoque des morts maternelles : « *et quand une mère meurt c'est très grave, parce que l'enfant ne pourra pas être allaité au sein, il ne recevra pas l'amour de sa mère, il deviendra une charge pour ses frères, il risque d'être en dénutrition, d'avoir moins d'opportunités. Pour cela, il faut éviter que les mères meurent, et donc il faut planifier* ». Elle dévoile ensuite le titre néo-malthusien de sa présentation sur un power-point : « *Importance de la santé reproductive et de la planification familiale dans la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Guatemala* ». Les différents points qu'elle aborde dans sa présentation s'affichent à la suite : dénutrition, manque d'éducation, de santé, de logement, déforestation, destruction de l'environnement, violence... Elle s'attache à mettre chacun des points abordés en lien avec la réduction nécessaire des naissances. Elle dit qu'il y a une déficience intellectuelle des enfants guatémaltèques en raison de la dénutrition, elle-même conséquence du manque de planification familiale.

Assise à côté de moi, Kely me voit irritée par le discours de l'animatrice, elle me chuchote à l'oreille « *toi non plus tu n'aimes pas la présentation ?* ». Elle ajoute « *tu sais à Todos Santos les familles qui sont en dénutrition c'est les familles qui n'ont pas d'argent. S'ils ont de l'argent, ils peuvent nourrir bien leurs enfants, qu'il y en ait deux ou quinze !* ».

L'animatrice aborde le volet environnemental. Elle explique que les familles rurales qui ont beaucoup d'enfants coupent trop de bois pour cuisiner et se chauffer, et que cela provoque de la déforestation. Puis, elle illustre le thème « violence » par la phrase suivante « *plus il y a de pauvres, moins il y a d'opportunités de travail, plus il y a de violence... c'est pour cela qu'il y a tant de meurtres au Guatemala* ». Je regarde Maria assise à côté de nous qui s'évade dans ses pensées. Son père n'est pas présent aujourd'hui car il a été torturé et assassiné l'année dernière en raison de ses activités politiques. *Leader* communautaire q'anjob'al et père aimant de dix enfants, il luttait pour la préservation environnementale et les droits fondamentaux des peuples indigènes, tout en assurant les moyens de subsistances et d'études de sa famille. Sa disparition violente, bien que prévisible d'après sa famille, a amené les aîné·e·s de ses enfants à arrêter leurs études pour travailler, afin de subvenir aux besoins de leurs cadet·te·s.

Les défaillances dans le contrôle de la croissance démographique des populations pauvres sont envisagées par les responsables d'institutions et les professionnel·le·s enquêté·e·s comme des facteurs de détérioration des conditions sanitaires et sociales du pays, d'augmentation de la délinquance et de la violence, de fortes tensions et protestations... La rhétorique éducative qu'ils utilisent devient alors une source de légitimation d'un contrôle reproductif autoritaire, car elle s'appuie sur des idéaux de progrès sociaux à valeur prétendument universelle qu'adoptent et défendent les professionnel·le·s. On peut recenser au sein du corpus de discours et matériaux éducatifs cinq registres d'argumentation récurrents en faveur de la réduction des naissances : les registres sanitaire, éducatif, pacifique, écologique et féministe. Ces registres puisent dans des problèmes politiques médiatisés au sein de la société guatémaltèque (délinquance, analphabétisme, dérèglements environnementaux, criminalité, violences sexistes...) et attribuent l'origine de ces problèmes au fort taux de natalité des femmes indigènes, renforcés en cela par les représentations sociales communes du genre, de la pauvreté, de la ruralité et de l'indigénéité.

Par exemple, un éducateur d'Aprofam estime que « *par ignorance la plupart des femmes indigènes ne planifient pas, et ne peuvent donc pas pourvoir aux études de leurs filles qui seront analphabètes tout comme elles et de leurs fils qui risquent de se tourner vers la délinquance* ». Dans le même sens, le médecin de l'unité félicite les patientes qui se présentent pour la pose d'implants « *d'augmenter les opportunités futures pour leurs enfants* ». Au sein des structures de santé, il est communément dénoncé qu'avoir un grand nombre d'enfants produit plus d'analphabétisme, d'ignorance et de misère sociale. Cela empêcherait les familles de donner accès aux études à leurs enfants, les privant d'opportunités, reproduisant la pauvreté. Cet argument mobilise l'image, déjà évoquée, de l'ignorance des populations indigènes, et principalement des femmes.

Cette ignorance supposée des femmes indigènes se décline dans divers domaines de la vie quotidienne. Des panneaux collés sur tous les centres de santé ruraux montrent comment les femmes doivent s'occuper de la santé de leurs enfants. On y voit une mère indigène qui applique « les bonnes pratiques » de *care*, telles que laver les mains de son enfant, bien le nourrir, consulter le médecin régulièrement, le vacciner. Faisant appel à un imaginaire selon lequel les femmes indigènes nourriraient et soigneraient mal les membres de leur famille, le registre sanitaire mis en avant par la rhétorique éducative avance l'idée qu'avoir un grand nombre d'enfants provoque de la dénutrition, de la mortalité materno-infantile et des épidémies. Or, d'après la sociologue guatémaltèque E. Chirix :

« *Avec les thèses malthusiennes on continuera d'argumenter que le problème de la faim est dû à la surpopulation et non pas aux structures sociales injustes qui sont en lien avec l'existence*

du pouvoir colonial dans la distribution des ressources de ce pays, principalement l'accès et la propriété de la terre »⁷²

Les populations indigènes sont souvent perçues comme peu attentives à l'hygiène et à la propreté, et par extension peu soucieuses de la préservation de leur environnement de vie, le polluant de déchets ou le dépouillant de ses ressources. Cette représentation vient alimenter le registre écologique du discours éducatif qui stipule qu'avoir un grand nombre d'enfants provoque de la contamination environnementale et de la déforestation. On trouve par exemple de nombreuses occurrences à ce registre au sein de l'ONG Wings-Alas, financée principalement par USAID et le UNFPA. Cette organisation publie régulièrement des articles éducatifs sous des titres liant protection environnementale et croissance démographique, tel que : « *Comment un préservatif peut sauver un arbre : Le rôle de la planification familiale dans le développement durable* » (2012)⁷³.



Captures d'écran du site internet de l'ONG Wings-Alas

En 1972, la conférence de Stockholm a émis l'idée que l'augmentation de la population mondiale produit un impact négatif sur l'environnement. Or, il est démontré que « *le problème environnemental majeur de la planète réside dans les schémas de production et de consommation des pays riches qui, avec 20 % de la population mondiale, consomment 85 % des ressources et produisent 80 % des déchets polluants, de fait, plus qu'éliminer la pauvreté, il semble s'agir d'éliminer les pauvres. Pour cela, les politiques de contrôle de la fécondité des femmes constituent un enjeu majeur* »⁷⁴. Dès la fin des années 1980, Aprofam a organisé des conférences et a produit plusieurs documents sur les liens entre destruction environnementale et surpopulation, pour motiver l'importance de mener des politiques de réduction des naissances⁷⁵. Pourtant, l'utilisation du terme de « développement durable », tout comme les facteurs néo-libéraux tels que la consommation élevée d'énergie, la dégradation de la terre, des écosystèmes et de l'atmosphère ne sont jamais liés par les organismes tel qu'Aprofam à des problèmes structurels⁷⁶.

Dans le texte de Wings-Alas intitulé « *Planifier pour le futur : Lier planification familiale et conservation* » (2013)⁷⁷, on peut lire :

72. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

73. www.wingsguate.org/blogviejo/2012/08/01/como-un-condon-puede-salvar-un-arbol-el-rol-de-la-planificacion-familiar-en-el-desarrollo-sostenible/

74. Falquet, « L'ONU, alliée des femmes ? »

75. Méndez Domínguez, Micklin, et APROFAM, *El crecimiento poblacional y la deforestación en Guatemala*; APROFAM, « Seminario "Población, Recursos Naturales y Medio Ambiente" ».

76. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*, p.67.

77. www.wingsguate.org/planificando-para-el-futuro-haciendo-nexos-entre-la-planificacion-familiar-y-

« Au fil des années, l'usage de méthodes de planification familiale d'une communauté peut avoir un impact environnemental significatif. Dans beaucoup de zones du Guatemala, des ressources comme le bois pour la cuisine, les aliments et l'eau, sont extraites de la forêt. Le fait d'avoir des familles réduites signifie moins de pressions sur les ressources de la forêt et sur l'eau, et moins d'intrusion dans le milieu naturel des animaux et des plantes. Les communautés sont aussi mieux capables de traverser une crise environnementale, comme une inondation ou une sécheresse, quand on doit s'occuper de moins d'enfants. »

Ici, l'idée de la surconsommation de bois cible directement les populations indigènes, car on renvoie souvent l'indigénéité au mode de vie rural, où les familles cuisinent et se chauffent avec un *comal* (cuisinière) et se lavent dans un *chuj/temazcal* (hutte de lavage), tous deux alimentés par du feu de bois. Souvent chargées elles-mêmes de la gestion des ressources consommées par la famille, les femmes les estiment en fonction des finances du foyer plutôt qu'en fonction de sa taille. Réfutant le discours sur leur laxisme supposé concernant la préservation environnementale, beaucoup de femmes rurales formulent de manière individuelle ou collective des préoccupations très précises au sujet de la pollution des sols ou de la déforestation. C'est d'autant plus le cas dans le département de Huehuetenango, où de nombreuses organisations indigènes et féministes luttent contre des méga-projets extractivistes (hydroélectriques, miniers et agricoles) qui déforestent sur des centaines d'hectares et contaminent ou assèchent l'eau utilisée pour l'agriculture des populations locales. Du fait de ce rôle social qui leur est attribué de collectage du bois, des aliments et de l'eau non-contaminée pour la consommation domestique, les femmes rurales sont d'autant plus conscientes des problématiques environnementales. Elles ont d'ailleurs une grande connaissance du milieu dans lequel elles vivent, notamment en ce qui concerne les plantes alimentaires et médicinales qu'elles utilisent quotidiennement dans le soin aux membres du foyer. Ne se reconnaissant dans aucun des comportements maternels indigènes stéréotypés et stigmatisants décrits dans les discours éducatifs, les femmes indigènes sont peu perméables au contenu des arguments qui ont vocation à les convaincre de réduire drastiquement le nombre d'enfants par la contraception médicalisée.

Aussi, on voit bien que les ressorts néo-malthusiens se renouvellent à travers l'expression de nouvelles valeurs et objectifs à portée universalisante dans les sociétés nationales et globales. A. Gautier remarque ainsi qu'avec la remise en question dans les années 1980 du dogme de l'incompatibilité entre croissance démographique et développement économique, les lobbys néo-malthusiens se sont alors retournés vers l'écologie et le féminisme. C'est pourquoi les conférences internationales des années 1990, telles que la conférence du Caire, ont vu la formation d'une alliance contestée entre les mouvements féministes, anti-natalistes et écologistes⁷⁸. Si au Pérou, il a été difficile de dénoncer les stérilisations contraintes des femmes paysannes quechuaphones, malgré leur ampleur, c'est en partie lié à ce type d'alliance. Beaucoup d'organisations ont ainsi pensé soutenir la lutte contre la pauvreté en réduisant les naissances d'enfants de femmes rurales et autochtones dans le pays. En somme, les organisations de coopération ont contribué à la cooptation du discours humanitaire, du discours féministe, du discours écologiste, du discours de développement et du discours sur les droits de l'homme⁷⁹. Par la stigmatisation des comportements reproductifs de ces femmes, la teneur néo-malthusienne des discours institutionnels fait écho aux représentations culturalistes, racistes et patriarcales des professionnel·le·s en santé reproductive et contribuent à les renforcer.

conservacion/

78. Gautier, « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement ».

79. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

II Un esprit missionnaire de la planification familiale

Il apparaît, lors des entretiens, que les professionnel-le-s envisagent souvent leur action comme une « mission éducative » envers les populations indigènes, pour qu'elles adoptent de « meilleurs » comportements reproductifs. Durant les consultations, de nombreux supports éducatifs sont mis à disposition des personnels de santé (Ch2-I.1). Fournis par les institutions référentes, ils mêlent dimension biologique et dimension sociale de la planification familiale.

Le discours d'information que les médecins d'Aprofam pourvoient à l'ensemble des patientes avant les interventions contraceptives, doit se réaliser à l'aide d'une série de posters, co-éditée par USAID, nommée « *Paternité et maternité responsables* ». Ce livret présente quelques planches anatomiques mais surtout met en scène une famille indigène (un couple hétérosexuel et deux enfants, garçon et fille), qui semble heureuse et à l'abri du besoin. Chacun des posters consiste à valoriser le fait de n'avoir que deux enfants pour leur fournir convenablement éducation, nourriture, vêtements, hygiène, divertissement et affection. Le mode de vie de la famille représentée correspond à l'idéal-type d'une famille urbaine *ladina* de classe moyenne. Il diffère considérablement de celui de familles pauvres du département, pourtant de même composition, qui rencontrent de grandes difficultés ne serait-ce que pour nourrir, soigner ou envoyer leurs deux enfants à l'école.



Les professionnel-le-s de l'équipe d'Aprofam situent leur mission éducative dans la promotion des valeurs illustrées sur ces posters. Cette mission éducative cible les femmes indigènes,

nie les violences sociales qu'elles subissent, pour caractériser le défaut d'éducation d'un point de vue culturel. C'est pourquoi on peut considérer que celle-ci se confond en mission civilisatrice. Cette ambition s'exprime clairement dans un entretien avec un aide-soignant *ladino* exerçant dans le poste de santé rural d'une communauté indigène. Il explique que son travail en santé reproductive consiste principalement à « *éduquer les populations* », ce que je lui demande de définir. Il déclare alors : « *je ne sais pas comment t'expliquer... il faut les civiliser... les ladiniser quoi... pour qu'ils planifient bien* ». Les professionnel-le-s interviewé-e-s au cours de l'enquête ethnographique définissent l'urgence éducative auprès des populations indigènes comme une nécessité de transformation culturelle pour répondre à des exigences de modernité et de progrès. Leur démarche médicale et éducative est alors plutôt décrite comme une « *mission* » de développement national. Ce vocabulaire missionnaire fait écho au lien étroit, relevé par Abdelmalek Sayad, entre « mission éducative » et « mission civilisatrice », caractéristique de rapports coloniaux et post-coloniaux. Selon Sayad, cette perspective missionnaire double permet de légitimer l'inégalité présente, de justifier un traitement d'exception, tout en valorisant l'image du dominant⁸⁰. On observe au sein des services de santé reproductive que cet esprit missionnaire guide et légitime les actions des agents des programmes, qu'elles correspondent ou non aux cadres éthiques de leur profession médicale.

Aujourd'hui, la dimension la moins contestée de la « mission civilisatrice » est « l'émancipation des femmes »⁸¹ (Ch7-I.2). Pourtant, dans la littérature anthropologique sur la gestion des corps reproductifs, beaucoup d'auteur-e-s ont exploré la subordination des femmes à travers un contrôle social et institutionnel de leur capacité reproductive⁸². Les corps reproductifs ont été largement utilisés pour modeler les populations, en déterminant celles qui sont qualifiées pour être membres de la communauté ou de l'État-nation⁸³.

1 Mission humanitaire, spirituelle, éducative et civilisatrice des professionnel-le-s

1.1 Homologies avec une action à caractère humanitaire

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Sebastián Huehuetenango - 10 avril 2013 -

Je demande au Dr Julio, le gynécologue d'Aprofam, si se faire stériliser après la troisième césarienne est une obligation légale, comme cela est systématiquement présenté dans les structures médicales. Il répond que ce n'est pas interdit de faire plus de trois césariennes mais qu'après il y a de gros risques de ruptures utérines, et qu'il est donc préférable de stériliser les femmes dès la seconde ou la troisième césarienne. Pour illustrer son propos, il me raconte que pendant son internat, il s'est occupé d'une patiente de 34 ans qui en était à sa sixième césarienne. Il m'explique que la *comadrona* avait tardé avant d'amener la patiente à l'hôpital parce qu'elle lui avait dit qu'elle pourrait peut-être accoucher par voie basse. Alors qu'il s'apprêtait à l'opérer, il s'est aperçu que le bébé était déjà mort et la patiente a fait une rupture utérine. Il me dit qu'il n'a rien pu faire, puis ajoute : « *il y a un problème parce que cette femme aurait dû être opérée avant ! Qui sait comment ça s'est passé pour que personne n'ait réussi à la convaincre plus tôt. Qui sait si ce n'est pas son mari qui lui a interdit...* ».

80. Sayad, *La double absence* ; Bouamama Saïd, « Immigration, colonisation et domination. L'apport d'Abdelmalek Sayad ».

81. Sanna et Varikas, « Genre, modernité et 'colonialité' du pouvoir ».

82. Ginsburg et Rapp, « The Politics of Reproduction » ; Ginsburg et Rapp, *Conceiving the New World Order*.

83. Roux et Courduriès, « La reproduction nationale ».

Le discours des personnels de santé témoigne de leur sentiment de faire de l'humanitaire sur plusieurs niveaux. Ils pensent assurer le développement des populations indigènes en enlevant un poids aux familles par la réduction du nombre d'enfants. Ils pensent aussi diminuer les risques liés aux grossesses et participer à l'émancipation des femmes (considérées opprimées au sein de leur sphère familiale et communautaire), par la diminution de leur charge familiale. Cet argument « féministe » s'estompe toutefois assez vite derrière l'idée du sacrifice de soi des personnels de santé, non pas pour ces femmes mais pour le développement de la société guatémaltèque dans son ensemble. Aussi, l'éthique de la sollicitude des personnels médicaux n'est pas le produit d'une attitude morale, mais exprime le risque politique que les pauvres font peser sur la collectivité. Pourtant, ce sont des motifs moraux qui sont invoqués comme guidant leur action professionnelle et non-pas des motifs politiques⁸⁴. Un médecin, coordinateur de Pasmó, me raconte que l'action de l'ONG est humanitaire : « *par chance nous sommes là pour sauver la vie de ces pauvres femmes en espaçant les enfants, elles en ont tellement !* ». Hedgar, aide-soignant *ladino* de l'ONG Imdi dans une communauté mam de Todos Santos m'explique un jour que ce qui le motive à exercer ce métier c'est « *l'aspect humanitaire, travailler pour les gens* ». Il ajoute qu'il tire ses valeurs de son grand-père militaire qui lui a appris au sortir du conflit armé l'importance de « *la dignité, la discipline, lutter pour la patrie, agir pour la patrie* ». Evi, l'aide soignante en charge de la clinique de planification familiale de l'Hôpital de Huehuetenango apprécie énormément son travail parce qu'elle « *aime aider les gens... pour qu'il y ai moins de dénutrition, pour que la population diminue* ». Renato, l'éducateur Aprofam me commente que l'idéologie de cette ONG c'est « *d'apprendre à être au service de, aider les gens* ». Il critique d'ailleurs le « *changement de cette idéologie* » dans les pressions qu'USAID fait peser pour encourager le processus d'autonomisation économique d'Aprofam (Ch4-III-2).

Fassin montre comment le recours aux sentiments moraux, au langage de la compassion de la souffrance devient un référentiel commun de l'économie morale, et peut se substituer à un discours sur l'inégalité et sur la justice, en neutralisant la dimension politique⁸⁵. La compassion envers les femmes pauvres indigènes cohabite alors aisément avec leur responsabilisation quant à la situation dans laquelle elles se trouvent si « *elles ne savent pas profiter de l'aide qui leur est offerte* », comme s'en plaignent régulièrement des personnels en planification familiale. Parfois, on les accuse au contraire de vouloir « *trop profiter de cette aide* ». C'est par exemple le cas des travailleuses du sexe qui se rendent à l'Hôpital pour se fournir en préservatifs. Suite à une diminution (ou un détournement ?) des stocks de préservatifs fournis par l'UNFPA, l'aide-soignante Evi décide de ne distribuer plus qu'une boîte de préservatif par travailleuse du sexe et par mois, auxquelles elle en distribuait précédemment deux boîtes. Les travailleuses du sexe, surprises de cette soudaine et conséquente diminution par deux du nombre de préservatifs auquel elles avaient précédemment droit, réclamaient alors à Evi des explications, négociaient une demi-boîte de plus, ne restant pas passives face à ces nouvelles mesures. Ce manque de docilité provoqua plusieurs fois des réactions d'énervements chez Evi qui ne comprenaient pas pourquoi ces femmes ne se contentaient pas de « *s'estimer heureuse de bénéficier d'une grosse boîte de préservatifs. Elles font comme si cela leur était dû, comme si cela était gratuit de le leur donner. Alors que c'est une aide qu'on leur apporte, et c'est l'UNFPA qui la fournit, qui sait s'ils n'ont pas diminué les stocks pour pouvoir aider d'autres femmes ailleurs ? Elles ne se rendent pas compte que c'est une chance qu'elles ont, et que toutes les femmes n'ont pas cette chance* ».

Cette idée que les fonds sont éphémères, combinée à la démarche humanitaire d'engagement

84. Murard, « La figure de l'homme en trop ».

85. Fassin, *La raison humanitaire*.

des personnels médicaux, encourage une pratique professionnelle de l'urgence et du sacrifice de soi. Cette pratique semble ancrée dans la démarche d'ONGéisation du travail médico-social décrite précédemment (Ch4.III). Le fait de considérer la planification familiale et plus généralement la santé sexuelle et reproductive comme une aide médicale d'urgence ne permet aucunement de les envisager comme des droits. Les personnels de santé auprès desquels a été menée l'enquête estiment qu'il faut travailler vite et efficacement dans les structures médicales, au détriment d'une certaine qualité de la prise en charge, mais aussi au détriment d'un certain confort professionnel. Ces personnels ne disposent que d'outils matériels rudimentaires, d'équipes réduites, de formations minimales et inadaptées, de salaires faibles et incertains. Aussi, tous les personnels médicaux ne sont pas prêts à travailler dans de mauvaises conditions. C'est pourquoi, Aprofam peine à trouver et garder des gynécologues au sein de l'unité mobile qui se retrouve alors régulièrement sans possibilité de réaliser des stérilisations. Si, dans un premier temps, les gynécologues de l'unité mobile sont motivés par la dimension « engagée » de leur travail auprès des femmes rurales, ils préfèrent rapidement se tourner vers une évolution de carrière au sein de cabinets ou cliniques privées urbaines où ils seront mieux payés et rentreront tous les soirs à leur domicile.

Le Dr Julio, qui est resté durant une année le gynécologue de l'équipe mobile avant de se consacrer pleinement à son cabinet de la Capitale, mêlait beaucoup son engagement dans son travail au sein d'Aprofam à son engagement religieux au sein de son église évangélique. Il comparait même parfois sa « mission humanitaire » à sa « mission spirituelle ».

1.2 Des personnels de santé évangélistes

L'équipe mobile d'Aprofam est particulièrement sujette à cet entremêlement entre discours à connotation humanitaire et discours missionnaire religieux. Durant les trois années où j'ai suivi cette unité, tous les membres de l'équipe étaient évangéliques néo-pentecôtistes, mise à part la Docteure Gimena. Le Dr Julio dispensait parfois des leçons religieuses aux trois jeunes aides-soignantes qu'il considérait comme moins aguerries dans le domaine de la foi évangélique. Dans sa démarche de travail, il aimait que tout le processus de préparation à l'opération soit ritualisé. Il y avait selon lui un ordre idéal, harmonieux. Lorsque l'état de santé d'une patiente contre-indiquait sa stérilisation, il jouait parfois la carte de la prise de risque, expliquant qu'il s'en sentait obligé comme s'il était investi d'une mission, en s'en remettant à Dieu. Il demandait avant chaque opération à une des aides-soignantes de passer des chansons de rock chrétien sur sa tablette. Il trouvait stimulant pour l'équipe de réaliser ainsi l'opération, car cela « *donne de la force pour accomplir un travail éprouvant mais nécessaire...* ». Il chantait même parfois ces chansons pendant les opérations.

Chez les personnels évangéliques, l'entremêlement du religieux dans ce qu'ils définissent comme « leur mission professionnelle », à la fois éducative et humanitaire, est renforcée par leur certitude que les catholiques sont « *en retard* » sur la question de la planification familiale ou encore de l'éducation sexuelle. Une des aides-soignantes d'Aprofam estime même que le fait qu'elle soit évangélique a été un critère « justifié » dans son recrutement au sein de l'équipe car les évangéliques seraient « *plus convaincus* » par la nécessité de la planification familiale.

Historiquement, dans les pays protestants, le développement de la contraception médicalisée a été toléré, puis accepté voire encouragé, et donc diffusé plus tôt et plus rapidement que dans les pays de tradition catholique⁸⁶. N'oublions pas que Malthus était un pasteur protestant, et qu'il a

86. Chaperon, *Les années Beauvoir, 1945-1970* ; Iacub et Maniglier, *Antimanuel d'éducation sexuelle*.

défendu la compatibilité de sa théorie économique avec sa foi. La majorité des patientes dans les *municipios* indigènes sont évangéliques. Le Guatemala est le pays d'Amérique Latine qui compte le plus de conversions au protestantisme⁸⁷, dont les trois quart sont pentecôtistes⁸⁸. Dans ce pays, le pentecôtisme se présente comme un générateur de changement et de modernité. Il tend à se substituer au catholicisme populaire, caractéristique d'un syncrétisme entre catholicisme et traditions mayas. De ce fait, la conversion des Indigènes à l'évangélisme pentecôtiste renvoie leurs anciennes croyances et pratiques au rang de superstitions archaïques⁸⁹. On voit donc ici un parallèle se construire entre les aspirations à l'accès à la citoyenneté et à la modernité par la latinisation et par l'évangélisation.

La croissance exponentielle des Églises pentecôtistes au Guatemala a commencé après le tremblement de terre de 1976, ayant causé des pertes humaines et matérielles d'une ampleur inégalée. De nombreuses institutions protestantes états-uniennes organisèrent alors une aide d'urgence considérable pour les populations guatémaltèques, alors que l'État ne parvenait pas à porter assistance à ses citoyen-ne-s⁹⁰. Les Églises pentecôtistes investirent donc un espace social et politique délaissé par l'État, ce qui alimenta leur succès auprès des populations guatémaltèques. Aujourd'hui encore, beaucoup de convertis rejoignent les Églises pentecôtistes pour dépasser certaines difficultés sociales telles que l'alcoolisme masculin, la délinquance des jeunes garçons, ou la violence patriarcale intra-familiale. C'est d'ailleurs pourquoi ce sont souvent les femmes qui sont à l'origine de la conversion des autres membres du foyer.

La force rituelle de cette spiritualité pentecôtiste semble apaiser les difficultés ou les souffrances liées à la santé⁹¹. Dans les structures médicales observées, les patient-e-s pentecôtistes récitent parfois des oraisons avant les séances d'opération. Aussi, les personnels évangéliques font plus souvent référence à « *l'aide de Dieu* » ou à « *la grâce de Dieu* » dans leur attention aux patient-e-s, alors même qu'ils sont les plus critiques envers les croyances religieuses des patient-e-s et personnels catholiques qui représenteraient un obstacle à la contraception médicalisée.

Le frein spécifique de l'influence catholique ne s'est pas vérifié tout au long de l'enquête de terrain. Les femmes catholiques déclaraient qu'elles n'avaient jamais entendu de discours sur la contraception dans le cadre de l'Église, qu'ils soient en faveur ou en défaveur. Certaines femmes évangéliques avaient entendu parler de la contraception, souvent positivement, par des pasteurs « *de la ville* » venus prêcher occasionnellement dans leur église. Donc, si la doctrine évangélique a parfois encouragé les femmes à s'intéresser à la contraception, l'église catholique a plutôt préféré rester muette, ou discrète tout du moins⁹². Aussi, contrairement à ce qu'observe Chirix dans la municipalité kaqchikel de San Juan Comalapa⁹³, les terrains à Huehuetenango montrent que l'impact de l'église locale est minime dans la limitation de la diffusion des méthodes contraceptives modernes, du moins après la première grossesse, si on considère que la valorisation de la virginité est liée à la religion, ce qui n'est pas si évident (Ch10-II-2). Au contraire, l'église évangélique encourage plutôt l'usage de ces méthodes, exception faite de l'influence de certains migrants qui fréquentent les églises pro-vie aux États-Unis. La réputation

87. Pédrón Colombani, « Pentecôtisme et changement religieux au Guatemala ».

88. Le Bot, *Violence de la modernité en Amérique latine*.

89. Pédrón Colombani, « Diversificación y competencia religiosa en Guatemala ».

90. Hermesse, « Diffusion et polarisation du protestantisme au Guatemala au lendemain du tremblement de terre de 1976 ».

91. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

92. Connelly, *Fatal Misconception*.

93. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

des personnels de santé catholiques de chercher à limiter l'usage de la contraception médicalisée semble, à Huehuetenango, plutôt relever de la rumeur diffusée par les personnels évangéliques pour montrer le progressisme de leur religion par rapport au conservatisme catholique. Aussi, si sur le terrain kaqchikel de Comalapa les églises diffusent des encouragements aux méthodes naturelles⁹⁴, cela n'apparaît aucunement dans les trois municipalités mam de Huehuetenango étudiées.

1.3 La « ladinité » médico-sociale

Les personnels de santé indigènes restent minoritaires mais sont de plus en plus nombreux en raison des politiques de santé interculturelle décrites précédemment. Ce sont les plus régulièrement stigmatisés par des personnels de santé *ladinos* qui sous-entendent que certain·e·s aides-soignant·e·s indigènes, exerçant dans les communautés, transmettent des « rumeurs négatives », en raison notamment de leur spiritualité syncrétique catholique et « maya ». C'est l'une des raisons pour lesquelles les personnels de santé indigènes cherchent à s'écarter au maximum de leur identité ethnique, voire à la cacher. Un jour, alors que je fréquentais depuis deux mois de terrain au quotidien Evi, l'aide-soignante de la clinique de planification familiale de l'Hôpital, je lui pose des questions sur sa famille. Elle m'explique au cours de cette discussion qu'elle est q'anjob'al, une ethnie indigène maya présente dans le département de Huehuetenango. En me disant cela, elle accentue le ton de la confidence pour s'assurer que je ne le mentionnerai pas face aux patientes ou aux stagiaires aides-soignant·e·s. Sans qu'elle ne parvienne à me donner de raisons précises à sa discrétion sur son origine ethnique, elle m'explique simplement qu'elle sent « *que c'est mieux comme ça* ». Elle ne parle d'ailleurs jamais en q'anjob'al aux patientes q'anjob'al qui ne comprennent pas l'espagnol. À l'Hôpital, il n'est pas possible pour une patiente qui ne parle pas espagnol de communiquer avec des personnels de la clinique de planification ou de la maternité. Dans le centre de santé du *municipio* mam de Todos Santos, où la plupart des patientes ne maîtrisent pas l'espagnol, il n'y a pas toujours de personnels de santé qui parlent mam pour accueillir les patientes. Certaines patientes se déplacent de très loin sans savoir si un personnel mam pourra les recevoir ou leur traduire l'entretien. Elles se retrouvent alors parfois en grande difficulté, ne serait-ce que pour expliquer les raisons de leur visite au centre de santé. D'autant que les femmes qui maîtrisent peu l'espagnol n'osent pas s'exprimer dans cette langue car elles ont « *honte* » de s'exprimer mal en espagnol, et sont souvent discriminées pour cela, comme l'évoque Carmela :

**Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.
- 30 juin 2014 -**

E - Carmela dit qu'elle n'aime pas aller à l'Hôpital aussi parce que la majorité des infirmiers, des médecins, sont *ladinos*. Elle dit que c'est pour ça que ce qui les importe à eux ce sont les leurs, et surtout ceux des leurs qui ont de l'argent. Qu'il arrive que la famille donne 300 quetzales pour qu'on s'occupe bien de leur malade. Donc ça s'achète à l'Hôpital même si c'est supposé être gratuit. Et ce sont les mêmes qui peuvent payer pendant que nous on reste là à souffrir et on ne nous donne aucun médicament parce que... où est-ce qu'on va trouver l'argent ? Elle dit qu'en plus la communication des infirmiers, des médecins, est la même avec l'autre patiente (la patiente *ladina*) et donc on s'occupe mieux d'elle, aussi parce que la famille peut faire plus facilement des pressions, leur dire de s'en occuper. Tandis que nous ils n'ont même pas le temps d'attendre que l'on trouve nos mots. Même si on trouve quelqu'un pour traduire, ils n'ont pas le temps de nous écouter et nous font attendre.

94. Chirix.

Et on ne va pas faire attendre la personne qui veut bien nous traduire toute la journée. Et comme on ne connaît pas nos droits, on reste silencieuses jusqu'à ce qu'ils se décident à s'occuper de nous.

Jaylin travaille depuis quelques années au sein de l'unité mobile Aprofam. C'est une jeune aide-soignante mam du *municipio* de San Sebastián Huehuetenango, qui demeure très proche de la capitale du département. Jaylin est le seul personnel indigène de l'équipe mobile. Le poste qu'occupe Jaylin est le moins valorisant et valorisé au sein de l'équipe, même si c'est un poste qui demande un niveau d'étude plus élevé que celui des éducateur/rice-s et celui du secrétaire et pilote de l'unité. Jaylin est la seule personne de l'équipe qui ne prend pas de pause durant les *jornadas*. Elle est la première à se mettre au travail en installant le matériel, elle est ensuite chargée d'assister les tests de grossesse urinaires, elle réalise parallèlement des tâches de traduction en mam. Puis elle assiste le Dr Ricardo dans la pose d'implants, elle s'occupe simultanément des femmes qui récupèrent de la stérilisation. Enfin, elle nettoie et range le matériel. Margaret et Denize, les deux autres aides-soignantes *ladinas* assistent simplement le gynécologue pendant les opérations et effectuent parfois des tâches de rangement. Elles se déchargent sur Jaylin de toutes les tâches qu'elles ne souhaitent pas réaliser, même si celles-ci font partie de leur fiche de poste. Jaylin souffre beaucoup du rapport que ces deux aides-soignantes entretiennent avec elle, même si elle ne bronche jamais à leurs remarques parfois désobligeantes. Un jour, je surprends Denize qui s'énervait contre Jaylin qui rangeait le matériel dans la réserve. Jaylin m'explique plus tard le motif de l'énervement de Denize : « *elles m'accusent tout le temps d'être désordonnée, de ne pas être consciencieuse, de mettre les affaires dans des endroits sales, de ne pas bien nettoyer le matériel, d'être fainéante. Alors que c'est faux ! Elles abusent tout le temps avec moi, alors que je leur ai rien fait. Elles m'embêtent tout le temps, elles font comme si c'était pour rigoler. Tu as vu la dernière fois que Denize faisait la blague de marcher sur les pieds, à moi elle me les a écrasés plus fort. Je lui disais que j'avais mal mais elle ignorait mes plaintes et continuait à le faire, et elles se mettaient à rire toute les deux, comme si c'était une blague* ». Denize et Margaret sont également suspicieuses de Jaylin quand celle-ci discute en mam avec les patientes. Pourtant, Jaylin, comme la plupart des personnels indigènes rencontrés sur les terrains de recherche, évite au maximum de s'adresser en mam aux patientes. Même avec les patientes originaires du même *municipio* mam qu'elle, Jaylin cherche à communiquer en espagnol autant que possible, alors que peu de patientes maîtrisent l'espagnol. Jaylin n'assure une traduction en mam que lorsque les médecins la sollicitent. Dans ces cas là, Jaylin traduit l'intégralité des échanges, même lorsqu'elle connaît toutes les réponses aux questions posées par les patientes, elle laisse le médecin y répondre puis traduit à la patiente, en ajoutant toutefois parfois quelques précisions complémentaires. Jaylin prend ainsi peu de libertés et d'initiatives, car elle craint les soupçons et les remarques négatives de ses collègues, mettant en doute sa manière d'exercer correctement ses tâches et missions professionnelles. Il arrive alors fréquemment qu'en cas de doute sur l'opérabilité d'une patiente (post-partum trop court, pas totalement à jeun...), Jaylin demande l'avis du secrétaire ou de l'éducateur de l'unité, alors qu'ils sont bien moins qualifiés qu'elle pour y répondre. C'est d'ailleurs pour ne pas paraître incompétente qu'elle ne s'adresse pas directement aux médecins de l'unité pour leur demander leur avis professionnel. Il est difficile pour les personnels de santé indigènes de se faire une place au sein des équipes médicales mixtes, du fait d'un soupçon permanent d'incompétence, ou de conflit d'intérêt.

À travers les démarches de mission éducative et de mission civilisatrice, on cherche à distinguer l'identité d'un groupe professionnel *ladino*, ce qui implique la ladinisation des personnels de santé indigènes, sans cesse poussés à affirmer leur « ladinité » médico-sociale. Pourtant, ce sont les politiques multiculturelles qui ont incité le recrutement spécifique de personnels indigènes.

Or, ces derniers, dans la pratique, dissimulent ou cherchent à mettre à distance cette identité ethnique dévalorisée. Ils adoptent des stratégies de gommage des caractères stigmatisant indigènes et adhèrent aux critères de reconnaissance *ladinos*. Ils intériorisent ainsi l'infériorisation de l'indigénité. La reproduction du racisme structure donc en profondeur les relations sociales interpersonnelles.

2 Politiser les professionnel·le·s, dépolitiser les patient·e·s

Chaque fois qu'une patiente demande au Dr. Ricardo d'Aprofam de lui enlever l'implant qu'il lui a posé, car elle souffre d'effets secondaires peu supportables, celui-ci rétorque : « *les effets secondaires ne sont rien en comparaison du bénéfice réel de la méthode qui est supérieur, pour l'économie de la famille* », ou encore « *si on met dans une balance les avantages et les inconvénients de la méthode, ce sont les avantages qui gagnent car c'est ce qui va vous permettre de vivre mieux. Tout dépend de la couleur des lunettes à travers lesquelles vous regardez cela* ». Il laisse alors l'implant à la patiente en lui suggérant de ne pas « *entrer dans la peur, dans la crainte* ». Puis, il interdit la patiente de demander un autre avis en dehors du milieu médical compétent. En effet, les personnels de santé cherchent à éviter que les femmes communiquent entre elles, se transmettent des informations ou encore s'organisent collectivement. Ils délèguent souvent toute information transmise par une *comadrona* ou une femme proche à une patiente, en insistant sur la supériorité de l'information médicale.

Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango - 8 mars 2013 -

J'écoute une conversation entre l'éducateur d'Aprofam Renato et sa collègue Valeria. Renato raconte qu'il a eu des problèmes à Ixtahuacán. Le centre de santé ne voulait plus accueillir Aprofam, car les personnels du centre ont pris peur des conséquences de les accueillir, suite à des plaintes collectives exprimées par des patientes qui ont souffert de forts effets secondaires après la pose d'implants. Renato conclut « *ça a fait tout un problème pour organiser les jornadas après ça, et tout ça à cause des rumeurs négatives* ».

Les « rumeurs négatives » concernent exclusivement un mauvais fonctionnement des moyens de contraceptions qui entraîneraient de graves effets secondaires. Or, la plupart des patientes consultent pour retirer ou changer de moyen de contraception, car elles n'en supportent pas les effets secondaires. Parfois, une simple explication claire et détaillée du fonctionnement du contraceptif, et des raisons de ces effets, suffit à permettre à la patiente une interprétation alternative qui la rassure et la convainc de conserver ce moyen de contraception. Il apparaît clair que les effets secondaires sont presque systématiquement méconnus des femmes au moment où on leur fournit une contraception. Il en va de même pour ce qui est de la connaissance d'autres types de moyens de contraception, de leur mode de fonctionnement, ou encore de leur durée. De nombreux malentendus découlent du manque d'informations et aboutissent à des situations complexes. Les personnels se réfugient en dernière instance derrière la signature préalable du consentement, bien que conscients qu'aucun consentement n'a été lu avant d'être signé. On exige simplement des patientes qu'elles respectent des normes biomédicales et sociales au privilège d'être prises en charge⁹⁵. En ce sens, les personnels de santé deviennent des agents mandatés pour faire plier les femmes indigènes à leur devoir citoyen de régulation reproductive.

Afin de convaincre les femmes indigènes de céder à ses propositions de méthodes contraceptives, Evi, l'aide soignante de la clinique de planification familiale, a pris l'habitude de faire peur

95. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

aux femmes. Lorsque celles-ci ne veulent pas planifier, elle leur dit que leur mari va sûrement les abandonner, et qu'elles se retrouveront à la rue, seules, avec pleins d'enfants sur les bras et sans avoir de quoi les nourrir (il est fréquent localement que les hommes se déresponsabilisent de leur charge parentale). Si les patientes ne veulent pas se faire opérer alors qu'elles ont une quantité d'enfants qu'Evi juge suffisante, celle-ci leur dit que si elles ont des enfants supplémentaires, ils risquent de mourir, et qu'elles en seront responsables. Si elles ont déjà accouché sous césarienne, elle leur dit qu'elles-mêmes risquent de mourir en cas de nouvelle grossesse, et dans ce cas « *qui s'occupera de leur famille ?* ». L'attitude culpabilisante d'Evi durant les consultations va bien au-delà de la simple interaction autour de la nécessité d'utiliser une contraception médicalisée. Evi culpabilise les patientes quand elles ont un problème de santé quel qu'il soit et qu'elles s'en plaignent, ou quand elles se sont trompées en donnant leur date de naissance, ou même quand elle n'arrive pas à injecter les patientes : « *vous êtes trop nerveuse, vous avez le sang trop froid, on ne voit pas vos veines parce que vous ne vous alimentez pas bien...* ». Tout est prétexte à culpabiliser les patientes, y compris dans des situations où cela peut être ressenti très violemment. Un jour, en allant convaincre les patientes de la maternité d'utiliser une contraception, Evi provoque les larmes d'une jeune femme, dont le nouveau-né s'est retrouvé en soin intensif, en la culpabilisant de s'être mal nourrie durant la grossesse et d'avoir laissé le bébé manquer de vitamines pour pouvoir naître en bonne santé. La culpabilisation, la responsabilisation, la menace, la minimisation du vécu corporel et social provoqué par une méthode contraceptive, la stigmatisation, l'infantilisation, l'infériorisation... sont des moyens utilisés par les personnels de santé pour travailler le mental des patiente·s.

A. Ballón Gutiérrez montre que, dans le cas péruvien, les personnels médicaux se sont parfois impliqués fortement à stériliser les femmes les plus réticentes, par la menace par exemple. Pour appliquer les directives néo-malthusiennes, peu de ces personnels ont refusé de commettre des actes de pressions et de violences, pour augmenter le nombre de femmes quechuas stérilisées⁹⁶. Dans le cas guatémaltèque, on voit bien comment l'adhésion des personnels à une éthique missionnaire, à la fois humanitaire, religieuse, éducative, civilisatrice, est susceptible d'encourager chez eux l'exercice d'un contrôle autoritaire de la reproduction sur leurs patientes. Dans ce cadre, le culturalisme de la santé participe à la fois à la politisation des personnels médicaux autour d'une mission citoyenne pour la nation, et à la dépolitisation des patient·e·s dans le sens de leur privation d'une subjectivité politique et d'un refus de considération de leurs conditions sous un angle politico-social. Par le culturalisme de la santé, les identités sont essentialisées, évacuant la dimension incarnée des inégalités sociales pour préférer une explication de l'ordre culturel. L'inégalité face à la santé est alors dépolitisée. D'autre part, la rhétorique de l'obstacle culturel, qui tend à attribuer les échecs de la santé publique aux populations cibles des programmes, s'accompagne souvent d'une minimisation des difficultés dues au contexte socio-économique et aux insuffisances du système de santé⁹⁷.

Les *municipios* mam de Colotenango et Ixtahuacán, réputés, on l'a vu, pour leur résistance politique pendant le conflit armé ou actuellement contre l'implantation de multinationales extractivistes sont particulièrement jugés susceptibles d'adopter des postures contraires à celles qui leurs sont prescrites. D'après les personnels de santé, ce sont les *municipios* où les « rumeurs négatives » sont les plus importantes, car les populations de cette zone « *se méfient plus, ou rejettent tout ce qui vient des institutions* ». L'exemple souvent mis en avant est l'expulsion par les habitants d'Ixtahuacán de la brigade locale de police, suite à des exactions des policiers et des pratiques de corruption. L'explication donnée par les personnels de santé *ladinos*

96. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

97. Dozon et Fassin, *Critique de la santé publique*.

renvoie les habitants du côté de la sauvagerie culturelle, du manque de civilisation : « *ils ont expulsé les policiers pour pouvoir lyncher plus facilement, faire leur justice coutumière eux-mêmes* ». Aussi, les personnels de santé critiquent toute résistance aux institutions publiques dans ces *municipios*. Les alternatives proposées par les populations indigènes face aux préconisations bio-médicales sont alors automatiquement catégorisées comme du « ressentiment », de l' « ignorance », de la « préférence coutumière, traditionnelle, archaïque »... Dans ce contexte de tensions politiques, toute critique sociale est délégitimée.

De Zordo montre comment les médecins développent un sentiment de rage en raison des difficultés de communication avec les patientes. Ils sont alors enclins à réaffirmer leur perception biomédicale du corps et de la santé et à chercher à la transmettre aux patientes, en faisant valoir l'autorité médicale. À l'opposé de son ambition principale, ce mode de communication a au contraire tendance à éloigner d'autant plus les patientes des structures bio-médicales et à couper définitivement la communication⁹⁸. Dans cette étude, on a pu faire le constat du nombre élevé de femmes qui abandonnent la contraception alors qu'elles ne veulent plus d'enfants ou qu'elles souhaitent espacer les naissances. Souvent, cet abandon est la conséquence d'un manque d'information sur les méthodes contraceptives ou sur les effets secondaires, en raison de la promotion de certaines méthodes et de la minimisation de leurs effets, mais aussi de la violence des structures médicales. A. Gautier, qui observe le même type de phénomène sur son terrain mexicain, suggère que celui-ci est accentué par le manque de temps des personnels médicaux et par les différences sociales et sexuelles entre médecins et patientes⁹⁹. Les femmes abordent leurs corps, leur santé, leur reproduction, leur contraception, sur des registres différents du registre normé bio-médical et néo-malthusien. Le registre émotionnel ou de l'expérience (Ch8) qu'elles utilisent est méprisé au sein des espaces médicalisés. Aussi, les choix que les patientes opèrent à partir de leurs propres vécus et représentations sont systématiquement délégitimés par les personnels médicaux. Ces derniers nient finalement la capacité des patient·e·s, et particulièrement des patientes indigènes rurales à être actrices de leur santé. Ils entrent alors dans une démarche de travail qui trouble le point de vue des patient·e·s pour qu'elles se conforment aux normes bio-médicales prescrites. Des travaux ont montré que des problèmes reproductifs qui pourraient être associés à une sexualité déviante de la norme étaient difficilement exprimables lors de consultations gynécologiques¹⁰⁰, d'autant plus dans un contexte où la sexualité féminine pré-conjugale est fortement condamnée ou cachée par l'ensemble de la société. C. Lemonnier observe que les femmes se sentent souvent illégitimes à se plaindre de problèmes qui auraient été évitables si elles avaient suivi les principes de prévention des risques des politiques de santé publique. Il est ainsi apparu difficile de dire la maladie ou la souffrance quand la société en impute la responsabilité voire la cause aux individus eux-mêmes¹⁰¹. Les programmes éducatifs visent à responsabiliser les femmes, ce qui est paradoxal car les personnels les jugent irresponsables, inaptes à gérer cette responsabilité.

Porter son attention uniquement sur les croyances populaires sur le corps et la santé empêche de considérer les inégalités sociales, les différences dans l'accès au soin, les facteurs de santé déterminants chez certaines populations, les politiques internationales responsables des difficultés et des inégalités de santé. Cet ensemble d'enjeux va déterminer des normes communes, tout en s'articulant à des conduites individuelles, modelant les interactions entre soignants et

98. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

99. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

100. Guyard, « Consultation gynécologique et gestion de l'intime ».

101. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

soignés¹⁰². Les violences exercées dans ce cadre correspondent au refus des institutions de santé et de leurs agents d'accorder aux femmes une « citoyenneté thérapeutique »¹⁰³, une reconnaissance pleine de leurs droits dans la gestion autonome de leur corps et de leur santé.

102. Jaffré et Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière*.

103. Nguyen, *The Republic of Therapy*.

Chapitre 7

Conformer les femmes indigènes à la norme procréative

I Les femmes indigènes sur la ligne de mire

Comme on l'a vu précédemment, dans le contexte guatémaltèque, le féminin et la pauvreté semblent étroitement liés à l'analphabétisme et à l'indigénéité. Selon l'enquête nationale de santé materno-infantile 2008-2009, la région Huehuetenango-Quiché est celle qui regroupe le plus fort taux d'analphabétisme, surtout des populations féminines indigènes dont le taux atteint les 43,4 %. À l'autre extrémité, le taux d'analphabétisme des hommes *ladinos* de la région est de 4,7 %¹. La manière dont le sexe, la classe, le niveau d'alphabétisation et l'appartenance ethnique déterminent le ciblage, l'orientation et le traitement des individus au sein des structures de santé reproductive apparaît dans le parcours paradigmatique de Yeni, jeune femme de 28 ans, résidant dans une petite communauté rurale de Huehuetenango.

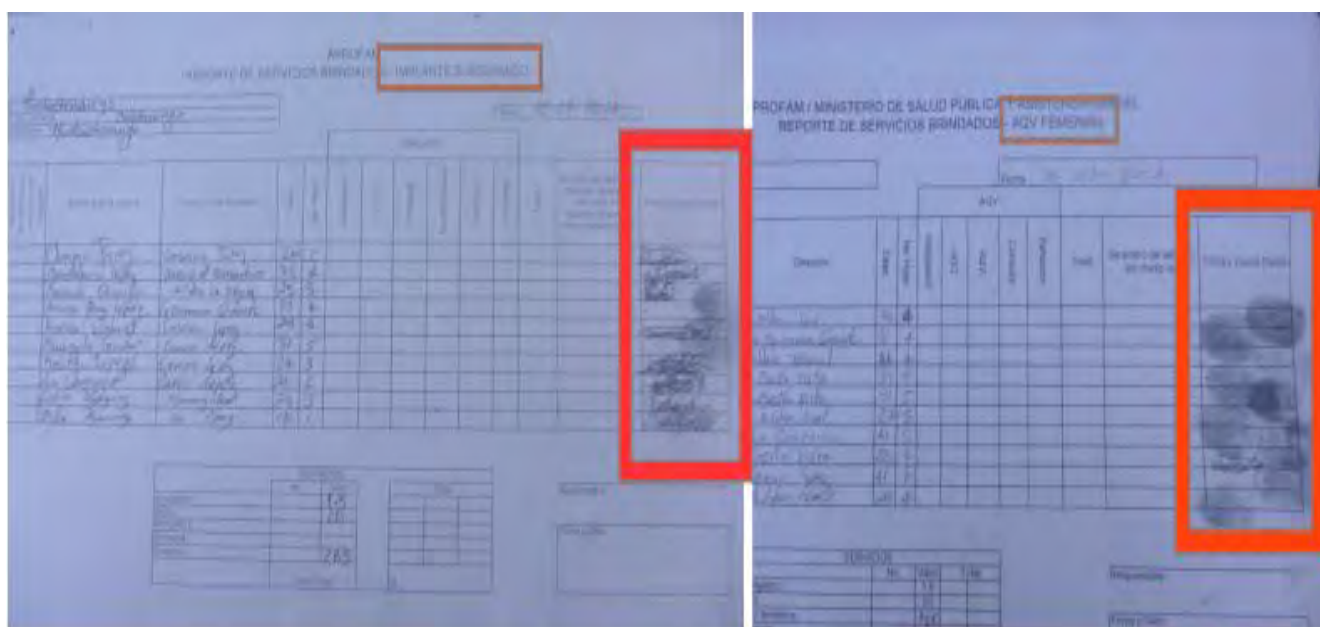
Yeni entend parler de l'implant hormonal par une voisine. Elle se rend au centre de santé du *municipio*, à quelques heures de transport, pour obtenir ce moyen de contraception. Afin de remplir la fiche usagère, l'aide-soignante qui la reçoit jauge en premier lieu sa catégorie ethnique. Yeni ne porte pas le vêtement traditionnel indigène, mais elle est toutefois catégorisée comme tel par l'aide-soignante du fait de son analphabétisme et de sa résidence dans une communauté rurale. Elle indique ensuite son âge et déclare avoir trois enfants. Contrairement à la patiente précédente de même âge et même nombre d'enfants, mais catégorisée *ladina* en raison de son niveau d'étude relativement élevé, Yeni n'obtient pas automatiquement la méthode contraceptive temporaire qu'elle est venue chercher. Avant même d'informer Yeni sur l'implant, l'aide-soignante lui demande directement : « *vous avez déjà trois enfants, pourquoi ne vous opérez-vous pas ?* ». Elle vante alors les bienfaits de la stérilisation en cherchant à démontrer que cela lui sera profitable, tout comme à ses enfants. Afin de la persuader, elle interpelle l'éducatrice pour l'aider à convaincre Yeni. Yeni quitte le centre de santé avec un rendez-vous pour une stérilisation, auquel elle ne se rendra pas, et sans informations sur la méthode contraceptive qu'elle pensait utiliser.

1 Différencier les traitements selon ethnicité, sexe, classe...

La catégorisation des patient·e·s est importante car elle conduit les personnels à adopter des discours et des comportements différents en fonction de différents critères de genre, d'ethnicité, de classe, mais aussi d'âge, de niveau d'études... Une femme qui a plus de deux enfants et

1. www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tezcUa9tQh35.pdf

se présente pour une contraception temporaire est orientée différemment selon la catégorie ethnique à laquelle elle est identifiée. Si elle est identifiée comme indigène, on lui conseille, parfois avec insistance, d'avoir plutôt recours à une stérilisation, comme on le voit dans le cas de Yeni. Cela n'arrive jamais avec une patiente identifiée comme *ladina*, dont la demande initiale n'est pas remise en question. De fait, la grosse majorité des patientes stérilisées sont analphabètes, quand la grande majorité des patientes alphabétisées ont plutôt recours à des méthodes temporaires. Les statistiques nationales montrent d'ailleurs que la plupart des femmes guatémaltèques stérilisées sont analphabètes, et que les femmes analphabètes se stérilisent souvent avant leurs 30 ans. On peut observer dans les images ci-dessous que, lors des *jornadas* d'Aprofam, les patientes qui se font poser un implant (photo de gauche) sont généralement alphabétisées (capacité à signer), contrairement aux patientes qui se font stériliser (photo de droite) qui sont généralement analphabètes (pose d'empreintes).



Implants (gauche) et stérilisations (droite), même jour, Colotenango

Les femmes indigènes rurales pauvres et analphabètes s'orientent vers la stérilisation pour un ensemble de facteurs sociaux liées à leurs parcours et à leurs conditions. Mais aussi, comme cela a été montré précédemment, elles y sont plus orientées par les personnels médicaux, en raison des méthodes de contrainte que ces personnels sont disposés à utiliser pour que ces femmes se conforment à une norme procréative néo-malthusienne. Mais comment ces femmes sont-elles identifiées par les personnels médicaux ? Quels critères vont prévaloir dans les catégorisations des patient·e-s ? Comment ces catégorisations vont-elles déterminer l'orientation et l'information des patient·e-s ?

1.1 Définir, catégoriser et orienter les patient·e-s

Les patientes sont plus volontiers considérées « indigènes » que les patients. Elles intègrent la catégorie « indigène » en fonction de leur nom, de leurs vêtements, de leur origine géographique, de leur profession mais surtout de leur analphabétisme, même si celles-ci s'expriment couramment en espagnol². La classification des patientes dans cette catégorie détermine très

2. Sur la construction des catégories ethniques, à partir de catégories sociales et/ou politiques, on peut lire notamment les travaux de Pitt-Rivers et Lavaud : Pitt-Rivers, « Race in Latin America » ; Pitt-Rivers, « La Culture métisse » ; Lavaud et Lestage, « Compter les indiens » ; Lavaud, « Essai sur la définition de l'indien : le cas des Indiens des Andes ».

largement la nature de la prestation dispensée par les personnels soignants. Ces derniers font appel à un imaginaire construit au sein de la société *ladina* de ce qu'est l'identité indigène et les pratiques et représentations de celles et ceux qu'ils catégorisent dans cette identité. Ils adaptent leurs discours ainsi que leurs pratiques à cet imaginaire. Face à une patiente indigène, ils supposent que celle-ci a été mariée de façon précoce et de manière contrainte, que son mari lui interdit de sortir, qu'elle n'est pas allée à l'école, qu'elle comprend mal l'espagnol, qu'elle ne connaît rien de la planification familiale et n'est pas apte à la maîtriser...



Fiche-patiente à remplir par le secrétaire Aprofam

Lorsque Renato, l'éducateur et Yadiel, le secrétaire de l'unité mobile d'Aprofam, en charge de l'enregistrement des patient-e-s, remplissent les fiches d'informations, ils doivent renseigner un certain nombre de points concernant les patientes : âge, nombre d'enfants, état civil, niveau scolaire, religion... Pour les remplir, Yadiel pose généralement des questions fermées : « *unie ou mariée ?* », « *évangélique ou catholique ?* », « *vous pouvez signer ou non ?* » (pour renseigner la case concernant l'alphabétisation). Certaines cases sont remplies au hasard. Pour la profession, Yadiel inscrit « *femme au foyer* » pour les patientes qu'il identifie indigènes, sans leur demander si elles exercent un emploi. Ces fiches comportent également une case concernant la catégorie ethnique. Cette case est systématiquement remplie sans demander l'information directement à la personne. Lorsque j'ai demandé à ces professionnels comment ils s'y prenaient pour renseigner cette case sans interroger les personnes concernées, ma question les a amusés pour deux raisons : d'une part parce qu'« *il est très impoli de demander cela à quelqu'un* », et d'autre part « *cette information est évidente et il n'y a donc pas lieu de la demander* ». Valeria Ribeiro relève sur son terrain brésilien ces deux mêmes arguments chez les personnels médicaux dans le recueil de la couleur des patient-e-s. Ils estiment, d'une part, qu'il est offensant d'interroger les patient-e-s sur ce point, et d'autre part, que leur formation les rend plus qualifiés pour définir la couleur que les patient-e-s concerné-e-s³.

J'ai alors questionné l'éducateur et le secrétaire de l'unité sur la manière dont ils déterminaient la catégorie ethnique, si évidente à leurs yeux. Ils m'ont répondu qu'ils l'estimaient en fonction du nom de famille de la personne et de sa provenance géographique. En effet, certains

3. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*. Pour mieux comprendre les subjectivités et enjeux liés aux pratiques de catégorisation ethnique, voir par exemple les travaux d'Élisabeth Cunin sur les recensements ethniques par auto-définition ou hétéro-désignation au Belize et en Colombie : Cunin, *Identidades a flor de piel*; Cunin et Hoffmann, « Description ou prescription ? »

municipios sont connus pour être « indigènes », d'autres pour être « *ladinos* ». Cependant, dans la pratique il semble que cette catégorie soit définie différemment. Certaines patientes se présentent vêtues de l'habit que portent « traditionnellement » les femmes indigènes : il n'y a alors pas d'ambiguïté sur « l'indigénéité » de la personne, quels que soient son nom ou sa provenance. Mais j'ai remarqué que des femmes qui n'étaient pas vêtues de cet habit, qui portaient un nom de famille espagnol, qui parlaient couramment l'espagnol et qui venaient de municipalités *ladinas* étaient souvent classées dans la catégorie indigène. Dans ce cas, l'unique facteur qui les différençait des patientes classées dans la catégorie *ladina* était leur analphabétisme, inscrit sur leur document d'identité présenté au moment de l'enregistrement. Notons que le document d'identité spécifie simplement si la personne est capable de signer ou non. La capacité à signer est alors assimilée à une alphabétisation, même si dans la pratique la question des niveaux d'alphabétisation est beaucoup plus complexe. De la même manière, deux hommes qui portaient un nom indigène (les noms de famille indigènes sont rares dans le département de Huehuetenango) et étaient originaires de zones considérées indigènes ont été classés dans la catégorie *ladina*. Il semble que, dans leur cas, ce soit leur sexe, combiné à leur niveau d'étude élevé (licence), qui ait déterminé leur classement dans la catégorie *ladina*.

**Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -**

A - Vous avez déjà envoyé des hommes pour des vasectomies vers l'Hôpital ou Aprofam ?

C - Oui, mais très peu. On envoie plutôt des femmes, pour ce que je te disais que les gens disent « *parce que je suis un homme, je ne vais pas m'opérer* ».

A - Et les hommes que vous avez envoyé, comment vous les avez convaincu ?

C - Ben ce sont des hommes qui ont une scolarité élevée, qui ont suivi l'université. Donc quand on discute facilement avec eux, on voit qu'ils comprennent, qu'ils se rendent compte que c'est important, et certains acceptent la vasectomie.

Il est surprenant de constater que plus les hommes ont un niveau scolaire élevé, plus ils seront orientés vers la stérilisation, contrairement aux femmes pour lesquelles il se produit le phénomène inverse. Les femmes qui disposent d'un niveau scolaire élevé sont moins orientées vers la stérilisation, tout comme les hommes qui disposent d'un faible niveau d'étude, c'est à dire presque tous les hommes que les personnels médicaux rencontrent dans les *municipios*. Selon l'éducatrice Aprofam Valeria, les hommes dans les communautés sont plus machistes et il est donc difficile de leur proposer une vasectomie. Elle estime que ces hommes ont honte face aux autres hommes « *de ne plus être considérés comme un homme, de penser qu'il est impuissant sexuellement* ». C'est pourquoi il est très rare que des personnels de santé proposent aux hommes d'être opérés, même quand l'opération est contre-indiquée pour leur femme. On remarque d'ailleurs que l'unité mobile d'Aprofam ne possède pas de fiches de renseignements pour les hommes. En cas de vasectomie, le secrétaire de l'unité utilise une fiche de ligature des trompes, et n'en remplit presque aucune case, même celle où il est demandé le nombre d'enfants.

L'annonce du nombre d'enfants est, à l'inverse, déterminant dans l'orientation des femmes. Plus ce nombre est élevé chez les femmes indigènes, plus on cherchera à les persuader d'avoir recours à une stérilisation, même si elles sont convaincues par une méthode temporaire. Or, ce nombre varie en fonction de la manière dont la question du nombre d'enfants est posé. Il ne reflète pas la réalité des enfants à charge, souvent différent du nombre de grossesses, du nombre d'enfants vivants, adoptés, avortés... (Ch7-II-2)

1.2 Une plus grande liberté contraceptive pour les femmes *ladinas* ?

Le traitement différencié entre patientes indigènes et *ladinas*, ou du moins identifiées comme telles, s'observe sur de multiples aspects. Par exemple, il arrive fréquemment lors des *jornadas* d'Aprofam que des patientes négocient pour ne pas faire le test de grossesse urinaire avant l'intervention contraceptive. Sur l'ensemble des *jornadas* observées, trois patientes ont été autorisées par le médecin à échapper à ce test. Elles étaient parmi les rares patientes à correspondre à un profil de *Ladina* urbaine, de niveau scolaire relativement élevé, occupant un emploi salarié, et faisant preuve d'une maîtrise de certains codes bio-médicaux. Contrairement aux autres femmes, elles ont été considérées aptes à savoir sans test si elles étaient enceintes. Les patientes indigènes qui avancent des arguments bio-médicalement fiables pour prouver qu'elles ne sont pas enceintes ne parviennent toutefois pas à échapper au test. De la même manière, j'ai pu observer que la plupart des femmes indigènes venues solliciter au centre de santé la méthode contraceptive du collier (comptage des jours du cycle pour identifier les périodes de fertilité) ou de la pilule sont reparties sans la méthode qui les intéressait. Le personnel médical avait refusé de leur fournir une de ces méthodes, car il a estimé qu'elles étaient inadaptées pour les femmes indigènes. Plusieurs personnels m'ont ainsi rapporté qu'ils n'offrent le collier qu'aux patientes qui connaissent déjà bien la méthode avant de se rendre à la consultation, pour cela elles doivent forcément être à leurs yeux *ladinas*, alphabétisées et citadines, avoir peu d'enfants, disposer d'un emploi et d'un niveau scolaire élevé. Ce profil correspond à une infime partie de femmes qui se rendent dans les structures publiques de santé. Les femmes qui correspondent à ce profil ont généralement des moyens financiers supérieurs, et se rendent plutôt dans des cabinets libéraux ou des cliniques privées.

Il est difficile d'affirmer que les traitements différenciés servent toujours les femmes *ladinas*. On peut illustrer ce propos à partir de deux cas, liés à la représentation qu'ont les personnels du couple hétérosexuel patriarcal chez les femmes indigènes et chez les femmes *ladinas*. Au sein de la clinique de planification familiale de l'Hôpital, lorsqu'une femme indigène prétexte la nécessité de demander l'autorisation préalable à son mari, avant la pose d'un contraceptif proposée par l'aide-soignante ou la gynécologue, ces dernières l'encouragent à passer outre la discussion avec leur conjoint. Elles soupçonnent toutes deux les maris indigènes d'être réticents à la méthode proposée et lancent aux femmes des slogans à connotation féministe pour qu'elles prennent leur décision seules et immédiatement : « *votre corps vous appartient* », « *c'est vous la femme qui devez décider pour vous même* ». . . . Pourtant, ces phrases sont rarement prononcées à des femmes *ladinas*. Parfois, on va au contraire les encourager à discuter préalablement avec leurs conjoints.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango

- 16 avril 2013 -

Vicky, une jeune externe aide-soignante *ladina*, annonce à la gynécologue qu'elle aimerait qu'elle lui pose un implant. Dra Irina lui répond : « *oui bien sûr, parlez-en à votre époux et demain on vous le posera* ». Vicky fait une tête sceptique, ne voyant visiblement pas pourquoi elle devrait demander préalablement à son mari, d'autant qu'il n'y a pas de patientes et qu'elle pourrait se le faire poser de suite. Vicky demande : « *mais il faut l'autorisation du mari pour se mettre un implant ? Je dois lui faire signer quelque chose ?* ». Dra Irina « *Non, juste comme ça, pour le prévenir, c'est mieux de ne pas créer de malentendus dans son couple* ».

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 17 avril 2013 -

Vicky passe à la clinique pour dire qu'elle viendra se faire poser son implant tout à l'heure. Dra Irina lui dit « *ça y est vous êtes décidée ?* » Vicky lui répond sur un ton un peu provocateur : « *j'étais déjà décidée hier, c'est vous qui ne l'étiez pas !* ». La gynécologue lui demande si elle a un enfant. Vicky : « *j'en ai deux* ». Dra Irina sur un ton provocateur également : « *déjà deux ! À votre âge ? Ah oui si j'avais su je vous l'aurais mis hier !* »

Dans ce cas, on voit bien que les projections de la gynécologue sur l'identité étudiante urbaine *ladina* de Vicky lui donnaient l'image d'une femme unie et nullipare, chez qui l'avis du conjoint sur sa capacité reproductive méritait d'être consulté afin de maintenir une harmonie dans le couple. Une jeune patiente *ladina* se présente le même jour à l'hôpital. Elle explique qu'elle a eu deux césariennes dont elle s'est remise difficilement, en raison de l'anesthésie. Elle a ensuite testé plusieurs méthodes contraceptives, mais les effets secondaires sont trop importants et son corps est à présent trop fragile pour une stérilisation, bien que c'est ce qu'elle souhaiterait. Je lui demande si elle connaissait déjà la stérilisation au moment de la seconde césarienne. Elle me répond « *personne ne m'en a pas parlé à l'Hôpital, mais j'ai parlé avec une autre patiente en attendant la césarienne et c'est elle qui m'a dit. Je discutais avec elle et je lui disais que je sentais que j'allais mourir à l'accouchement si j'étais enceinte une nouvelle fois. Elle m'a dit que je pouvais demander à être opérée directement. J'ai demandé mais les médecins n'ont pas voulu, ils disaient que j'étais trop jeune et qu'il valait mieux que je prenne le temps, que j'en parle avec mon mari, que je ne prenne pas ma décision seule et tout de suite. Mais maintenant je regrette de ne pas avoir plus insisté* ».

Elsa Dorlin relève dans ses travaux des formes différenciées de sexisme aux États-Unis. Les femmes africaines-américaines étaient victimes de stérilisations forcées, tandis que les femmes blanches enchaînaient des grossesses à répétition et étaient acculées aux avortements clandestins⁴. Françoise Vergès observe une contradiction apparente similaire dans les années 1960-1970 : la criminalisation de la contraception et de l'avortement en France, au moment même où se pratiquent des avortements et des stérilisations forcées dans les départements d'outre-mer. Dans ces deux cas, le corps des femmes est instrumentalisé pour les intérêts de l'État, comme en témoigne F. Vergès :

« *Dans les colonies devenues départements d'outre-mer, la reproduction a été intégrée dans la logique du capitalisme racial. Autrement dit, les politiques de reproduction sont adaptées aux besoins de la ligne de couleur dans l'organisation de la main-d'œuvre : le ventre des femmes a été racialisé* »⁵.

Aussi, les rapports à la reproduction, aux injonctions contraceptives, aux normes procréatives relèvent avant tout d'une gestion des corps féminins, et ces rapports sont différenciés selon la race. Si les rapports patriarcaux visent à s'appropriier l'ensemble des corps féminins, l'emprise sur les corps des femmes racisées va être d'autant plus légitimée, y compris au sein d'un discours à portée féministe.

4. Dorlin et Wallace, *Black feminism*.

5. Vergès, *Le Ventre des femmes*.

2 Féminisme colonial

Lors de plusieurs consultations observées, des personnels de santé ayant contraint une patiente à choisir la stérilisation justifiaient cette pratique coercitive par un argumentaire de type féministe. Ils estiment qu'avoir un grand nombre d'enfants produit l'oppression des femmes indigènes au sein de la famille (« plus elles ont d'enfants, plus elles sont opprimées »), tout comme il en est le produit (« elles ont beaucoup d'enfants car elles y sont contraintes par leur conjoint »). Pourtant, on retrouve cette rhétorique au cœur des discours éducatifs institutionnels, œuvrant pour la norme procréative d'un maximum de deux enfants par famille indigène. Elle fait directement écho à l'imaginaire d'opposition tradition/modernité déjà évoqué, selon lequel la culture indigène, puisque située et conservatrice, constituerait une culture fondamentalement plus sexiste que la culture *ladina*, nationale et étatique, qui serait au contraire progressiste, donc conforme à une valeur d'égalité des sexes⁶. Les *municipios* mam de Colotenango et Ixtahuacán, qui ont mauvaise réputation, on l'a vu, pour leur résistance politique pendant le conflit armé, et actuellement contre l'implantation de multinationales extractivistes, sont particulièrement jugés conservateurs, y compris dans la condition féminine. Ils seraient les lieux privilégiés des mariages forcés, des viols, de la violence conjugale...

Ce recours à un imaginaire où la modernité se situe du côté du pouvoir institutionnalise un discours féministe ethnocentré, à prétention universelle, qui essentialise et généralise certains comportements sexistes d'hommes indigènes par un détour culturaliste. Au sein des structures de santé, les hommes indigènes sont fréquemment décrits comme excessivement possessifs et jaloux, alcooliques, fainéants, violents envers leur femme, et surtout imposant de nombreuses grossesses. On note que cela contredit les statistiques fournies par le Ministère de Santé qui montrent que, contrairement aux femmes, les hommes de la région considèrent avoir plus d'enfants que leur nombre idéal⁷. Les hommes indigènes sont également soupçonnés de marier de force leurs filles contre de l'argent, ou encore d'être violeurs, incestueux... Un discours monolithique se construit ainsi autour d'une figure de l'homme indigène intrinsèquement machiste. Pourtant, les institutions, qui méconnaissent les conditions concrètes d'existence des populations indigènes, se désintéressent des manières dont les femmes expérimentent l'oppression patriarcale dans la sphère familiale, communautaire et dans l'ensemble de la société.

Aura Cumes relève qu'au Guatemala, la représentation de la culture indigène comme étant « plus machiste » que la culture *ladina*, car « moins civilisée », occulte la manière coloniale-patriarcale sur la base de laquelle la société guatémaltèque s'est organisée. Elle ajoute que ce modèle de féminisme se normalise comme un projet civilisateur pour les femmes, sans questionner son paradigme moderne de prétention universaliste, dans laquelle s'alimentent les processus de colonisation et de légitimation du racisme⁸.

Ce brandissement du féminisme pour stigmatiser un groupe culturel minoritaire se retrouve dans de nombreux contextes liés à la mondialisation. Judith Butler décrit ce phénomène comme « *l'instrumentalisation du féminisme et des politiques sexuelles progressistes au service de la diabolisation des minorités religieuses et ethniques* »⁹. Sara Farris mobilise le concept de fémationalisme pour parler de cette instrumentalisation de la notion d'égalité entre hommes

6. Adams et Bastos, *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*.

7. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, et Centros de Control y Prevención de Enfermedades, « Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 », p. 75.

8. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

9. Butler, « Des politiques sexuelles contre les minorités raciales ».

et femmes, à la fois par les partis nationalistes et xénophobes et par les gouvernements néolibéraux¹⁰. Pour elle, il existe un point de convergence important entre le féminisme institutionnel et les politiques néo-libérales et nationalistes. Elle explique que les femmes des minorités ethniques sont dirigées vers les secteurs domestiques et du *care*. Elles occupent ainsi un rôle historiquement dénoncé par les mouvements féministes occidentaux. Ce rôle genré est alors renforcé, tout en étant assigné aux femmes pauvres et racisées¹¹. Sanna et Varikas dénoncent également la manière néo-coloniale dont le sexisme et l'inégalité de sexe se conçoivent comme l'apanage exclusif de cultures « autres », qui seraient réfractaires à la modernité occidentale. Elles s'interrogent sur les faibles résistances à « *un détournement du féminisme qui situe le genre au cœur des procédés de racialisation et occulte la dégradation des libertés (reproductives, sexuelles, politiques) des femmes et de leur autonomie* »¹². Aussi, il ne s'agit pas simplement de stéréotypes coloniaux hérités du passé, mais bien de modes contemporains néolibéraux de différenciation hiérarchique des individu-e-s, des corps et des sexualités¹³. Ajoutons à cela qu'en se focalisant sur les violences masculines des hommes d'origine racisée (viol, mariage forcé, exclusion, injonction vestimentaire, injonctions culturelles et religieuses), on tend à occulter les violences contre toutes les femmes¹⁴. L'instrumentalisation d'une défense de l'égalité des sexes désigne un ennemi racialisé, qui serait éminemment patriarcal, de manière à diviser les femmes et à servir la réorganisation néolibérale de la violence¹⁵.

2.1 « Lutter contre le machisme » par le contrôle reproductif des femmes indigènes

Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam- 22 ans - *ladino* - 17 mai 2014 -

A - J'entends bien que, selon toi, c'est à cause du machisme que des femmes ne planifient pas dans les communautés, mais en quoi exactement tu trouves qu'il y a du machisme concernant la planification ?

H - Parce que l'homme va vouloir décider, dominer la femme. L'homme dit : « *seulement les garçons vont étudier, les filles travailleront à la maison parce qu'elles ne servent à rien d'autre* ». Dans les communautés les gens disent : « *celui qui a les droits c'est l'homme, la femme a juste des devoirs* ». Les femmes ne connaissent pas leurs droits, donc elles ne peuvent pas décider pour elles-mêmes, elles se croient dépendantes de l'homme.

A - Et ici à la capitale du département ?

H - Non ici ça n'existe pas. Ou ce serait rare. C'est un problème de la zone rurale. À cause de l'ignorance qu'il y a, les femmes qui ne vont pas à l'école, pas d'éducation, elles ne savent rien, ignorent tout. Une femme qui veut une méthode contraceptive va toujours devoir demander à son mari en premier. [...] C'est un peu une culture déficiente... la culture n'est pas très bonne dans les communautés. Les femmes agissent avec négligence et pensent que ce que dit l'homme est ce qui est correct. [...] Les hommes travaillent au champ et ils ont besoin de main d'œuvre donc ils pensent :

10. Farris, « Les fondements politico-économiques du fémonationalisme ».

11. Farris, « Féministes de Tous Les Pays, Qui Lave Vos Chaussettes ? »

12. Sanna et Varikas, « Genre, modernité et 'colonialité' du pouvoir ».

13. Sanna, « Ces corps qui ne comptent pas ».

14. Hamel et Clair, « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel ».

15. Falquet, « Penser la mondialisation dans une perspective féministe ».

« *plus j'aurai d'enfants, plus j'aurai d'argent* ». Parce qu'ils pensent que les enfants c'est simplement pour travailler, donc ils ne s'occupent pas de leur santé, de leur vie, de leur éducation, de leur donner une bonne alimentation, une bonne maison, de bons vêtements. Ils ne pensent qu'à l'argent. Et donc plus tôt les enfants vont travailler, plus ils en sortent du bénéfice.

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -

A - Mais pourquoi selon toi les les hommes ne veulent pas que les femmes planifient ?

C - Parce qu'ils sont machistes !

A - Comment ça ?

C - Ben c'est à dire... machiste ça veut dire... « *je suis l'homme, je suis celui qui donne les ordres* ».

A - Mais pourquoi c'est être machiste de ne pas vouloir planifier ?

C - Machiste dans le sens que... la femme... elle doit le consulter en premier, pour qu'il lui donne disons l'autorisation pour qu'elle planifie.

A - Et pourquoi les hommes voudraient plus d'enfants que les femmes ?

C - À cause de la culture, ça c'est à cause de la culture.

A - Comment ça de la culture ?

C - Ben de la culture ça signifie... des coutumes. Ou parce que les ancêtres ont eu beaucoup d'enfants donc eux-aussi ils veulent avoir beaucoup d'enfants.

A - Et pourquoi les femmes n'ont pas cette culture ?

C - Elles n'ont pas cette coutume ou cette culture parce que... disons qu'on les a informées. On les a informées sur leurs droits.

A - Les femmes sont plus informées... ?

C - Oui parce que les femmes sont celles qui participent le plus dans les services de santé, qui assistent aux *charlas* de santé, d'éducation...

Les personnels de santé du Yucatán, étudiés par Arlette Gautier, pensent également que les communautés où ils travaillent sont extrêmement machistes, que les hommes décident pour les femmes en matière reproductive, ces dernières ignorant tout de leurs droits. Cette idée se trouve pourtant en inadéquation avec la réalité¹⁶. Dans son enquête, on voit que, dans les communautés mayas, une proportion minoritaire de femmes estime devoir demander des autorisations à leurs conjoints, et même qu'à partir de la deuxième moitié des années 1980, les hommes étaient plus favorables à la contraception que les femmes¹⁷. De plus, les personnels de santé évoquaient uniquement l'idée que les femmes étaient interdites d'accès à la contraception par leur mari. Pourtant, A. Gautier relève, qu'au contraire, la contrainte des maris s'exerçait parfois plutôt dans l'imposition d'une méthode contraceptive que dans son interdiction, et plus spécifiquement la stérilisation¹⁸.

Dans les discours d'Hedgar et de Camilo cités plus haut, le machisme est perçu par ces personnels de santé uniquement dans le sens de la limitation de l'usage de contraceptifs médicalisés, et non de l'injonction à en utiliser. Pourtant, dans les cas rapportés sur le terrain huehuetèque, quand ce sont les hommes qui décident pour leur femme, cela peut-être autant d'utiliser une méthode contraceptive que de ne pas en utiliser. On peut le voir dans le cas d'Alma, qui à certaines étapes de sa vie se plie à la décision de son mari d'utiliser une méthode contraceptive, alors qu'elle aimerait avoir un autre enfant :

16. Gautier, « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ».

17. Gautier et Quesnel, *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*.

18. Gautier, « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ».

Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam
- 13 mai 2014 -

A - Quand j'ai eu mon fils j'ai attendu un an. J'ai discuté avec mon mari et il a dit : « *je ne veux pas avoir un autre enfant tout de suite parce que c'est difficile !* ». J'ai répondu : « *Ah d'accord* ». Mon mari a dit : « *donc on va planifier* ». Moi j'ai redit : « *d'accord* ». Et donc il m'a amené pour que je mette l'injection. Au bout de trois ans, j'ai eu les problèmes que je t'ai dis avec l'injection et je lui ai dit : « *je vais plutôt l'enlever* ». Il a dit : « *Ah ok* ». Je voulais un autre enfant mais mon mari a dit : « *non il vaut mieux que je parte loin travailler pendant un an* ». J'ai dit : « *d'accord* », et il est parti au Mexique. Quand il est revenu, j'ai vu qu'il avait contracté beaucoup de dettes et je me suis dit qu'il valait mieux attendre encore avant d'avoir un autre enfant alors j'ai recommencé la planification.

Les personnels dénoncent unanimement le machisme comme constituant le principal obstacle à la planification familiale, à égalité avec le manque d'éducation. En cela, ils font largement écho aux analyses institutionnelles qui identifient « *la domination masculine dans la famille* » comme une barrière majeure à la prise autonome de décision, comme on le relève dans le rapport USAID (cité en introduction de la partie II).

Sergio - Chargé de projet maternité Fundaeco et OSAR - 40 ans - ladino
- 9 octobre 2012 -

S - Dans les communautés, à cause du machisme, les femmes doivent se cacher et se protéger si elles utilisent une planification familiale pour ne pas être maltraitées. Le mari peut penser qu'elle va avec un autre homme si elle veut planifier. Ils considèrent les femmes comme un objet, un objet de reproduction, qu'elles ne peuvent rien faire d'autre que ça et laver les habits et cuisiner. À cause de ça, la femme n'a pas de liberté pour choisir combien d'enfants elle peut avoir et quand elle veut les avoir.

Les professionnel-le-s considèrent qu'avoir un grand nombre d'enfants est, on l'a dit, une conséquence de l'oppression des femmes, mais aussi un facteur aggravant leur oppression, car cela les enfermerait sous le joug de la domination de leur mari. « L'homme indigène » est perçu comme imposant une charge familiale conséquente à sa femme pour l'empêcher de partir et la contraindre à assurer de nombreuses tâches domestiques. Utiliser les méthodes contraceptives préconisées devient alors gage d'émancipation. Et contraindre des femmes indigènes à en utiliser constitue, pour les personnels, une action correspondant à un engagement féministe¹⁹.

Le sentiment d'impuissance face à la figure diabolisée de l'homme indigène est avancé parfois comme ce qui justifie le fait que l'on cible uniquement les femmes, mais aussi que l'action soit menée de manière autoritaire afin de contrer le pouvoir des pères ou des conjoints. Ainsi, l'aide-soignante Evi justifie l'insistance dont elle fait preuve de façon répétée pour convaincre des femmes de préférer la stérilisation à une méthode temporaire de la manière suivante : « *il vaut mieux stériliser les femmes, afin que leur mari soit mis devant le fait accompli et qu'ils ne puissent faire machine arrière* ». Toutefois, lorsqu'elle estime que le conjoint est « *coopératif* », elle décide stratégiquement de ne s'adresser qu'à lui. Il devient un allié potentiel dans l'exercice de l'autorité médicale sur le corps de sa femme.

19. Garcia, « Contrôler et contraindre ».

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 1^{er} avril 2013 -**

Un homme indigène entre pour demander s'il est possible d'opérer sa femme. Il dit qu'elle est restée dehors et qu'elle lui a demandé de vérifier si c'était possible. Evi lui répond que sa femme peut venir demain pour faire directement les examens sanguins et qu'on l'opérera le lendemain. Elle ajoute qu'il suffit qu'il amène le document d'identité de sa femme ou le sien, si c'est lui qui signera le consentement de sa femme.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 15 avril 2013 -**

Un couple indigène entre. La femme a 24 ans environ. Elle ne comprend pas l'espagnol. L'homme demande à ce qu'elle soit stérilisée. La gynécologue demande à l'homme : « *vous êtes sûrs ?* ». L'homme : « *oui* ». La gynécologue : « *bon alors attendez dehors un petit moment et on va vous remplir les formulaires et vous allez les signer* ».

Comme on peut le voir dans ces extraits, le consentement de la femme n'est pas obligatoirement recueilli pour une stérilisation si l'homme est présent. Les rares démarches de sensibilisation envers les hommes, observées lors de l'enquête, visaient uniquement à les convaincre d'accepter que l'on stérilise leur femme, ou qu'on lui laisse un implant dont elle était venue demander le retrait. C'est ainsi que certains consentements de stérilisations féminines sont signés par les maris à l'insu de leurs épouses. Plusieurs femmes témoignent d'ailleurs avoir découvert qu'elles avaient été stérilisées suite à une césarienne ou une opération de l'appendicite, car leur mari avait signé l'autorisation au cours de l'opération, parfois parce que les professionnel·le·s de santé avaient présenté la stérilisation comme indispensable à la survie de leur femme ou de leur bébé. Ce type de pratique médicale est également relevé par A. Mira dans le Chiapas mexicain, voisin du département de Huehuetenango²⁰.

La condamnation morale de la domination masculine n'empêche donc pas son instrumentalisation occasionnelle pour rendre caduque le droit au consentement des femmes et nier leur citoyenneté. À travers ces exemples, on constate qu'au-delà de nier aux femmes indigènes leur capacité à être actrices de leur santé, on nie également leur capacité à être actrices de leur vie reproductive, et même de leur sexualité.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 9 avril 2013 -**

Un patient indigène de 22 ans se présente pour une vasectomie. Il est accompagné d'une petite fille de 3 ou 4 ans. Il dit qu'il veut se faire opérer parce que sa femme ne supporte pas l'injection, elle maigrit trop. Le gynécologue lui précise bien le caractère volontaire et définitif de l'opération et lui redemande s'il est bien d'accord. Le patient accepte. Il est amusé par la *charla* que lui donne le gynécologue sur la vasectomie. Le gynécologue recueille à nouveau le consentement oral du patient en précisant à nouveau le caractère stérilisant définitif de l'opération. Il lui dit qu'il ne pourra pas travailler pendant deux jours, et ne pourra pas avoir de relations sexuelles pendant un moment et que pendant un temps ça « *va peut-être faire un peu mal au moment de terminer* ».

20. Mira Crick, « Accès aux soins et relativisme culturel dans les Altos du Chiapas ».

Le patient sourit et acquiesce. Il demande au gynécologue un rasoir pour aller aux toilettes nettoyer autour de son sexe, comme ce dernier l'a évoqué pendant la *charla*. Puis, il se change et confie son sac et ses vêtements à la petite fille. Il passe son téléphone à Jaylin et lui demande de le prendre en photo avec sa tenue d'opération (robe bleue, bonnet bleu, sachets bleus sur les pieds). Il prend des poses pendant que Jaylin prend les photos. Pendant l'opération on s'aperçoit qu'il a plusieurs blessures par balles. Je repense au fait qu'il ait répondu au gynécologue qu'il n'avait jamais eu de traumatisme corporels quand celui-ci l'a interrogé avant l'opération. En sortant il remercie très courtoisement les membres de l'équipe, se change, embrasse sa petite fille et s'en va satisfait en boitant et en la tenant par la main.

Certains hommes indigènes auxquels se confrontent les personnels de santé sont très loin de l'image que l'on dessine d'eux. Pourtant, ils font systématiquement office de figures repoussoirs. Aussi, il existe extrêmement peu de couples mixtes Indigène/*Ladin*®. Les rares exemples fournis au cours de l'enquête sont des hommes *ladinos* ou étrangers unis à des femmes indigènes. La réduction au simple caractère sexuel de relations d'hommes blancs ou *ladinos* avec des femmes indigènes est toutefois beaucoup plus envisagée et acceptée que l'union exogamique et les enfants qui peuvent en résulter²¹. Chez les femmes *ladinas*, même la sexualité avec des hommes indigènes semble tout à fait inenvisageable. Margaret et Denize, les deux aides-soignantes *ladinas* d'Aprofam sont célibataires et aiment beaucoup parler de garçons. À chaque *jornada*, elles repèrent un ou plusieurs jeunes hommes qui leur plaisent, sur lesquels elles font des commentaires toute la journée. Ces jeunes hommes peuvent être personnels médicaux ou administratifs, accompagnateurs, patients, mais dans tous les cas, ils sont obligatoirement *ladinos*. Un jour où je leur suggère, sur un ton de plaisanterie, qu'il est peut-être raciste de ne s'intéresser qu'à des hommes *ladinos*, elles s'amusent de mon observation provocatrice. Denize me répond en riant : « *c'est pas que nous sommes racistes, c'est que nous n'aimons pas les hommes machistes !* ». Il existe une exception d'hommes indigènes qui suscite quelque peu l'attention des deux amies. Il s'agit des Solomeros fortunés, identifiés comme passeurs de migrants et narco-trafiquants, du *municipio* q'anjob'al de Soloma. Ce sont les seuls hommes indigènes qu'elles fréquentent de loin, car ils détiennent, dans la ville de Huehuetenango, des hôtels et des boîtes de nuit où elles les rencontrent. Cependant, dès la première fois qu'elles m'en parlent, elles les identifient aussi directement comme machistes :

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Pedro Soloma
- 26 février 2013 -**

Alors que nous nous baladons dans Soloma après la *jornada*, Margaret nous dit qu'elle n'aime pas Soloma. Elle ajoute : « *même si le dernier homme sur terre était ici, je n'irais pas !* ». Je lui demande pourquoi. Margaret : « *parce que... comment te dire...* ». Elle se tourne vers Yadiel et lui demande : « *dis lui, comment sont les hommes ici ?* ». Yadiel : « *orgueilleux, machistes* ». Margaret : « *Oui, ils sont comme ça, ils ne laissent pas sortir, ils maltraitent les femmes, et ils aiment beaucoup l'argent !* ». Elle me raconte l'histoire d'un Solomero qu'elle connaît de la ville, qui est passeur et qui blanchit son argent en investissant dans l'immobilier à Huehuetenango. Elle dit qu'il n'aura bientôt plus d'argent car « *il le dépense avec toutes les filles pour sortir, faire la fête, faire des cadeaux, leur faire des serenatas (parades musicales de séduction) même pas pour des occasions spéciales !* » Denize et Yadiel se regardent, explosent de rire et commencent à se moquer de Margaret : « *Ah oui celui-là ça se voit qu'il te plaît vu comme tu es en mode jalouse ! Ah comme ça tu aimes un solomero !* ». Margaret se défend alors vigoureusement d'apprécier cet homme.

21. Ribeiro Corrossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

L'aide-soignante Evi est l'une des rares personnes en couple mixte que j'ai rencontrées sur mon terrain de recherche. Il est d'ailleurs difficile de la considérer en tant que telle, car elle affiche fièrement une identité *ladina*, alors qu'elle m'a confié être q'anjob'al (Ch3-II-1). Son mari, un infirmier *ladino* de l'Hôpital, a 17 ans de plus qu'elle.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 19 avril 2013 -**

Evi me dit qu'elle a mal au ventre, comme toujours quand lui viennent ses règles. Je lui demande quelle méthode contraceptive elle utilise.

Evi - Je n'ai rien, naturel.

A - Comment ça ?

E - Ben mon mari expulse dehors. On a planifié comme ça six ans avant d'avoir ma fille, et là on continue comme ça. On ne veut pas d'autre enfant.

A - Vous n'avez jamais utilisé de méthode contraceptive ?

E - Non, mon mari ne veut pas, il n'aime pas

A - Pourquoi ?

E - Parce qu'il dit que les femmes grossissent ou maigrissent avec les méthodes, que ça leur fait des tâches sur le visage, tout ça... Et aussi parce qu'il est très jaloux.

A - Comment ça ?

E - Il a peur que je couche avec un autre, peut-être comme il est beaucoup plus âgé que moi.

La critique vigoureuse d'Evi envers le machisme « culturel » des hommes indigènes et « les rumeurs négatives », masque totalement sa propre situation : son mari lui interdit d'utiliser des méthodes contraceptives sur la base de « rumeurs négatives » prononcées à la fois par possessivité et à la fois pour que sa femme conserve un physique qui lui plaise. Le machisme « culturel » national et *ladino* est totalement éludé de l'esprit et des propos d'Evi, qui me vante souvent le « romantisme » des hommes guatémaltèques (sous-entendu des hommes *ladinos*) et leur attitude très « respectueuse » envers les femmes, sur le mode de la galanterie. Aussi, pour reprendre la réflexion de Christelle Hamel, lorsqu'on dénonce le sexisme du minoritaire on agit nullement sur le sexisme du majoritaire²².

2.2 « La femme indigène », figure docile

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 2 juillet 2014 -**

A - Ça t'es arrivé que des hommes demandent des informations sur la vasectomie au poste de santé ?

H - Mmm... juste pour une opération pour leurs femmes. Les hommes ne le font pas.

A - Et toi tu as déjà donné spontanément des informations à des hommes sur la vasectomie ?

H - Le truc c'est qu'il y a beaucoup de machisme. Et ce qu'il se passe c'est que difficilement un homme de là-bas va céder à ce qu'on l'opère. Il va vouloir rester fertile. Par... par instinct je ne sais pas, ils veulent rester fertiles.[...]

A - Donc ce que je ne comprends toujours pas c'est pourquoi tu dis que les femmes veulent planifier mais que leur mari l'interdit ? Si tu dis qu'elles croient ce que dit leur mari...

H - Ah mais c'est parce qu'on éduque plus les femmes, parce qu'elles viennent plus au centre de santé. Et que les femmes se laissent plus éduquer. Elles coopèrent plus.

22. Hamel et Clair, « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel ».

Dans cet extrait, Hedgar estime que les femmes indigènes sont à la fois dociles envers leur mari et à la fois dociles envers les institutions médico-éducatives. La dimension missionnaire du travail médical et éducatif en planification familiale puise donc dans un discours institutionnel d'émancipation des femmes indigènes par rapport à leur mari, et plus largement par rapport au machisme de leur culture, pour finalement chercher à s'en approprier le corps. Régulièrement irrité·e·s par la manifestation de résistances de la part de patientes *ladinas*, on relève chez les professionnel·le·s une satisfaction quant au comportement jugé « docile » des femmes indigènes, qu'ils expriment par les qualificatifs suivant : elles « *ne bougent pas* », « *ne se plaignent pas* », « *ne sont pas nerveuses* », elles restent « *bien tranquilles* », « *bien calmes* », « *bien silencieuses* »... Aussi, la docilité, perçue comme spécifique à ces patientes, est considérée par les personnels comme une valeur positive lorsqu'elles obéissent sans broncher aux consignes qu'ils donnent. Or, elle devient une valeur négative de soumission à leur mari lorsqu'elles cèdent difficilement à l'autorité médicale. C'est souvent cette docilité qui justifie qu'on prenne les décisions à leur place. Le fait que les patientes indigènes « bronchent » peu, du moins en apparence, lorsque les personnels choisissent à leur place une méthode contraceptive, est approuvé comme une marque à la fois de docilité à l'autorité médicale et d'intégration du discours éducatif normalisateur. Comme le mentionne Hedgar, les personnels apprécient le fait que les femmes indigènes « *se laissent plus éduquer, coopèrent plus* » que les hommes et que les femmes *ladinas*. Il est apprécié que ces femmes n'exigent jamais de traduction, même quand elles ne comprennent pas, et qu'elles posent peu de questions.

Les patientes indigènes signent très régulièrement des formulaires de consentement ou d'autres documents, sans savoir de quoi il s'agit. Parfois elles feignent de ne pas regarder ni comprendre ce qu'elles signent, alors qu'elles le lisent et le gardent en tête, comme le fait Catia à propos des formulaires qui stipulent qu'elle a reçu des médicaments alors qu'elle n'en a pas reçu (Ch4-III-2). En signant le formulaire, elle témoigne de sa docilité, tout en gardant en tête que le personnel soignant la prive de médicaments et détourne du matériel (Ch11-I). Dans cette situation, Catia analyse les attitudes des personnels de santé qui la reçoivent au centre en feignant sa docilité. Aussi, la docilité des femmes indigènes est parfois consciemment jouée par ces dernières pour de multiples raisons, instrumentalisant ce préjugé des personnels de santé à leur égard (Ch10-III-1). Les femmes indigènes préfèrent souvent se montrer dociles, car cela leur évite de subir certaines formes de maltraitements. Le fait de questionner, d'affirmer des choix ou des opinions contraires à ceux des personnels médicaux est perçu comme des signes de résistances. Isolées, elles sont alors exposées à des répressions de la part des personnels. Par exemple, lorsque des patientes expriment des douleurs pendant une pose contraceptive, on les rend responsables de cette douleur de manière parfois violente. La gynécologue Irina réplique souvent aux gémissements d'une patiente pendant un frottis ou la pose d'un stérilet en l'humiliant : « *une vraie gamine !* ».

Les manifestations de plaintes ou de colère de la part des patientes qui expérimentent des difficultés liées aux méthodes contraceptives ou à leur administration sont malvenues auprès des personnels de santé, qui cherchent à les passer sous silence. Dans les structures de santé, la seule manifestation émotionnelle légitime et autorisée est la colère du personnel. À partir d'un constat similaire dans les structures brésiliennes, De Zordo remarque que cette mise en discipline des émotions des patientes, parallèle à l'affirmation autoritaire des émotions des médecins, est déterminante dans la rencontre médicale, et par ricochet dans les trajectoires contraceptives des patientes²³. La soumission et mise en docilité des esprits par la discipline des corps s'effectue ainsi, d'après Foucault, à travers le regard hiérarchique, les sanctions normalisatrices

23. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

et l'examen²⁴. Chiara Quagliariello évoque la valorisation par des soignant·e·s italien·ne·s de la manière dont les femmes migrantes sénégalaises supportent la douleur de l'accouchement sans péridurale²⁵. Abigail Mira montre que le préjugé selon lequel les femmes indigènes seraient culturellement conditionnées à endurer la souffrance et plus résistantes du fait de leurs conditions de vie justifie leur accès différencié limité aux antalgiques au moment de l'accouchement²⁶. Pour les stérilisations réalisées par Aprofam dans les zones rurales de Huehuetenango, les doses d'anesthésiant ne sont pas calculées en fonction de la morphologie des patientes. Le gynécologue Julio de l'unité Aprofam estime que la marge d'écart entre la dose administrée et celle qui devrait être adéquate est parfois importante, mais que cela reste acceptable, « *surtout pour ces femmes qui supportent bien la douleur* ».

Le Dr Julio m'explique que généralement les opérations dans les *municipios* indigènes se passent mieux et plus rapidement que dans les villes : « *ce qu'il se passe c'est que les dames qui sont 100 % indigènes sont plus stoïques, elles supportent mieux sans se plaindre, elles prennent plus de distance. Les dames que l'on peut appeler ladinas supportent moins...* ». Yadiel ajoute : « *elles sont plus pleurnichardes !* ». Le gynécologue précise amusé : « *bon on ne peut pas le dire exactement comme ça mais on va dire qu'elles supportent moins. En plus, les patientes rurales sont plus maigres souvent, donc c'est aussi plus facile de les opérer* ». Le gynécologue apprécie également le fait que durant l'opération, les femmes indigènes ne parlent pas et ne posent pas de questions. Il reste ainsi mieux concentré qu'avec les patientes *ladinas*, « *plus bavardes* ». C'est d'ailleurs pourquoi il estime que le véritable intérêt de la *charla* préalable est d'éviter que les femmes posent des questions pendant l'opération, et qu'elles restent tranquilles. Le Dr Julio classe aussi parfois la docilité des patientes au sein de l'ethnicité indigène. Il estime notamment que « *par culture probablement, les femmes de Soloma arrivent de manière plus assurées et elles repartent chez elles directement après l'opération, en ayant à peine récupéré* ». Il ajoute : « *J'ai l'impression que les femmes de Quiché sont plus pleurnichardes. Celles de Soloma sont plus vaillantes, elles collaborent plus* ».

Le registre de la « *collaboration* », de la « *coopération* » est régulièrement mobilisé par les personnels pour encourager les patientes à ne pas exprimer leurs douleurs, ni à se plaindre. Par exemple, lors d'une pose de stérilet, le médecin installe le spéculum et écarte les parois du vagin avant de préparer son matériel de pose du stérilet. Au même moment, l'aide-soignante demande parallèlement des données personnelles à la patiente. Cette dernière a du mal à contenir la douleur provoquée par le spéculum, et l'aide-soignante ne comprend pas ce que la patiente dit à cause de ses gémissements. La patiente lâche une plainte pour exprimer qu'elle a mal, au lieu de répondre à la question de l'aide-soignante. Le médecin qui s'apprête enfin à installer le stérilet dit alors pour minimiser sa douleur et taire ses plaintes : « *c'est à peine douloureux. Mais si vous ne collaborez pas avec nous on ne va pas s'en sortir...* ».

Ainsi, la docilité des femmes indigènes est valorisée face aux services de santé, dévalorisée face aux hommes indigènes et hiérarchisée selon le groupe ethnique. L'édification de discours sur les qualités féminines indigènes construit, essentialise et homogénéise à la fois une identité ethnique indigène et une identité sexuée féminine.

24. Foucault, *Surveiller et punir*.

25. Quagliariello, « Modèles de naissance et de "nature" en conflit ».

26. Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

2.3 Représentations de la sexualité indigène

Mercedes, Paloma, Isabel - Huehuetenango - 48, 53, 56 ans - *ladinas*.
- 8 avril 2014 -

Mercedes me raconte l'histoire d'une jeune fille indigène de treize ans environ qui travaille dans la plantation de café de leur frère : « *je ne sais pas si on l'a violée ou quoi, mais bref elle est tombée enceinte* ». Elle m'explique qu'à la naissance, une autre femme indigène célibataire de la plantation s'est proposée pour adopter l'enfant. La semaine suivante, cette femme était ivre et elle est tombée en arrière alors qu'elle portait l'enfant sur le dos et ça a tué l'enfant. Je comprends qu'elle me raconte cette histoire pour critiquer les populations indigènes. Peut-être pour critiquer leur supposé alcoolisme, comme elle le fait souvent, alors que tous les hommes de sa propre famille ont des problèmes d'alcoolisme. Ou bien elle me raconte cela pour critiquer les pratiques sexuelles, maternelles et conjugales indigènes. Paloma enchaîne en m'expliquant que, dans cette plantation, les femmes doivent marcher longtemps pour aller jusqu'à la rivière avec leurs enfants sur le dos, et qu'elles s'y baignent nues avant de laver leurs vêtements et ceux des hommes. Isabel raconte amusée que leur frère qui gère la plantation passe régulièrement par la rivière alors que les travailleuses indigènes sont nues et il leur fait des commentaires salasses. Voyant que je ne trouve pas ça drôle, Mercedes précise que certaines font comme si elles étaient incommodées qu'on les voie nues et se cachent un peu, mais que les autres s'en moquent et continuent de se montrer et de faire comme si de rien n'était malgré les commentaires.

Lors de cette discussion, je m'aperçois, que ces trois femmes naturalisent la culture du viol, et spécialement ici du viol des femmes indigènes, tout en sexualisant le corps de ces femmes. Aussi, la question de la sexualité indigène est fréquemment fantasmée sur le thème du viol. La représentation de l'inceste et du viol est souvent renvoyée à une pertinence culturelle dans le discours des personnels soignants *ladinos*. Mercedes, Paloma et Isabel ont une représentation d'une sexualité débridée et incestueuse des Indigènes, construite notamment autour du fantasme de la promiscuité et de l'animalisation, telles qu'elles en parlent plus haut (Ch6-I-2). La gynécologue de la clinique de planification familiale m'explique un jour que, spécifiquement dans la région de Huehuetenango, « *il y a beaucoup de viols de filles de 11, 12, 14 ans, par leur père ou leurs frères, des fois leur grand-père ou leurs oncles, des fois les instituteurs, et elles, par ignorance, elles ne se rendent pas compte que c'est mal, et après elles tombent enceintes, et elles ne se rendent pas compte qu'elles sont enceintes* ». L'aide-soignant Hedgar a également une vision ambiguë sur la sexualité des très jeunes filles indigènes :

Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 2 juillet 2014 -

H - Il y a des grossesses très jeunes dans les communautés, même de filles de 10 ans, à cause du manque d'éducation, Elles ont accès à l'acte sexo-génital et elles tombent enceintes.

A - Mais ce ne sont pas des viols ?

H - Ce sont des viols. Disons, légalement ce sont des viols. Mais bon, une fille de onze ou douze ans, qui est déjà développée physiquement, qui a déjà ses règles, ben je crois qu'elle sait déjà. Elle connaît son corps, elle sait ce qu'est une relation sexuelle et tout, et elle pourrait la chercher. On considère que jusqu'à quatorze ans c'est un délit, un viol. Même si la fille a accepté la relation.



En 2013, l'État guatémaltèque, USAID et le UNFPA lancent une campagne d'ampleur sur le territoire national dont on ne sait si elle concerne en priorité la prévention du viol ou la prévention des grossesses adolescentes (voir affiches ci-dessus). La campagne a pour titre : « *Protège moi de la grossesse* », pour sous-titre : « *La grossesse chez les filles jusqu'à quatorze ans est un délit* », pour slogans : « *chaque fille enceinte est une fille violée* », « *tu peux prévenir la violence sexuelle et éviter les grossesses infantiles* », « *la grossesse sur des mineures de 14 ans est un délit de violence sexuelle* ». Effectivement, l'article 173 et 174 du code pénal guatémaltèque définit que jusqu'à 15 ans, un rapport sexuel d'un homme (ou d'un jeune homme) avec une jeune fille, même exercé sans violence physique ou psychologique, est considéré comme un viol. Si ce rapport aboutit à une grossesse, il s'agit d'un viol aggravé. Les professionnel-le-s de santé sont alors obligé-e-s de reporter les cas de grossesses de moins de 15 ans qu'ils enregistrent, engageant de possibles poursuites judiciaires, par exemple envers les familles des adolescentes.

Cela décourage fortement les jeunes filles de se rendre au centre de santé pour une consultation pré-natale ou un accouchement, même lorsque celui-ci s'annonce mal. Les grossesses adolescentes sont pourtant des grossesses à risques. Lors d'une réunion de coordination entre plusieurs ONGs et institutions, actrices des programmes de santé reproductive au sein du département de Huehuetenango, les différent-e-s représentant-e-s présent-e-s considéraient contre-productif ce programme répressif. Reconnaisant l'avoir estimé comme une bonne initiative lorsqu'il a été annoncé, ils et elles s'apercevaient finalement que les jeunes filles indigènes évitent les structures médicalisées aussi pour cette raison, augmentant les risques de mortalité materno-infantile.

Les adolescentes *ladinas* continuent pourtant d'accoucher à l'hôpital. En effet, les personnels de santé ne dénoncent pas les grossesses adolescentes chez les *Ladinas* urbaines. Ils considèrent généralement qu'il s'agit de grossesses accidentelles, suite à une relation non-protégée avec leur petit ami. Pour les jeunes filles indigènes, ils estiment que la grossesse résulte le plus souvent d'un mariage forcé ou d'un inceste. Ce dispositif renvoie donc encore aux nombreux fantasmes sur les populations indigènes qu'il cible. Pourtant, la plupart des cas de grossesses chez des jeunes filles de moins de 15 ans que j'ai rencontrées, ou qui m'ont été rapportés au cours de l'enquête dans les communautés, résultaient d'un accident lors de relations sexuelles qu'elles n'identifiaient pas comme un viol, bien qu'elles disaient parfois avoir cédé sur la pénétration ou le non-port du préservatif.

Dans tous les cas, ce qui préoccupe les institutions en priorité dans ce dispositif juridique concernant la caractérisation du viol sur adolescente ce sont les conséquences en terme de forte natalité, les risques de déviance des enfants issus des viols, ou encore l'augmentation des taux de mortalité materno-infantile. Comme son titre l'indique, cette campagne ne semble pas du tout avoir vocation à protéger les jeunes filles du viol, mais à les « *Protéger de la grossesse* ». Il est ainsi surprenant d'observer comment la question du viol devient secondaire sur l'impératif contraceptif. Cette hiérarchisation se retrouve dans les pratiques professionnelles. Durant l'enquête, l'équipe mobile d'Aprofam a stérilisé une femme indigène handicapée mineure sur demande de ses parents. D'après ces derniers, cette jeune fille se faisait violer régulièrement, visiblement par un homme de la communauté, et elle était tombée enceinte une première fois. La jeune fille était incapable de s'occuper de l'enfant, donc ses parents s'en chargeaient. Toutefois, ils voulaient éviter une nouvelle grossesse car l'arrivée d'un nouvel enfant serait compliquée à gérer pour eux. C'est pourquoi, ils ont demandé à Aprofam de stériliser la jeune fille. Quelques jours plus tard, je fais remarquer à la gynécologue Gimena, qui a réalisé l'opération, que la solution trouvée ne correspond pas au problème initial, qui d'après moi est le viol. Gimena me dit qu'elle comprend ma préoccupation, en ajoutant « *en plus ils auraient dû l'opérer directement au moment de l'accouchement du premier!* ».

Jusqu'aux années 2000, une loi autorisait un agresseur sexuel à se marier avec sa victime mineure, si les parents de celle-ci consentaient à l'union. Aujourd'hui, les rares viols réellement reconnus et punis par la justice guatémaltèque sont des viols pédophiles²⁷. Le fantasme du mariage forcé des jeunes filles indigènes entre en contradiction avec la banalisation paradoxale du viol conjugal, qui naturalise d'autant plus l'idée déjà prégnante que la femme est la propriété de l'homme²⁸.

D'après l'étude d'Emma Chirix, les *Ladinos* considèrent souvent que les hommes indigènes « *ne savent pas faire l'amour* ». La conception de la sexualité indigène ne s'envisage qu'à travers l'inexpérience et le viol contrairement à la sexualité *ladina* qui serait supérieure²⁹. Il existe ainsi une valorisation raciale de la sexualité des *Ladinos* sur les Indigènes. Chirix dénonce l'étude cognitiviste d'Alfredo Méndez, qui affirme que les mam disposent d'une « *culture de pauvreté sexuelle* »³⁰. La démarche vise à stigmatiser l'ignorance sur la sexualité des populations indigènes, sans tenir compte des facteurs historiques, politiques et sociaux liés à la question sexuelle, surtout pour les femmes indigènes. Il s'agit pourtant de traiter la sexualité d'un point de vue des rapports de pouvoir (ethniques, genres, de classes...), et de la convertir en un thème politique³¹.

La sexualisation du discours sur les populations minorisées s'inscrit dans l'histoire coloniale³². Dans le contexte post-colonial, la thématisation sexuelle crée un imaginaire repoussoir sur ces populations. Leur rapport à la sexualité est envisagé comme une preuve d'archaïsme en comparaison avec les « *sociétés occidentales* »³³. La sexualité devient alors un marqueur hiérarchique entre des populations distinctes, naturalisant une certaine domination sociale et raciale³⁴. Décrites comme éloignées d'un modèle de sexualité et d'égalité des sexes qui serait

27. Portenier, *Killer's paradise - Paraiso de asesinos*.

28. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

29. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

30. Méndez Domínguez, *Estudio cognoscitivo y patronos de lenguaje de los residentes indígenas en las comunidades rurales y urbanas sobre salud reproductiva en el departamento de Quetzaltenango*.

31. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

32. Dorlin, *La matrice de la race*.

33. Puar, *Terrorist Assemblages*.

34. Clair, « Dedans/dehors. La sexualité, une ligne de démarcation ? »

universel et d'un mode civilisationnel avancé, les discours fantasmés sur la sexualité des populations indigènes guatémaltèques construisent constamment de l'altérité, tout en maintenant le système hiérarchique de genre³⁵.

La sexualité des femmes indigènes n'est envisagée que comme une sexualité reproductive et subie. Le gynécologue Julio d'Aprofam me raconte qu'il reçoit régulièrement des appels des patientes ou de leur mari, pour avoir des précisions concernant la durée de la « diète sexuelle » après la stérilisation. Il explique : « *généralement je reçois ces appels vers le week-end. Parce que le mari rentre bourré à la maison le week-end et donc il devient... disons affectueux, et bon ces maris ils sont un peu intransigeants tu vois. Donc même si leurs femmes sont encore dans le mois de diète sexuelle, je leur dis qu'ils peuvent déjà reprendre les rapports, mais qu'ils doivent utiliser des préservatifs* ». Le Dr Julio considère en effet que les trente jours sans relations sexuelles qu'il recommande pendant la *charla* servent en priorité à attendre que l'opération soit fonctionnelle, car les femmes peuvent tomber enceinte durant cette période puisque le cycle en cours reste actif. Il est donc important pour lui d'éviter une grossesse juste après l'opération, car il faut éviter la naissance d'un enfant supplémentaire non-désiré. Mais surtout il faut, d'après lui, éviter que cette grossesse post-opération alimente la « rumeur négative » que la stérilisation est dysfonctionnelle, et nuise par là-même à la réputation d'Aprofam, des services et personnels de santé, de la planification familiale médicalisée et de la stérilisation en particulier. L'idée que ce mois de coupure recommandée dans les rapports sexuels permette aussi aux femmes de récupérer après l'opération est secondaire pour le Dr Julio. De plus, il considère visiblement qu'il est impossible de demander à un homme indigène de ne pas avoir de relations sexuelles avec sa femme durant un mois. C'est pourquoi, au lieu de rester ferme au téléphone sur l'importance du mois de récupération physique post-opératoire, il préfère suggérer aux hommes d'utiliser des préservatifs s'ils rentrent à la maison en ayant bu et veulent avoir des rapports avec leurs femmes. La question du consentement et du bien-être des femmes est totalement absente dans cette réflexion. De la même manière, le Dr Ricardo, qui pose les implants pour Aprofam, annonce pendant la *charla* que les patientes qui ne se sont pas fait injecter de Depo-provera récemment doivent utiliser des préservatifs ou des pilules pendant les huit jours qui suivent la pose de l'implant, afin d'attendre qu'il soit totalement fonctionnel. À aucun moment il ne suggère d'éviter tout simplement les rapports pénétratifs durant ces huit jours, car il trouve « *que c'est déjà difficile que ces hommes acceptent d'utiliser des préservatifs pendant huit jours* ». La sexualité des hommes, et d'autant plus s'ils sont indigènes, est souvent perçue comme incontrôlable par les personnels de santé. Cette perception détermine ici les préconisations données par les médecins, tout comme, on l'a vu, l'appréhension à proposer la vasectomie, car les hommes indigènes l'associeraient à l'impotence sexuelle. La sexualité des femmes est considérée passive et raisonnée, quand celle des hommes est perçue comme active et irraisonnée, parfois même à risque. Par exemple, plusieurs fois, l'aide-soignante Evi a conseillé à des jeunes femmes dont les maris étaient aux États-Unis, d'utiliser des préservatifs à leur retour : « *Aux États-Unis il y a beaucoup de sida, et l'homme n'est pas tranquille comme la femme, donc il aura eu des relations avec beaucoup de femmes, même des prostituées, c'est pour cela qu'il faudra vous protéger quand il rentrera* ». Selon Angeloff et Gardey :

« *L'assimilation de la reproduction humaine à la seule condition féminine - du fait que les femmes étaient seules de leur espèce à porter les enfants - et, parallèlement, la réduction de l'identité féminine à la condition reproductive et au rôle maternel, y compris dans la conception moderne de division du travail, depuis l'émergence du capitalisme, témoignent de cette*

35. Varikas et Clair, « Généalogie d'une enquête sur les « étranger-e-s du dedans ». Entretien avec Eleni Varikas ».

asymétrie et ont façonné les recherches et les usages en matière de contraception humaine [...]. Cette sexualité a contribué à dessiner une ligne de partage entre les techniques reproductives, pensées pour les femmes, et les techniques hédoniques tel le Viagra, conçues pour les hommes. La dimension technique de la sexualité reflète, autant qu'elle la renforce, une division sexuée du travail, au cœur de la sexualité, entre reproduction et plaisir »³⁶.

Les professionnel·le·s de santé locaux considèrent que la vie reproductive des femmes se confond avec leur vie sexuelle et leur vie conjugale. Aussi, ils valorisent beaucoup la virginité avant de s'unir et la fidélité au sein du couple et sont rarement positivement réceptif/ve-s à une demande d'information sur la contraception de la part d'une jeune fille qui n'est pas officiellement unie à un homme, ou de la part d'une veuve ou d'une femme dont le mari est en situation migratoire. Partant de là, les femmes s'expriment peu sur leur sexualité car elles s'imaginent qu'elles ne seront pas écoutées et considérées. Les personnels de santé interprètent uniquement ce silence des femmes sur la sexualité comme la manifestation du tabou qu'elle représente. Si les aides-soignantes n'abordent pas le thème de la sexualité avec les patientes, les médecins d'Aprofam, voire de l'Hôpital, y font parfois référence de manière directe et publique sur le ton de l'humour, en pensant participer à la déconstruction d'un tabou. Cependant, ils participent aussi à l'idée que l'intimité et la sexualité des femmes indigènes peuvent être exposées publiquement et collectivement car elle appartient à tous (Ch7·I·3).

Emma Chirix montre que la dimension subjective du rapport à la sexualité des femmes indigènes est totalement absente des réflexions sociales, comme si ces femmes n'avaient pas de rapport subjectif à leur sexualité. On ignore ce qu'elles pensent, ce qu'elles sentent, ce qu'elles désirent³⁷. Le recours abusif à la notion de tabou, participe selon elle à « l'éthique sexuelle du silence ». C'est à dire à la valorisation de l'innocence sexuelle, qui implique de ne pas parler de toutes les expériences liées au corps comme preuve que l'on n'en connaît rien. La femme idéale est la femme ignorante, qui se maintient dans un état infantile. L'ignorance sur son corps devient ainsi une vertu féminine. Transmettre des connaissances ou chercher à en acquérir sur la sexualité et le corps, ou tout simplement en parler, est source de forte stigmatisation et justifie humiliation ou violence, surtout sexuelle³⁸. Cette privation de connaissances maintient les femmes dans un statut où leur corps ne leur appartient pas. On confisque leur capacité de décisions le concernant. Et on légitime le droit de décider pour elles, de déterminer ce qu'elles peuvent faire ou non avec leur corps. Dans l'imaginaire collectif, l'autonomie des femmes concernant la libre disposition de leur corps et de leur sexualité est envisagée comme une menace à l'ordre établi et se présente comme un risque que les hommes, les communautés, mais aussi les institutions, perdent un contrôle sur elles. Les femmes, condamnées à être privées d'informations en raison de la stigmatisation de sa recherche, sont pourtant celles qu'on rend coupables en cas de grossesses non-désirées, au sein des communautés, des familles, comme des institutions.

Colette Guillaumin montre que dans l'imbrication sexe/race, les dominées sont perçus comme appartenant à la nature et la subissant alors que les dominants seraient hors nature et se donnent la charge, le rôle de sa maîtrise. Il existe à partir de là des rapports de « sexage », c'est à dire des rapports privés et collectifs d'appropriation direct du corps des femmes³⁹. L'appropriation est rendue possible grâce à un grand nombre de facteurs liés au marché du travail, au contrôle de la mobilité, à la force, à la loi, à la violence sexuelle, mais aussi au contrôle sexuel et reproductif. Le contrôle biopolitique de la reproduction des femmes utilise, légitime et

36. Angeloff et Gardey, « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ».

37. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

38. Chirix.

39. Guillaumin, *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

reproduit le contrôle patriarcal qu'il condamne moralement, par l'appropriation des corps des femmes indigènes. En effet, les femmes ne sont pas autorisées à procréer - ou à ne pas procréer - comme elles veulent, car des règles régissent leur sexualité, leur reproduction, leur maternité, leur conjugalité... Le contrôle de la reproduction et de la maternité est un enjeu crucial dans le processus d'appropriation du corps des femmes, car il se situe au croisement de l'alliance et de la filiation. À travers le concept de combinatoire *straight*, Jules Falquet montre que des institutions et des règles organisent l'appropriation des corps, autorisant ou interdisant l'alliance et la filiation, en fonction de logiques imbriquées de sexe, de race et de classe. Ces institutions et ces règles créent ainsi « *des groupes humains réputés différents, dont les incompatibilités ou les relations privilégiées sont ensuite présentées comme rigoureusement naturelles (ou au fondement même de la culture)* »⁴⁰. Ann Laura Stoler insiste sur la compréhension des logiques de contrôle de l'intimité en contexte colonial afin de maintenir une division raciale et donc hiérarchique de la société. La sexualité constitue alors le marqueur délimitant les races et classes sociales par des barrières sociales, symboliques et idéologiques. L'identité nationale s'établit ainsi à travers un racisme culturel, qui construit une dangerosité sexuelle indigène⁴¹. Takeshita montre que les concepteurs du stérilet envisageaient l'utérus comme un territoire à occuper et à contrôler, leurs discours s'assimilant aux récits coloniaux de conquête de territoires⁴². C'est à travers l'ensemble de ces processus qu'il devient légitime de considérer le corps des femmes indigènes comme des corps appropriables, et à légitimement s'appropriier.



Pose d'implant hormonal (Photo prise par un personnel d'Aprofam)

40. Falquet, « La combinatoire straight. Race, classe, sexe et économie politique ».

41. Stoler, *La chair de l'empire*.

42. Takeshita, *The Global Biopolitics of the IUD*.

3 S'approprier légitimement le corps des femmes indigènes

3.1 Définition et négation du consentement

On a vu comment se construit le travail sur la subjectivité des patientes pour les amener à adopter des méthodes contraceptives qu'on estime les plus adaptées pour elles. Les institutions promeuvent la stérilisation pour les mères indigènes tout en considérant parallèlement qu'elle doit relever d'un choix, par la signature d'un consentement éclairé et informé. Comment considérer le consentement à la stérilisation, lorsque celui-ci passe par exemple par la diffusion biaisée d'informations ou la culpabilisation d'un mauvais usage de leurs corps et de leurs vies, ou d'être un poids pour la nation... ?

L'idéal affiché d'une liberté et d'une autonomie des personnes, qui seraient totalement actrices des choix concernant la gestion de leur corps, entre en contradiction avec la réalité des pratiques. Cette contradiction relève des inégalités structurelles, notamment dans la répartition des capitaux socio-économiques. Le recueil du consentement dans ce contexte reflète souvent peu les décisions, représentations et expériences des patient·e·s⁴³. Le consentement dans la pratique médicale relève d'une éthique du droit, cependant les inégalités structurelles dans la relation des patient·e·s au corps médical ne permettent pas toujours d'exercer réellement ce droit⁴⁴. D'autre part, ce droit ne fait pas toujours l'unanimité auprès des patient·e·s, qui préfèrent parfois déléguer la responsabilité du choix aux personnels médicaux, considérant par exemple que l'information dont elles et ils disposent sera toujours partielle et partielle⁴⁵. Les patient·e·s peuvent alors adopter une attitude qui s'apparente à de la passivité face à la démarche de consentement, attitude qui se renforce plus le capital social et culturel est faible.

À ma première rencontre avec une administratrice d'Aprofam, celle-ci m'a directement parlé de la signature d'un formulaire de consentement éclairé par les patientes, en préambule à toute opération. Elle m'a précisé que ce consentement était obligatoirement lu aux patientes analphabètes, et même traduit à celles qui ne comprennent pas l'espagnol, avant qu'elles ne le signent. Durant les nombreux mois de suivi de l'unité mobile d'Aprofam, je n'ai jamais constaté que les patientes avaient pris connaissance du contenu de ces formulaires ne serait-ce qu'une seule fois. Le secrétaire de l'unité se contentait de leur tendre le document en leur demandant de poser leur empreinte digitale ou leur signature au bas, sans leur expliquer de quoi il s'agissait. Aucune copie de ce document n'était fournie aux patientes. Le secrétaire en charge de faire signer les patientes m'assurait qu'il est impossible matériellement de réaliser la signature du consentement selon le protocole décrit par l'administratrice de l'ONG, et que celle-ci en avait parfaitement conscience. Cela prendrait un espace de temps considérable dans la *jornada* et une mobilisation trop importante de personnels assurant la lecture et la traduction, espace et moyens dont l'équipe ne dispose pas. Selon les personnels de l'unité, l'intérêt à ce que les patientes lisent ce consentement est de toute façon minime. Pour eux, la signature du consentement « sert juste à prouver que c'était volontaire, et donc à nous protéger et à protéger Aprofam ». Pourtant, il existe une idée prégnante chez ces personnels que tant que les patientes n'opposent pas de résistances ou de refus, c'est leur problème si elles ne comprennent pas ou qu'elles ne retiennent pas l'information, même si elles sont analphabètes et/ou non-hispanophones. C'est notamment pour cela que la pratique des patientes de « donner l'avion », c'est à dire d'acquiescer à quelque chose sans l'avoir compris (Ch3-I.2) a tendance à être accepté comme consentement

43. Memmi, *Faire vivre et laisser mourir*.

44. Cobbaut et De Bouvet, « De la confiance à la réflexivité (Commentaire) ».

45. Ducournau, « Droits des usagers, droits et usagers ».

par les personnels, même lorsqu'ils voient que de toute évidence la personne a mal compris et a acquiescé pour d'autres raisons, liées notamment à la conformité aux attentes de l'autorité médicale (Ch10.III.1).



Signature d'un consentement de stérilisation (Photo prise par un personnel d'Aprofam)

Les formulaires de « consentement informé » qu'Aprofam fait signer, préalables aux interventions de poses d'implants et de stérilisations, comportent pourtant des informations importantes et essentielles (cf modèles et affiche consentement en annexes). Ils précisent l'action attendue de la méthode contraceptive, ses éventuels effets secondaires, le fait que la patiente soit informée et volontaire, ainsi que son engagement à aller consulter une structure médicalisée en cas de problèmes. Pour la stérilisation, il est mentionné également que la patiente estime avoir reçu des informations préalables sur les autres méthodes contraceptives : orales, injectables, DIU, préservatifs, d'autres méthodes locales et naturelles. Il est précisé l'irréversibilité et le caractère définitif de la méthode, les risques chirurgicaux et post-opératoires. Il est écrit également que les patientes peuvent changer d'avis à n'importe quel moment avant la stérilisation, y compris dans la salle d'opération. Il est stipulé qu'il y a un faible risque que l'opération échoue, mais que s'il y a une grossesse c'est sûrement en raison d'une grossesse préalable, ou survenue dans les premiers jours qui suivent l'opération. À la fin de ce formulaire il est notifié qu'en signant la personne atteste avoir lu le document en entier ou se l'être fait lire et l'avoir compris. Toutes ces informations sont le plus communément ignorées par les patientes, d'autant que ce formulaire est généralement signé avant la *charla* des médecins, qui apporte quelques précisions notamment sur les effets secondaires. Aussi, certaines patientes qui se font stériliser ignorent par exemple son caractère irréversible, et la plupart sont surprises des effets secondaires quand ils se manifestent, car elles les méconnaissaient. Quant au droit de se rétracter, la simple évocation que j'en ai faite aux médecins de l'unité les a amusés tant il leur semblait évident

qu'une femme indigène, certainement par son caractère docile, « *ne se rétracterait jamais en salle d'opération* ». Aucune rétractation pour la ligature une fois le processus enclenché n'a d'ailleurs été constatée au cours des mois d'enquête, contrairement aux très rares vasectomies, où deux fois des hommes ont finalement décidé de partir après avoir signé le consentement.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 22 février 2013 -

Une aide-soignante informe Evi qu'une patiente de la maternité veut se faire opérer. Evi se lance à sa recherche en demandant à chaque femme qui a accouché la veille « *vous allez vous opérer pour ne plus avoir d'enfants ?* ». Evi en réveille certaines pour leur poser la question. Une à moitié endormie dit « oui » sans comprendre, puis une patiente à côté lui explique en mam la situation et elle semble réaliser qu'elle devait répondre « non ». En demandant à tout le monde Evi réussit à recruter deux autres candidates à l'opération. Elles ne recevront pas de *charla*. Evi leur fait signer le consentement sans leur expliquer de quoi il s'agit et part annoncer les opérations au médecin qui les réalisera.

Comme on le voit dans cet extrait d'observation, représentatif du mode de recueillement des consentements à la maternité de l'Hôpital, on relève très fréquemment des ambiguïtés dans la manière dont les consentements sont recueillis. Aussi, un médecin de la maternité m'affirme un jour fièrement qu'elle a une stratégie pour faire céder les femmes à la stérilisation au moment de l'accouchement : « *j'attends le moment où les douleurs sont très fortes et là je les fais signer facilement !* ». Il est important de préciser à nouveau qu'il arrive que les consentements soient signés par les conjoints, en l'absence des femmes, ou sans qu'elles ne comprennent de quoi il s'agit par absence de traduction. Dans ces cas là, le consentement pour la stérilisation est le plus souvent acquis sans que l'on s'assure que la femme comprenne réellement de quoi il s'agit. Pourtant, j'ai pu assister à un cas de conscience de la Dra Gimena dans une situation de ce type, qui n'a pas abouti à la stérilisation de la jeune femme :

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Juan Ixcoy - 26 avril 2013 -

Il y a quelques jours, un homme avait appelé l'éducatrice Veronica pour lui demander si sa femme, qui n'avait pas eu d'enfant, pouvait se faire stériliser. Veronica avait alors expliqué que si c'était volontaire et qu'elle signait le consentement il n'y avait pas de problème.

L'homme en question arrive à la *jornada* accompagné de sa femme et demande qu'elle soit stérilisée. La jeune femme a 22 ans et n'a jamais été enceinte. L'homme a 32 ans, il a déjà six enfants, de 17 à 1 an. La mère des enfants est décédée durant l'accouchement du dernier. Il s'est alors marié quelques mois plus tard avec cette jeune fille, qui s'occupe dorénavant de ses six enfants. Il insiste sur le fait que la jeune femme considère à présent que ce sont ses six enfants dont elle s'occupe, et qu'elle n'en veut pas d'autres. Il ajoute : « *et moi ça me fait peur qu'il arrive à ma femme ce qui est arrivé à mon autre femme. Et ma femme est d'accord parce qu'elle dit que ça peut lui arriver aussi et qu'elle a peur* ». La gynécologue Gimena est ennuyée par cette situation. Elle s'adresse uniquement à l'homme, la femme ne comprenant que le q'anjob'al. La Dra Gimena propose directement de mettre plutôt un implant parce que « *la fille est jeune* », « *les enfants sont déjà grands* », « *là c'est difficile avec le petit mais peut-être qu'après...* ».

L'homme répond qu'il ne veut pas qu'elle mette l'implant, qu'elle a été très affectée par les circonstances de la mort de sa femme et que ce qu'elle veut c'est l'opération.

La gynécologue poursuit : « *mais regardez le beau poste de santé que vous avez ici, pour ne pas qu'elle meurt en couche il ne faut plus aller avec la comadrona, il suffira d'aller ici* ». Elle demande à l'homme de traduire à sa femme sa proposition d'utiliser l'implant à la place. Il échange quelques mots en q'anjob'al avec sa femme, puis il s'adresse à la gynécologue « *elle dit qu'elle est disposée à être opérée* ».

Dra Gimena est toujours aussi ennuyée, d'autant que la jeune femme semble émue et un peu tendue. Dra Gimena dit à l'homme : « *bon vous voyez, je préfère vraiment mettre l'implant, Mettons l'implant ! Essayons, au moins six mois, un an...* »

L'homme ne fléchit pas, il dit : « *ma mère nous a conseillés l'opération aussi* ». Dra Gimena demande « *et sa mère à elle ?* ». Il explique que la mère de sa femme est morte à cause de la foudre quand elle était petite et qu'elle a grandi sans sa mère. Il dit : « *merci de nous donner cette sagesse, que la famille nous donne aussi, que l'église nous donne aussi, je travaille dans une église évangélique. Je vous remercie. Elle est décidée pour l'opération et moi aussi* ».

On revient dans le hall et Yadiel dit à la gynécologue de demander quoi faire au médecin qui pose les implants. Je ne vois pas pourquoi, la gynécologue non plus visiblement puisqu'elle lui répond : « *je vais plutôt appeler l'administratrice* ».

J'entends Dra Gimena expliquer la situation au téléphone : « *je lui ai dit de mettre un implant mais LA DAME dit que ce qu'elle veut c'est l'opération* ». En réfléchissant la gynécologue a une idée « *vous savez quoi ? Ce que je vais leur proposer c'est une vasectomie, je n'y avais pas pensé. Je vais faire ça !* ».

La gynécologue appelle le couple et ment à l'homme en disant qu'on lui interdit d'opérer sa femme et qu'elle lui propose la vasectomie à la place : « *c'est ça ou l'implant* ». Yadiel ajoute « *ou la T de cuivre* ». La femme dit quelque chose en q'anjob'al à son mari qui traduit : « *elle ne veut pas la T, elle dit que ça va l'affecter* ». La gynécologue propose à nouveau la vasectomie en disant qu'il suffit qu'il ne porte pas de choses lourdes pendant deux semaines. Il répond qu'il travaille comme transporteur et que « *ce qu'il se passe c'est que nous en tant que personnes rurales, nous travaillons toujours avec des choses lourdes. Et qui va maintenir ma famille si je ne peux pas travailler pendant deux semaines ?... Bon c'est bon mettez lui l'implant* ». Sans rien lui expliquer, il dit à sa femme de poser son empreinte sur la feuille que lui tend Yadiel (le consentement pour l'implant), puis il la laisse et s'en va.

Quelques jours plus tard je raconte cette anecdote à l'éducateur Renato. J'explique les arguments que l'homme a avancés pour refuser la vasectomie. Renato dit que selon lui c'est évident que l'homme s'est marié avec la jeune femme pour qu'elle entretienne ses enfants et que, comme il est plus vieux, il veut la forcer à être stérilisée pour ne pas qu'elle puisse partir avec un autre homme et abandonner ses enfants. Mais aussitôt, Renato ajoute que si c'est leur décision, il faut opérer, c'est la loi, et de toutes façons ils signent un consentement. Je lui explique ce que la gynécologue a décidé au final, refuser de l'opérer et insister pour l'implant. Il répond que pour la jeune femme c'est mieux comme ça. Sans critiquer la manière dont la Dra Gimena a résolu le problème, il semble ne pas l'approuver totalement : « *en même temps c'est la décision des patientes et si elles signent le consentement, on est tenu de leur donner le service. Moi j'aurais opéré. On est là pour apporter un service à ces femmes c'est leur décision* ». Renato avait d'ailleurs eu la même posture face à l'hésitation de la Dra Gimena à opérer deux jeunes femmes de 18 et 21 ans qui avaient l'air sûres d'elles.

Ce cas témoigne d'une part de certaines difficultés dans le recueil du consentement, et d'autre part, du caractère aléatoire de la perception de ce consentement selon le personnel qui le recueille. Dans le cas exposé, on remarque que la gynécologue a interprété un manque de consentement de la jeune femme pour l'opération sans chercher à assurer à aucun moment une traduction ou lui proposer un entretien individuel. Elle a finalement orienté la patiente vers l'implant, sans recueillir son consentement. On s'est d'ailleurs aperçu plus tard que la patiente n'avait pas compris qu'on allait lui mettre un implant et ne savait pas ce qu'était l'implant. La Dra Gimena n'a eu aucun échange direct avec la patiente, qui n'a pratiquement rien pu exprimer au cours des échanges. Finalement la gynécologue s'est lancée dans une négociation avec l'homme pour chercher à décider consensuellement avec lui de poser un implant à sa femme. Comme si la décision de la femme importait peu au final, et que les choix sur son corps et sa reproduction pouvaient être décidés collectivement et publiquement par des acteurs extérieurs émettant des avis et prenant des décisions à sa place.

3.2 Rapport collectif et public à la santé reproductive des femmes



Charla dans le hall d'un centre de santé (Photo prise par un personnel d'Aprofam)

La fréquentation d'une structure publique de santé est l'unique manière pour les femmes de pouvoir accéder à un moyen de contraception gratuit et à une information sur celui-ci. Cependant, cette démarche implique pour les femmes un dévoilement public, car il existe peu de possibilités de confidentialité dans ces structures. Alors que la stigmatisation liée à l'utilisation de moyens de contraception est importante, la patiente est amenée à exposer au personnel médical les motifs de sa consultation publiquement, dans le hall de la structure. Les consultations se déroulent sans intimité, la porte reste le plus souvent ouverte et les patientes ne sont pas invitées à s'asseoir. Plusieurs patientes sont reçues à la fois, même lorsque la gynécologue aus-

culte les parties génitales de l'une d'entre elles. L'aide-soignante pose en public des questions personnelles. Elle laisse échapper des informations personnelles en présence d'autres patientes ou de personnes accompagnantes, même sur la séropositivité d'une patiente ou sur son diagnostic cancéreux. La présence d'autres personnes lors des consultations n'est pas soumise à l'accord des patientes, encore moins lorsqu'il s'agit d'autres personnels de santé, de stagiaires ou de l'anthropologue.

Cette idée que la santé sexuelle et reproductive des patientes et sa gestion peut être exposée publiquement est consensuelle dans toutes les structures de santé étudiées au cours de l'enquête. À l'Hôpital, les femmes enceintes sont pesées une à une dans le grand hall des consultations et leurs poids est annoncé à voix haute, malgré la gêne que cela entraîne chez les patientes. Avant les prestations d'Aprofam, les patientes doivent se mettre en file devant les toilettes pour réaliser un test urinaire de grossesse, puis traverser le hall du centre de santé en cachant tant bien que mal leur échantillon d'urine ouvert, car Yadiel ne leur donne jamais le couvercle. Lorsqu'un des tests est positif, il est régulièrement annoncé à la patiente publiquement. D'autres personnes ont parfois connaissance du résultat du test, avant même la patiente concernée. Parfois, du sang menstruel se mélange à l'urine, ce qui augmente la gêne des patientes. Le Dr Ricardo cherche alors à les rassurer en disant à voix haute : « *il ne faut pas avoir honte d'avoir ses règles!* ». Cette remarque, qui part d'une bonne intention déjà évoquée de briser publiquement et collectivement certains tabous, n'en reste pas moins source d'humiliation pour la femme concernée. L'éducatrice Valeria dresse le même type de constat lorsqu'elle désigne, devant toutes les personnes présentes dans le centre de santé, les patientes qui vont se faire opérer et celles qui vont se faire poser un implant. Elle estime que même si les patientes se sentent gênées, au moins cela permet de rendre visible ces pratiques aux yeux des autres personnes présentes et de faire reconnaître publiquement le caractère acceptable de ces méthodes, dans un contexte où « *culturellement ces méthodes ne sont pas acceptées* ».

Notons que les hommes qui se présentent spontanément pour recueillir des informations sur la contraception disposent d'un espace de privacité beaucoup plus important que les femmes. En effet, lorsqu'un homme se présente face à un personnel médical, il est reçu seul, dans un coin à l'abri des regards, où il disposera de plus de temps et de liberté pour s'exprimer et récolter des informations. C'est pourquoi, lorsqu'Aprofam ou l'Hôpital réalisent des vasectomies, aucun-e des patient-e-s ou des personnels médicaux de la structure de santé ne s'en rend compte, contrairement aux stérilisations féminines qui sont extrêmement visibilisées. Cette distinction genrée de traitement vient nuancer l'ambition exprimée par certains personnels de « briser publiquement les tabous ».

La banalisation de la non-confidentialité et le principe valorisé de « briser les tabous » empêchent parfois de mener un travail réflexif sur la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Cette réflexion est notamment absente dans le choix de l'interprète en cas de communication difficile avec les patientes. La présence d'une personne pour traduire peut poser problème selon ses caractéristiques sociales et les liens qu'elle entretient avec les patientes. La personne sollicitée ou volontaire pour traduire peut par exemple avoir des intérêts contradictoires à ceux des patientes et influencer sur l'échange.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango - 10 juillet 2014 -

Le gynécologue Julio sollicite le mari de la première patiente pour communiquer avec les deux qui suivent. La quatrième patiente n'a pas besoin de traducteur mais l'homme reste à côté du médecin pendant qu'elle donne ses informations personnelles. Pour la cinquième, il se met à répondre même aux questions à sa place.

Le Dr Julio demande à l'homme de traduire les questions qu'il pose au lieu de répondre pour elle sans même lui poser les questions. L'homme rétorque que cette patiente est sa belle-fille, et qu'il connaît donc les réponses aux questions. Le gynécologue répond « *Ah d'accord!* » et continue en posant les questions directement à l'homme, concernant le nombre de fausses couches de sa belle-fille etc.

Comme dans cet exemple, beaucoup des interprètes improvisés ont tendance à répondre à la place des patientes lorsqu'ils les connaissent. Or, c'est très souvent aux hommes à qui on demande de jouer ce rôle de médiateur et de transmettre l'information. Aussi, si une femme veut poser une question, elle devra transiter généralement par un homme de la communauté pour que sa question soit traduite et posée aux professionnel-le-s. En effet, les hommes maîtrisent souvent mieux l'espagnol que les femmes, mais aussi certains personnels, comme le Dr Julio, préfèrent solliciter les hommes pour assurer la traduction avec les patientes, car ils considèrent que cela « *les impliquent* », « *les valorisent* » ou encore « *les responsabilisent* ».

Pourtant, la question de la mixité ou de la non-mixité est complexe et non-consensuelle au sein des personnels de santé. Les médecins et infirmiers hommes préfèrent généralement que les hommes qui accompagnent leurs femmes se faire stériliser ou implanter soient présents au moment de la *charla*, pour que ces derniers « *se sentent plus en confiance* ». Les personnels féminins sont partagées. La Dra Gimena trouve préférable, pour des raisons de pudeur, que les hommes ne soient pas présents pendant la *charla*, d'autant que la *charla* a parfois lieu après que les femmes se soient vêtues de la tenue d'opération. Toutefois, pour ne pas créer de contrariété chez les hommes, il est rare qu'elle leur demande de s'en aller s'ils se présentent spontanément pour l'écouter. Dans un cas comme dans l'autre, on voit bien que si les personnels ont chacun un avis sur la pertinence de la mixité ou de la non-mixité lors des échanges avec les patientes, ces dernières ne sont, elles, jamais consultées sur ce point.

Les patientes sont de toutes façons rarement consultées. Les personnels montrent très peu d'intérêts à recueillir leurs impressions, leurs difficultés, leurs doutes, leurs douleurs, leurs préférences en terme d'accompagnement, de positions, de procédés. . . Les personnels médicaux considèrent parfois les patientes comme des « *cobayes* ». Par exemple, une grande souplesse est laissée aux personnels médicaux en formation lorsqu'ils sont chargés d'intervenir sur le corps des femmes indigènes. On ne leur montre pas les gestes qui peuvent limiter les douleurs chez les patientes ou assurer une certaine précision. On ne consulte pas les patientes non plus pour leur demander si elles autorisent ces personnels en formation à intervenir sur leurs corps.

Très peu de soin est donc apporté au confort et aux ressentis des patientes. À l'Hôpital, celles qui souhaitent accéder à l'opération sont parfois anesthésiées et perfusées plusieurs jours à la suite sans finalement être opérées, par manque de temps des personnels, ou parce que ces derniers n'ont pas pris le soin de vérifier si le matériel d'opération était complet et si un gynécologue était disponible pour opérer. En attendant d'être stérilisées, on les fait s'asseoir en tenue d'opération au milieu de la salle de consultation ou à la maternité au milieu des femmes qui viennent d'accoucher. La répartition des lits au sein du service de maternité de l'Hôpital témoigne bien de ce manque de soin apporté aux ressentis des patientes. Les chambres qui comptent une vingtaine de lits simples sont parfois partagées par une quarantaine de femmes et presque autant de nouveaux-nés. Certaines des femmes qui occupent ces chambres sont en récupération de fausses couches ou d'accouchement de bébés morts-nés, d'autres en attente ou en récupération de stérilisation. Certaines de ces patientes se plaignent, en vain, de cette situation de cohabitation qui rend leurs douleurs émotionnelles et physiques d'autant plus fortes.

Bien que l'on remarque des formes de subjectivation individuelles à l'œuvre dans le rapport aux patientes, leur gestion globale marque plutôt l'appartenance collective du corps des femmes, dont elles-mêmes sont expropriées. Faya et El Kotni montrent bien dans l'individualisation de la prise en charge de la santé reproductive, comment les dispositifs de régulations sanitarisées insistent sur l'importance de l'auto-discipline des personnes, sans effacer les logiques d'un pouvoir disciplinaire et d'une surveillance qui s'exerce de l'extérieur (Faya et El Kotni, à paraître).

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Gaspar Ixchil - 7 mars 2013 -

L'éducateur Renato me raconte que lors d'une *jornada* à laquelle je n'ai pas assisté, une dame a amené sa fille de treize ans pour qu'Aprofam lui pose un implant contraceptif. D'après sa mère, la jeune fille n'avait jamais eu de rapports sexuels et ne comptait pas en avoir avant de se marier. Mais ses parents, qui lui payaient des études, voulaient quand même lui mettre un implant par précaution, pour s'assurer qu'une grossesse ne viendrait pas perturber la fin de ses études onéreuses. Renato me raconte cela très enthousiaste : « *cette femme est vraiment très responsable d'imposer comme cela l'implant à sa fille !* ».

Ici, le consentement de la jeune fille n'est évidemment pas recueilli de manière libre et informée, mais de surcroît, les personnels d'Aprofam ont jugé, en accord avec la mère, du bien-fondé d'imposer une méthode contraceptive à cette jeune fille, sachant que cette dernière estimait ne pas en avoir besoin. La négation de la capacité d'agir « au mieux » de certaines femmes légitime de les priver du droit à choisir pour elles-mêmes, et de décider collectivement pour elles.

II Nuances de la norme procréative à l'épreuve du terrain

Lors du premier terrain réalisé en 2012, Yadiel, le secrétaire de l'unité mobile d'Aprofam, demandait systématiquement aux patientes si elles désiraient d'autres enfants. Les fiches de renseignement d'Aprofam prévoyaient, en effet, une case : « *désire plus d'enfants ?* ». Poser cette question présentait plusieurs avantages, notamment cela permettait de mieux orienter les patientes. Une patiente qui se présentait pour une pose d'implant et déclarait ne plus vouloir d'enfants était alors informée de la possibilité de se faire stériliser. De la même manière, une patiente qui se présentait pour une stérilisation et qui disait vouloir d'autres enfants était alors réorientée vers une pose d'implant ou de stérilet. Cela permettait donc aussi de vérifier que la patiente maîtrisait les enjeux du caractère définitif de la stérilisation. Cette question posée par Yadiel, sondant le désir des femmes d'avoir ou non d'autres enfants dans le futur, était surtout la seule question concernant un choix, un vécu, un ressenti des femmes en matière de planification familiale. Aussi, il s'agissait du seul moment de l'entretien où le personnel sanitaire s'intéressait à elles en quelque sorte, et les femmes ajoutaient parfois une réflexion personnelle en répondant à la question ou donnaient quelques détails concernant leur situation. Ce moment facilitait un échange entre patientes et personnel. Il a disparu lors du terrain suivant, où la prise de renseignement n'incluait plus de question concernant le désir, le projet des femmes en terme de planification familiale.

Un rapport plus individualisé aux patientes, qui diffère de l'individualisation de la prise en charge, permet souvent un rapprochement entre personnels médicaux et patientes indigènes,

une meilleure compréhension de leur monde social et une prise en charge plus adaptée. Avec l'injonction de faire primer la quantité de prestations sur leur qualité, les personnels médicaux regrettent régulièrement de ne pas pouvoir consacrer plus d'attention aux patientes, ou de ne pas avoir plus d'espaces pour échanger avec elles et les mettre en confiance. Ils alternent alors entre critique de l'institution et critique des patient·e·s, quand ils évoquent leurs difficultés à mener leur travail comme ils aimeraient.

1 Ambiguïtés des postures des professionnel·le·s : Différences discours/pratiques

1.1 Patientes indigènes, personnels de santé *ladinos* : Des modes de vie et des appréhensions du corps et de la santé pas si éloignés

On a vu que les patient·e·s qui demandent à être éclairées sur les « rumeurs négatives » tiennent le plus souvent ces rumeurs de personnels de santé, indigènes mais aussi *ladinos*. Ces rumeurs ne sont pas uniquement diffusées dans l'intention de promouvoir ou de déconseiller telle ou telle méthode contraceptive médicalisée. Il est très probable que les personnels de santé croient en partie à certaines « rumeurs ». Valeria, l'éducatrice d'Aprofam, m'avoue timidement ne pas vouloir utiliser le stérilet à cause « *des commentaires qu'en font les gens, des rumeurs qu'il y a* ». D'une manière générale, il est extrêmement difficile d'appréhender où se situe la séparation, pourtant manifeste dans les discours, entre les « croyances » indigènes et les « savoirs » *ladinos*. Par exemple, Mercedes, Paloma et Isabel, les trois femmes *ladinas* qui revendiquent les ancêtres espagnols de leur père propriétaire de plantations de café, stigmatisent régulièrement les « croyances » des populations indigènes dans le domaine de la santé et du corps. Pourtant, Paloma, qui est très pieuse, propose de nombreux schémas explicatifs de guérison en terme de miracles. Reprenant une superstition populaire, Isabel estime que si Paloma n'a eu que des filles c'est parce que son mari s'est trop assis sur le lavoir de la cour chaque fois qu'elle était enceinte. Mercedes quant à elle ne se soigne que par des médecines alternatives, « naturelles » et chinoises notamment. Elle me déconseille régulièrement de continuer à fumer des cigarettes mentholées car, d'après elle, celles-ci auraient la particularité de rendre les femmes stériles.

Renato, l'éducateur *ladino* d'Aprofam, est un des personnels de santé qui, sur mon terrain, critiquaient le plus vivement les « rumeurs négatives ». Pourtant, c'est un guérisseur reconnu de son quartier. Il réalise des rituels pour soigner ses voisin·e·s, malades de « *susto* » (frayeur) ou de l'« *ojo* » (mauvais œil). Ces deux maladies psycho-somatiques se contractent respectivement suite à un traumatisme ou suite à des regards envieux. Loin d'opposer les pratiques de guérison ritualisées à celles de la bio-médecine, il considère qu'il s'agit plutôt d'une médecine complémentaire, une « médecine naturelle », pour des maladies qu'un médecin classique ne peut pas soigner. Il est d'ailleurs devenu guérisseur au moment où il a intégré l'ONG Aprofam, après avoir reçu une formation rudimentaire dans le domaine de la santé et de la bio-médecine, et après avoir lu un livre de « médecine naturelle ». Il m'explique qu'il aide ainsi les gens, soit avec des médicaments, soit avec des remèdes naturels dont les rituels, soit les deux, selon les maux dont ils souffrent. La manière dont il soigne l'« *ojo* » consiste à passer un citron en croix trois fois sur le front, sur les bras et d'autres parties du corps, en récitant « Notre Père ». Puis il laisse un moment le citron sur le cœur et il l'écrase : « *et là c'est comme un alkazeltzer qui se désintègre dans l'eau, c'est plein de mousse. Si la mousse sort, c'est que l'enfant est soigné* » (l'« *ojo* » touche principalement les enfants, parfois les jeunes femmes, jamais les hommes).

Pour le « *susto* », il le soigne de la même manière que ce que j'ai pu observer dans les communautés indigènes, en crachant sur la personne une décoction de plante, la rue. Les personnes qui viennent solliciter ses services de guérison sont *ladinas*, catholiques ou évangéliques. Il m'explique qu'il s'agit là de « *soigner de manière naturelle* ». Il ajoute qu'il préfère que sa famille se soigne comme ça plutôt qu'en allant voir des médecins ou en prenant des médicaments.

Ce constat de porosité entre les différents types de médecine visibilise toutefois d'autant plus les différences de discours et de traitements proposés par les professionnel·le·s selon la catégorie ethnique à laquelle appartiennent leurs patient·e·s. On observe ainsi que concernant les populations indigènes, les professionnel·le·s de santé affirment une vision dichotomique et hermétique entre la bio-médecine et d'autres manières de penser la santé. Par contre, ce positionnement dichotomique est largement nuancé face à des personnes non-indigènes, comme l'a mis en évidence ma propre expérience de « patiente ». Trois des médecins que j'accompagnais au quotidien défendaient un discours et des pratiques très allopathiques avec leurs patientes indigènes. Pourtant, lorsque j'étais malade et que je leur demandais des conseils médicaux, ils me proposaient systématiquement des « remèdes naturels », généralement à base de plantes. Lors de fortes fièvres dont je souffrais, deux des médecins ont même émis des diagnostics psychosomatiques à mon égard, dont le « *susto* ».

Par la fréquentation longue des personnels de santé *ladinos*, je me suis aperçue qu'ils partageaient un grand nombre de représentations et de pratiques communes avec les populations indigènes dont ils stigmatisaient pourtant les pratiques et les représentations. Par exemple, si la figure de la *comadrona* est unanimement et régulièrement critiquée par les personnels de santé en tant que figure rurale d'arriération indigène, certains personnels fréquentent des *comadronas* des quartiers où ils vivent et entretiennent des formes de respect par rapport à leurs savoirs et leurs pratiques. Le gynécologue recruté par Aprofam vers la fin de mon terrain m'expliquait d'ailleurs que sa propre mère était une *comadrona* analphabète, et que c'est peut-être pour cela qu'il a voulu exercer en tant que gynécologue, car ce qu'il préfère dans son métier c'est assurer la gestion des complications au moment des accouchements comme le faisait sa mère. Il pense qu'elle lui a transmis un don pour cela.

Des personnels de santé *ladinos* partagent de nombreuses similarités avec leurs patientes indigènes, notamment dans les modèles familiaux qu'ils critiquent. Plusieurs médecins, hommes et femmes, de Pasmó et de centres de santé, ont eu leur premier enfant très jeune, avant leur majorité. Ils ont alors confié leur enfant à une proche pour pouvoir finir leurs études. La plupart des aides-soignantes *ladinas* résident dans la famille de leur conjoint et subissent des pressions de leurs beaux-parents. Plus généralement, les personnels féminins disent subir ou avoir subi des formes d'oppressions patriarcales dans leur foyer, et les personnels masculins arborent certaines attitudes machistes qu'ils critiquent chez d'autres hommes par ailleurs. Chez Aprofam, la Dra Gimena, le Dr Ricardo, l'éducateur Renato, entre autres, d'Aprofam ont une dizaine de frères et sœurs. L'ensemble des personnels sont de religion chrétienne et pratiquants. Il est important de préciser que la plupart des personnels de santé rencontrés sont issus de milieux relativement modestes, beaucoup ont des parents peu alphabétisés. Des différences de modèles familiaux entre personnels *ladinos* et patient·e·s indigènes sont plus marquées lorsque les personnels sont issus de milieux sociaux plus élevés. C'est donc parfois une situation sociale distincte qui va primer dans les différences de pratiques reproductives et familiales. Cependant, les personnels de santé ont tendance à réifier ces facteurs sociaux, ces différences sociales, en différences ethniques, culturelles.

Si la norme procréative transmise par les structures de santé se fonde sur des préjugés

concernant « l'arriération » des populations indigènes, on constate facilement que ces populations ne sont pas homogènes, tout en ne se différenciant pas fondamentalement de populations *ladinas*. Au cours de l'enquête, plusieurs jeunes femmes *ladinas* rurales témoignent du fait que dans leurs communautés, la moyenne d'âge de l'entrée dans la vie conjugale et maternelle est récemment passée d'environ 19 ans à 15 ans. Beaucoup de ces jeunes femmes, qui n'ont pas ou plus accès aux études, se retrouvent alors mères au foyer en s'installant dans la famille de leur mari, ou mères célibataires selon les choix et opportunités de responsabilisation paternelle. Dans les communautés rurales, les familles qui disposent de suffisamment de moyens envoient tous leurs enfants étudier, sinon uniquement les plus jeunes et parfois en priorité plutôt les garçons, que ces familles soient *ladinas* ou indigènes. Cette démarche correspond souvent en partie à une stratégie d'investissement des familles sur le futur pour améliorer leur situation de pauvreté. Les personnels de santé *ladinos* d'origine modeste formulent ainsi les sacrifices que leurs parents ont fait pour qu'ils puissent suivre leurs études médicales. Ces personnels participent aujourd'hui activement à l'économie familiale, notamment à l'entretien de leurs parents et aux frais des études de leurs jeunes frères et sœurs, à l'instar des familles indigènes. Par le partage de conditions sociales de pauvreté quelque peu semblables, certaines pratiques et stratégies de planification familiale se retrouvent donc chez les familles indigènes et *ladinas*.

Chez les patient·e·s indigènes comme chez les personnels *ladinos*, des pratiques genrées et patriarcales similaires se retrouvent également. Par exemple, les professionnelles *ladinas* sont très discrètes concernant leurs pratiques contraceptives. Elles ne souhaitent pas qu'on les voie se les faire administrer sur leur lieu de travail « *pour éviter le qu'en dira-t-on* ». D'autre part, tous les personnels masculins interrogés refuseraient pour eux-mêmes la vasectomie, alors qu'ils estiment que la stérilisation féminine serait une bonne méthode contraceptive pour leur femme, après avoir eu le nombre d'enfants qu'ils jugent suffisant. De la même manière, beaucoup refusent d'utiliser le préservatif, pour des raisons de contraintes liées au plaisir sexuel principalement, comme le Dr Julio qui estime qu'« *utiliser un préservatif c'est comme manger un bonbon avec le papier* ». L'aide-soignant Hedgar m'explique quant à lui : « *je n'aime pas les préservatifs, j'ai l'impression que ce n'est pas confortable, agréable, que c'est différent, je ne crois pas que j'en utiliserai un jour* ». Je lui demande ce qu'il utiliserait alors comme méthode pour éviter les grossesses :

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 3 juillet 2014 -**

H - Question difficile... si j'avais une copine j'utiliserais les pilules (sur elle). Parce que comme je t'ai dit je sens qu'on profite plus, qu'il y a plus de tranquillité, plus de plaisir sexuel (que le préservatif).

A - Et l'injection ?

H - Non parce que je pense que c'est plutôt une méthode dans le cadre du mariage. Ma femme utiliserait ça après le premier enfant. Parce que les pilules il y a beaucoup d'échecs. Les injections sont plus fiables, mais chaque chose en son temps. Mais bon chacun sa vision. Personnellement, ma femme utilisera l'injection après le premier enfant pour qu'on soit sûr.

A - Et le T de cuivre ?

H - Non ! Parce que je le vois très... Bon... si on parle de culture, de ce qui se pratique actuellement dans notre pays, qui utilise la T de cuivre communément ? - *il baisse la voix* - ce sont les prostituées. Et donc simplement je sens que c'est une méthode pour des personnes qui ont une vie sexuelle extrêmement active. Je l'ai vu et je l'ai lu dans des livres.

A - Je n'ai jamais entendu ça avant.

H - C'est que c'est trop efficace. La T est 100 % effective. Donc qui veut la méthode la plus effective et pourquoi ? Tu comprends ? Parce qu'elles ont une vie sexuelle plus active ! [...]

A - Combien d'enfants tu voudrais ?

H - Deux ou trois

A - Après le troisième tu t'opérerais ?

H - Moi ! ? (rire) Non ! Bon, je suis encore loin d'être dans cette situation mais bon je sens qu'au moment de le faire c'est ma femme qui le fera.

A - Pourquoi ce sera ta femme qui le fera ?

H - Ben je sais pas, parce que c'est le plus commun. C'est rare que ce soit l'homme qui s'opère. Je pense qu'on se mettra d'accord, consensuellement elle le fera.

Cet extrait d'entretien est assez caractéristique car Hedgar incarne ici un machisme, machisme qu'il critique sur le plan culturel, quand il s'agit des hommes indigènes. Il semble vouloir déjà décider du nombre d'enfants, du type de contraception qu'utilisera sa copine puis sa femme. Il envisage d'ailleurs d'utiliser une méthode moins fiable avec sa copine qu'avec sa future femme, prenant le risque d'une grossesse précoce hors union, alors même qu'il estime par ailleurs que les enfants doivent être conçus dans le cadre du mariage. Il a des préjugés contre le stérilet et enfin il ne veut assumer aucune charge contraceptive, en préférant laisser reposer cette charge sur sa partenaire, tout en imposant ses choix de planification.

1.2 Dépassement de la dichotomie professionnelle-patiente par le genre et l'ethnicité

Ces dichotomies perçues spontanément entre personnels et patient·e·s s'estompent parfois, volontairement ou non, quand il s'agit des rapprochements entre femmes. Être femme et professionnelle de santé constitue parfois une posture ambiguë, et permet de développer ponctuellement des formes de solidarité avec les patientes.

Sur les différents terrains, on remarque une légère corrélation entre hiérarchie, réelle ou symbolique, des personnels médicaux et hiérarchie des genres. Les femmes sont plus nombreuses dans les postes tels qu'aides-soignantes et les hommes dans les postes tels qu'infirmiers et médecins. Généralement, les structures sont plus exigeantes envers les personnels féminins, qui travaillent plus durement et plus longtemps que les hommes, selon mes observations (elles prennent moins de pauses, font plus d'heures supplémentaires non-rémunérées, elles accomplissent les tâches plus ingrates...). Il existe une représentation implicite, chez les personnels médicaux comme chez les patientes, qui consiste à penser qu'à poste ou compétences égaux, les professionnels hommes sont plus experts dans les savoirs techniques et les professionnelles femmes sont plus expertes du point de vue relationnel. Les patient·e·s ont davantage confiance dans les savoirs techniques des hommes mais préfèrent se confier à des personnels féminins. On observe également que les personnels masculins ont tendance à juger la pratique professionnelle des personnels féminins, même lorsque leur poste est moins élevé. Ces jugements sont généralement plus négatifs que positifs. Par exemple, le secrétaire et l'éducateur d'Aprofam critiquent en permanence le travail des aides-soignantes, de l'éducatrice Valeria et de la gynécologue Gimena, alors qu'ils n'ont jamais fait aucune remarque sur la pratique professionnelle des deux autres gynécologues hommes et du médecin Ricardo. Le Dr Ricardo, tout comme le secrétaire et l'éducateur de l'unité, ne répondent jamais positivement aux demandes de soutien technique de la Dra Gimena quand elle est débordée par un grand nombre de patientes et a besoin de se

faire seconder. Le Dr Julio n'a quant à lui jamais à demander du soutien car tous les membres de l'unité devancent ses besoins.

Les critiques adressées à la Dra Gimena concernent régulièrement la ponctuelle complicité dont elle fait preuve avec les patientes. Le reproche de cette complicité entre femmes par les personnels masculins sur la pratique professionnelle féminine est assez récurrent dans les différentes structures étudiées. Les soupçons ou accusations d'une empathie des personnels féminins envers les patientes les amènent parfois à devoir se désolidariser publiquement de ces patientes pour « prouver leur compétences professionnelles ». Pourtant, dans un certain nombre de cas observés, les professionnelles femmes ont tenu des positions contraires aux recommandations des personnels masculins, au prix de quelques tensions, mais au gain d'un meilleur respect du confort ou des choix des patientes. Contrairement aux hommes, certains personnels féminins sont parfois plus sensibles à l'intimité, à la pudeur des patientes. Elles organisent un peu mieux les espaces pour que les femmes se changent, elles installent des rideaux, elles demandent à ce que les hommes sortent ou restent en retrait. Lors d'une *jornada* Aprofam, une patiente confie à l'aide-soignante Jaylin qu'elle vient se faire stériliser mais qu'elle aimerait que son mari ne le sache pas quand il rentrera de son travail saisonnier dans les plantations et qu'elle aura cicatrisé. Jaylin en parle à la Dra Gimena et toutes deux prévoient un stratagème pour que les autres patientes ne voient pas que cette dame va être stérilisée, et ne puissent pas le raconter à d'autres personnes qui pourraient à leur tour le raconter à son mari. Elles commencent par installer un système de rideaux. Yadiel, le secrétaire, lance un commentaire désobligeant sur l'attitude de la Dra Gimena et de Jaylin qui, à ses yeux, « *se fatiguent pour rien* ». La Dra Gimena et Jaylin ignorent ce commentaire, ce qui déplaît d'autant plus à Yadiel. La Dra Gimena qui continue d'accrocher le rideau chuchote amusée à Jaylin « *j'aimerais bien voir ce que ça lui ferait à Yadiel d'être exposé face à tout son quartier s'il se faisait une vasectomie...* ». La solidarité féminine qui s'exprime parfois envers les patientes se renforce ainsi dans des rapports de complicité entre personnels féminins. La Dra Irina et l'aide-soignante Evi de la clinique de planification familiale ont l'habitude de se moquer discrètement des médecins et infirmiers qui ont des réactions ou font des commentaires qu'elles jugent stupides ou machistes. À l'inverse, elles aiment soutenir leurs collègues femmes quand elles font face à certaines difficultés professionnelles ou qu'elles ont besoin d'informations et de soutien dans l'utilisation d'une méthode contraceptive. Les aides-soignantes d'Aprofam facilitent aussi également les poses discrètes d'implants chez les personnels des centres de santé où elles font les *jornadas*.

Observation service de planification familiale C.A.P de Todos Santos

- 19 juin 2014 -

L'infirmière mam Tabata me dit qu'elle sera absente demain car c'est son jour de décharge syndicale. On discute alors de son engagement syndical. Elle s'est impliquée car le syndicat l'a beaucoup aidée quand elle a commencé à exercer. Elle affrontait d'importants problèmes de maltraitances en tant que femme indigène, de la part de ses supérieurs et d'infirmières *ladinas*. Aujourd'hui, elle défend les personnels qui affrontent les mêmes difficultés.

Elle me raconte qu'elle a été unie à 18 ans à un homme qu'elle n'aimait pas, alors elle s'est enfuit de sa communauté avec un autre, avec lequel elle s'est mariée. Elle a eu un enfant, mais son mari la maltraitait, alors elle est partie avec l'enfant. Elle a cherché un travail pour pouvoir subvenir aux besoins de l'enfant et Médecins Sans Frontières l'a embauchée pour donner des *charlas*. Elle m'explique que ça a fait croître son estime d'elle-même. Elle a repris des études et s'est diplômée d'aide-soignante à 24 ans. Elle s'est remariée vers trente ans et a eu trois fils.

Son mari est parti aux États-Unis et lui a envoyé l'argent pour qu'elle termine ses études d'infirmière. Elle me dit n'avoir eu que des fils car, quand elle était maltraitée, elle a prié Dieu pour qu'il ne lui donne pas de filles, parce que la vie sur terre est trop dure pour les femmes indigènes. Elle m'explique que son histoire est triste et que c'est pour cela qu'elle aime être syndicaliste, pour valoriser le droit. C'est aussi pour cela qu'elle aime son métier, car elle est amenée à soutenir les femmes de sa municipalité qui vivent dans des conditions difficiles.

La solidarité envers les patientes n'est pourtant pas toujours facile à exprimer pour Tabata, amenée à se distinguer des patientes indigènes, tout comme Jaylin, l'aide-soignante mam (Ch6-II-1). Jaylin accomplit discrètement de nombreuses actions solidaires envers les patientes, peut-être parce qu'elle est la plus en contact avec elles et qu'elle partage avec certaines la même langue. Lorsque le test de grossesse obligatoire, préalable à la prestation contraceptive, sort positif, il est prévu que la patiente doive s'acquitter des frais du test. Les patientes dans ce cas se rendent à une prestation contraceptive gratuite, et portent donc rarement sur elles une somme d'argent qu'elles peuvent dépenser pour rembourser le test. Elles se trouvent le plus souvent en difficulté pour payer. Jaylin fournit alors discrètement une partie de la somme ou la somme complète, malgré son faible salaire. Parfois, lorsqu'une patiente est bouleversée par le résultat positif du test, Jaylin assure le remboursement sans même parler à la patiente de son obligation de s'acquitter de la somme du test. Lorsque j'interroge Jaylin sur cette pratique, celle-ci m'explique que si elle était dans le cas de la patiente, elle aimerait que quelqu'un le fasse pour elle. Jaylin est le personnel de l'unité fixe qui mentionne plus volontiers lors des entretiens informels des formes d'empathie envers les patientes. C'est également le cas de l'autre personnel indigène d'Aprofam, l'éducatrice Valeria. Valeria exprime de l'empathie envers des patientes qui souffrent d'effets secondaires de l'implant, car elle a elle-même expérimenté certains de ces effets. Elle a d'autre part expérimenté des formes de maltraitements lorsqu'elle a voulu utiliser pour la première fois une méthode contraceptive médicalisée. Elle me raconte que, au poste de santé, on lui a fait sa première injection sans rien lui expliquer, et sans lui parler d'autres moyens de contraception. Une autre fois, le poste de santé de son *municipio* a été fermé pendant un moment, et cela a retardé de neuf jour la date de son injection. On lui a dit que ce n'était pas grave, elle l'a cru, et on l'a réinjectée pour trois mois. Elle a commencé à se sentir mal et à avoir des nausées. Elle s'est rendue à l'évidence qu'elle était enceinte de son second enfant. Elle voulait avorter, parce qu'elle avait peur que son enfant naisse malformé à cause de l'injection. Face aux difficultés d'accès à l'avortement, elle a finalement gardé l'enfant.

Les personnels féminins semblent plus compréhensives sur le choix de l'avortement. L'avortement est autorisé quand les risques sont très élevés pour la santé de la mère et de l'enfant, mais encore faut-il que cela soit certifié par plusieurs médecins. Aussi, des gynécologues et médecins rencontrés sur mon terrain de recherche ont témoigné au cours de l'enquête de cas de médecins qui refusaient de recommander l'avortement pour des questions de santé, par peur des poursuites judiciaires, même quand le bébé n'avait aucune chance de survivre et que la santé de la mère était largement en péril. La gynécologue Irina racontait qu'au cours de sa formation elle a vu des femmes mourir parce que les médecins ne se décidaient pas à déclencher un avortement. Elle rapportait que même pour les grossesses extra-utérines l'avortement était difficile à négocier et que les conditions de réalisation n'étaient en rien facilitées, ce qui laissait des séquelles physiques et psychologiques sur les femmes.

2 Une prestation qui s'adapte aux conditions quotidiennes d'exercice

Si l'on observe chez les personnels de santé à la fois discours et pratiques très tranchées, et à la fois paradoxes et contradictions, c'est que les prestations qu'ils fournissent s'adaptent en fonction de leurs conditions quotidiennes d'exercice. Il devient alors parfois compliqué pour eux de départager entre les responsabilités de l'État et celles des patientes.

Hector - aide-soignant dans un poste de santé rural - 25 ans -ladino - 18 septembre 2015 -

Dans les cartes de présentation des méthodes, il y a pratiquement toutes les méthodes existantes, mais toutes ne s'utilisent pas. Pourquoi? Par manque de ressources. Si le ministère de santé avait plus de ressources, il pourrait fournir à la population le nécessaire. Mais il n'y a pas tout, par manque d'argent. Donc on ne présente que les méthodes qu'on a dans le service, plus la stérilisation parce qu'on peut référencer des patientes pour qu'elles soient stérilisées à l'Hôpital. Dans la *consejería avanzada*, l'idée ce serait d'exposer toutes les méthodes pour que les patientes puissent réellement choisir. Mais si je lui montre toutes les cartes et qu'elle choisit une méthode que je n'ai pas? C'est incorrect de montrer quelque chose qu'on ne peut pas offrir. Le service public de santé doit être gratuit, l'accès à la santé est un droit. On devrait donc disposer de toutes les méthodes contraceptives existantes, et de bonne qualité, mais ce n'est pas le cas. Et au final, entre peu de méthodes pas très bonnes, on est amené à orienter les patientes vers celle qui nous semble le mieux. Alors qu'elles devraient avoir vraiment le choix. C'est chacune qui devrait choisir la méthode qu'elle veut, celle qui répond à tes nécessités, à ta *cosmovision*, à ton idéologie, à ton corps, à ton goût.

2.1 Le fonctionnement difficile et aléatoire des services de santé reproductive

Les conditions d'exercice de la santé publique au Guatemala sont particulièrement difficiles. Le manque d'espace, de matériel, de personnels, de formation, se fait cruellement sentir⁴⁶. Le Dr Julio racontait un jour que, dans l'un des hôpitaux publics départementaux où il a travaillé il y a quelques années, pour pouvoir recoudre les blessures, il était obligé de récupérer les chutes de fils et de fabriquer des aiguilles avec celles des seringues. Dans les structures publiques de santé observées, il manque en permanence du matériel de base et des tenues d'opération. Encore plus dérangent, il y a régulièrement des problèmes d'alimentation électrique et hydraulique. L'Hôpital et les centres de santé restent parfois plus de 24 heures sans eau ou sans électricité. Parfois, s'il y a un générateur fonctionnel, la structure peut choisir d'alimenter certains espaces.

Les personnels de santé subissent par ailleurs de la précarité dans le cadre professionnel. La gynécologue Irina et l'aide-soignante Evi, en charge de la clinique de planification familiale de l'Hôpital, ont des salaires relativement bas. Comme tous les personnels du service public de santé, ces salaires sont parfois versés avec plusieurs mois de retard. Evi travaille plus de 40 heures par semaine et gagne un salaire de 3500 quetzales (350 euros) par mois. La Dra Irina travaille 20 heures par semaine et gagne 5000 quetzales (500 euros) par mois. Elle travaille l'après-midi dans une clinique privée où son salaire horaire est plus élevé. Elle continue d'exercer malgré tout à l'Hôpital, car elle est « *intéressée par la diversité de maladies qu'on y trouve, même si on y est exploitées!* ». La Dra Irina et Evi ne sont pas titulaires de leur poste à l'Hôpital. Elles ont toutes deux des contrats de travail d'un an, renouvelables chaque année. En raison des

46. www.prensalibre.com/huehuetenango/Cierran-puestos-centros-Salud_01042095825.html

lenteurs administratives, leurs contrats tardent souvent à être édités lors du renouvellement, ce qui retarde d'autant plus le paiement de leur salaire. Elles ont durement négocié quinze jours de vacances par an. Leur contrat n'inclut ni indemnités maladie, ni indemnités retraite. Ces contrats sont nouveaux à l'Hôpital, les personnels en poste fixe qui partent à la retraite sont remplacés par des contrats annuels. Ce type de contrat concernait la moitié des personnels de l'Hôpital au moment de l'enquête. L'Hôpital ne compte que deux gynécologues obstétriciens, qui ont la charge de 30 à 70 accouchements par jour, dont 30% par césariennes. Ces gynécologues ont également la charge des opérations de stérilisation.

J'ai pu remarquer au cours de l'enquête à l'Hôpital que lorsque la maternité est surchargée, les patientes doivent rester moins longtemps. Il s'agit alors pour les personnels de les convaincre plus vite d'utiliser une méthode contraceptive, par contre, elles ne sont pas autant orientées vers la stérilisation. En effet, lorsque les femmes sont plusieurs par lit, que les lits débordent dans les couloirs, qu'il n'y a plus de matériel et de blouses propres, que les gynécologues sont débordés, les personnels considèrent qu'il n'est plus aussi important que d'habitude de sensibiliser certaines patientes à la stérilisation, car on ne pourra probablement pas les opérer le jour même. De la même manière, lorsqu'il n'y a pas d'électricité dans un centre de santé lors d'une *jornada* et que le générateur est défaillant, Aprofam ne peut pas assurer les stérilisations. Les personnels classifient alors les patientes qui ont demandé une stérilisation, en fonction de différents critères, liés au nombre d'enfants, à l'âge, au niveau scolaire... Cette classification leur permet de « trier » d'un côté les patientes qu'ils vont réorienter vers une pose d'implant le jour même, et de l'autre, celles qu'ils vont essayer de convaincre de se faire stériliser le lendemain, lors de la *jornada* qu'ils assureront dans une municipalité voisine. Aussi, les conditions matérielles d'exercice et leur fluctuation vont déterminer en bonne partie les orientations en planification familiale.

Les personnels adaptent en permanence leur pratique professionnelle à l'état des stocks en moyens de contraception et matériel. Les discours sur les méthodes contraceptives sont alors quelque peu fluctuants selon cette gestion. On observe des variations discursives sur la nature de la méthode, le mode de fonctionnement, les effets secondaires, la fiabilité, la durée, les lieux pour s'en procurer... Ce phénomène s'observe bien dans les consultations de la clinique de planification familiale de l'Hôpital. Si la pince pour installer les stérilets se trouve à la clinique de planification, la gynécologue encourage les femmes qui veulent une contraception à utiliser le stérilet, expliquant que c'est la méthode la plus naturelle, où les règles restent inchangées... Si cette pince est occupée par un autre service, l'aide-soignante propose plutôt à la patiente de poser un implant, faisant valoir le côté moderne de celui-ci, le confort de ne pas avoir ses règles...

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 28 février 2013 -

La clinique est de nouveau à court de spéculums en plastique (instrument indispensable pour écarter les parois du vagin et pouvoir observer le col de l'utérus des femmes, faire des prélèvements, installer un stérilet). Il n'y en a plus aucun dans tout l'Hôpital. Une patiente se présente avec une note d'un médecin lui prescrivant un frottis en raison de fortes douleurs de ventre. Elle explique qu'elle a déjà fait un frottis il y a six mois, mais le médecin lui a fait une radio et lui a dit qu'elle devrait en refaire un. La Dra Irina rétorque que ce n'est pas la peine de refaire un frottis si elle en a déjà fait un il y a 7 mois. Puis, elle me dit discrètement « *c'est encore moins la peine un jour comme aujourd'hui où on se retrouve sans équipement!* »

Ce service passe parfois des jours, voire des semaines, sans spéculums. Quand il dispose de beaucoup de spéculums, la gynécologue et l'aide-soignante incitent plus les patientes à réaliser un frottis, en le présentant comme un examen important. Lorsqu'elles sont à cours de spéculums, elles dissuadent les patientes venues faire un frottis, en prétextant que la date du dernier est trop proche, ou que si elles ont des douleurs, cela vient de facteurs dont les causes n'apparaîtront sûrement pas lors du frottis. Durant une période d'observation, les spéculums en plastique sont venus à manquer pendant presque deux mois. Lorsqu'ils étaient vraiment nécessaires, Evi essayait tant bien que mal de se procurer un des quelques spéculums en métal de la maternité et de le stériliser. Les vitres pour déposer le prélèvement du frottis et l'envoyer au laboratoire public d'analyse biologique ont également manqué ponctuellement. Dans cette même période, ce laboratoire a manqué également de personnel et de matériel. Le retour des résultats des frottis à la clinique mettait alors le double du temps habituel, déjà très long : d'un mois il passait à au moins deux mois. Plusieurs patientes, lassées de revenir régulièrement réclamer les résultats et de ne pas les trouver, ont cessé de les attendre et ne sont pas venues les chercher. La gynécologue et l'aide-soignante, éprouvant les difficultés à réaliser les frottis dans les conditions matérielles prévues par l'institution, et constatant le désintérêt des patientes pour les résultats de l'examen, ont alors minimisé d'autant plus l'intérêt de réaliser des frottis. Cette constatation formulée par ces professionnelles révèle les manques qu'elles perçoivent du côté des responsabilités de l'État, tout comme du côté des responsabilités des populations. Cette rhétorique critique double est très présente chez les professionnel·le·s enquêté·e·s.

2.2 Trancher entre responsabilité de l'État et responsabilité des populations

Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam- 22 ans - *ladino* - 4 juillet 2014 -

H - C'est vrai que dans le cas des personnels chargés de la santé reproductive, on nous dit qu'on doit faire en sorte que les gens utilisent des méthodes contraceptives. Mais ça ne devrait pas être seulement à nous qu'incombe cette tâche. Tous les ministères devraient être engagés là-dedans. Sûrement que le message que je donne passerai mieux s'il y avait de l'éducation dans ce pays, s'il y avait du développement social et économique. Les gens comprendraient mieux, il y aurait moins de grossesses adolescentes, moins de grossesses non-désirées, une meilleure santé, moins de fausses couches. Regarde à Todos Santos il n'y a presque pas d'institutions d'État pour le développement intégral et durable. Un peu la santé, et un peu l'éducation, mais qu'au niveau primaire. Pour l'agriculture il n'y a rien. Pour les ressources naturelles non-plus. Alors qu'on devrait travailler tous ces aspects là ensemble. Imagine si on faisait tout ça, qu'il y avait une meilleure alimentation, une meilleure économie, une meilleure éducation, parce que tout va ensemble. S'il y avait ça et que je parlais aux jeunes de la planification familiale, que je leur disais que ce n'est pas bien de tomber enceinte avant 22 ans, qu'il faut utiliser des méthodes de planification familiale, ils le feraient. Pourquoi ils le feraient ? Parce qu'il y aurait de l'éducation, de l'intellect, de l'intelligence, pour écouter et pour comprendre. Et ils se rendraient compte que ce n'est pas la culture qui doit imposer... ce qui est correct de faire, mais que c'est ce dont je leur parle. Donc là ils vont m'écouter moi et ne pas écouter ce que la culture leur dit, ce que leur entourage social leur dit tous les jours. Ils vont se rendre compte que les modèles qu'ils voient ne sont pas les meilleurs, que ce qu'ils ont fait n'est pas ce qui est correct, mais que ce que je leur dis est l'idéal.

Mais moi, tout seul comme ça, je ne peux pas faire grand-chose. L'État devrait s'impliquer plus dans un développement global. Et puis éduquer un adulte, ce n'est pas éduquer un enfant. Un enfant va comprendre à 100 %, tu peux le stimuler pour qu'il devienne une personne intelligente. Les adultes dans les communautés ont plus de mal à comprendre, et des fois ils ne veulent pas comprendre.

L'ensemble des personnels interrogés aspirent à de meilleures conditions de travail, pour assurer des prestations de meilleure qualité. Mais aussi ils aspirent à un engagement plus important de l'État auprès des populations pauvres, dans de nombreux domaines socio-économiques. Cela assurerait une meilleure efficacité des programmes, comme le suggère Hedgar. Ces plaintes des personnels de santé m'ont été adressées régulièrement. Dans un article, Stéphanie Mulot parle de la convocation de l'ethnologue comme témoin, à la fois du mauvais cadre de travail des professionnel·le·s et de la culpabilité des patient·e·s⁴⁷. En identifiant les obstacles institutionnels qui limitent une prise en charge de qualité, la responsabilisation/culpabilisation des patient·e·s permet à ces personnels de se distancier des usagèr·e·s, auxquelles ils ne peuvent pas fournir une attention qu'ils jugent totalement correcte et adaptée. On peut alors s'interroger comme De Zordo :

« Dans un contexte où les conflits et les enjeux de pouvoir sont si forts et évidents et les services de santé si précaires, mais où on parle de plus en plus, parallèlement, de citoyenneté et de droits à la santé reproductive et sexuelle, peut-on imaginer une relation médecins - patientes où la rage ne joue pas de rôle, où les médecins puissent écouter les patientes, en accueillant toute la charge émotionnelle de leur histoire personnelle ? »⁴⁸

Comme le montrent de nombreuses études, telles que celles de Paul Farmer, dans les pays pauvres, il pèse sur les personnels soignants une exaspération d'avoir à diminuer le niveau des soins « *sous prétexte d'efficacité à moindre coût* ». Considérer ce rapport coût-efficacité a renforcé la violence structurelle et augmenté les inégalités en santé. En effet, le manque d'accès aux structures médicales, à des traitements, à un suivi et à des soins de qualité pour les personnes pauvres est une violence structurelle. Aucune intervention n'est réellement efficace dans ces conditions et la confiance publique vis-à-vis des politiques de santé s'effrite peu à peu. Cela éloigne d'autant plus les patient·e·s des structures de santé et décourage les personnels soignants qui y exercent. C'est pourquoi, il est important de recontextualiser les mauvaises pratiques médicales, telles que les erreurs thérapeutiques, mais aussi les violences médicales directes. Il ne s'agit pas d'enlever toute responsabilité au personnel soignant dans l'exercice de ces violences, mais de comprendre les dynamiques dans lesquelles elles s'inscrivent. En effet, comme le soulignent Farmer et Arachu, ce ne sont pas les erreurs des personnels qui créent la pauvreté et les inégalités, qui sont les obstacles structurels à l'origine de problèmes de santé publique et qui empêchent leur résolution complète. Pour ces auteurs, il ne s'agit alors pas simplement d'appliquer des solutions purement médicales mais bien de les accompagner d'un soutien visant à réduire les inégalités sociales⁴⁹.

Comme le soulève également C. Jullien, les défaillances structurelles entraînent la montée d'inquiétudes chez les patientes destinataires de programmes de santé reproductive ambigus

47. Mulot, « Le sida, le crack et l'hôpital ».

48. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

49. Farmer et Castro, « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante ».

comme chez les personnels médicaux en charge de leur application. D'une part, le sentiment d'exclusion sociale est ravivé chez les populations bénéficiaires des programmes et, d'autre part, les personnels médicaux sont insatisfaits des conditions précaires dans lesquelles ils sont contraints d'exercer. Toutefois les mauvaises conditions matérielles n'expliquent pas à elles seules les violences exercées par ces personnels sur les patientes⁵⁰, qui sont aussi en crainte de ce que représente l'accès aux droits pour les personnes indigènes, ou encore la possibilité pour les femmes de gérer librement et de façon autonome leur corps et leur reproduction. C'est pourquoi j'ai tenté de visibiliser l'effet des programmes sur la relation soignant-soigné et les cristallisations des tensions sociales qu'elles reflètent et reproduisent.

Les analyses présentées ici permettent de mieux comprendre les interactions entre les personnels de santé et les patient·e·s, mais aussi avec leurs collègues et les institutions. La mobilisation de ces personnels autour d'une mission pour une amélioration du bien-être national dans le cadre de la régulation des naissances chez les femmes indigènes contribue à nourrir des ressentiments, des préjugés, des violences. C'est pourquoi l'étude de la santé reproductive révèle autant des failles dans les programmes que des tensions sociétales⁵¹. La catégorisation des patient·e·s selon leur observance supposée et présumée en fonction de critères socio-ethniques a fait l'objet de nombreux travaux en anthropologie de la santé, notamment sur la question du VIH ou du cancer. Il est ainsi permis de repérer des pratiques de soin provenant des dispositifs mis en place et de logiques soignantes qui reposent sur le tri des patients et leur discrimination, et non sur des logiques éthiques. Ces pratiques, que l'on trouve dans de nombreux pays, reflètent la question des rapports de pouvoir dans des sociétés à forte hiérarchisation ethnique, mais aussi les rapports de pouvoir au sein de l'hôpital ou des institutions de soins.

Au Guatemala, c'est à travers le cadre citoyen que les comportements reproductifs vont être classés. Particulièrement lorsque les femmes sont pauvres et/ou indigènes, on va distinguer la planification familiale qui relève de choix éclairés, c'est-à-dire qui est conforme à la norme procréative à laquelle on cherche à éduquer les femmes, des comportements qui relèvent de la contrainte culturelle, c'est-à-dire qui s'écartent de cette norme procréative. Incitées à changer leur rapport à soi pour prétendre correspondre au modèle citoyen proposé, ces femmes sont invitées à se conformer aux injonctions institutionnelles en matière de contraception, si elles aspirent à une égalité globale de traitement ethnique, de genre et de classe. Sont alors intriqués au sein d'un même État, différents statuts et degrés de citoyenneté, pour partie associés à des comportements sexuels et reproductifs prescrits.

50. Jullien, « Du bidonville à l'hôpital ».

51. Jullien.

Quatrième partie

Des femmes indigènes rurales

Le fait d'interpréter invariablement les problèmes de santé publique comme la conséquence d'obstacles essentiellement culturels pose la question de la citoyenneté thérapeutique : les personnes indigènes peuvent-elles être actrices de leur santé ? Les institutions et personnels médico-sociaux qui prennent en charge les programmes de planification familiale à Huehuetenango sont-ils déconnectés des pratiques et représentations réelles des patientes ? Il convient de se pencher sur les pratiques et représentations sociales des femmes indigènes dans le champ de la planification familiale, observer leurs dynamiques, notamment dans leurs liens avec les politiques mises en place, mais aussi avec les configurations sociales locales familiales et communautaires. Quelles sont les tendances et les diversités ? Quelles sont les adhésions et les résistances aux différentes normes et contrôles de la reproduction ?

Chapitre 8

Une *cosmovisión* indigène de la planification familiale ?

I Exprimer et penser la planification familiale

1 Vocabulaires de la contraception

Les méthodes contraceptives dont les femmes interrogées ont le plus souvent entendu parler sont la stérilisation féminine, l'injection hormonale trimestrielle de Depo-provera, l'implant, le DIU en cuivre (stérilet) et la pilule. Aucune de ces méthodes n'est habituellement désignée avec cette dénomination par les patientes, ni par les personnels de santé quand ils s'adressent à elles.

Pour utiliser des moyens de contraception, il s'agit tout d'abord de les connaître, de comprendre leur mode de fonctionnement et d'y avoir accès. Le vocabulaire autour de la contraception, qu'il soit utilisé par les professionnel·le·s de santé, les femmes ou tout autre acteur, est essentiel pour nommer, désigner, s'imaginer les méthodes contraceptives et transmettre les informations nécessaires concernant ces méthodes.

Or, il existe de nombreux liens entre les pratiques linguistiques et langagières et les représentations sociales¹. Aussi, la maîtrise de savoirs sur le corps féminin passe beaucoup par les mots. Yvonne Verdier décrit dans *Façons de dire, façons de faire*, des formes de langage, souvent métaphoriques, qui accompagnent la vie des femmes dans ses différentes étapes². Ce langage, non seulement indique ce qui relève du dicible ou du tabou, mais aussi permet de comprendre les formes de représentations sociales associées au corps, à la féminité, à la santé, à la sexualité, qui déterminent les pratiques de planification familiale³.

1.1 Nommer la planification familiale et les méthodes contraceptives

On observe tout d'abord que les mots des méthodes contraceptives se prononcent uniquement en espagnol. Aussi, lors des *pláticas* traduites, certains mots se disent en espagnol, et non pas en langue locale mam ou q'anjob'al par exemple. Au delà de la notion de « contraception », l'idée même de « planification familiale » semble intraduisible dans les différentes langues mayas de la région et cette expression est rarement comprise lorsqu'elle est énoncée en espagnol.

1. Billiez, « La langue comme marqueur d'identité ».

2. Verdier, *Façons de dire, façons de faire*.

3. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

Virgilio - Huehuetenango - 20 ans - mam

- 18 mai 2014 -

A - Tu connais des méthodes de planification familiale ?

V - Des méthodes de quoi ? Comment ça ?

A - Ben par exemple tu m'as parlé du préservatif, mais tu connais d'autres méthodes pour ne pas avoir d'enfants ?

V - Je connais... les pastilles... injections... préservatifs...

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam

- 14 mai 2014 -

A - Tu penses quoi des méthodes de contraception ?

R - Comment ça ?

A - Tu connais des méthodes de contraception, des méthodes pour planifier ? Tu sais la planification familiale...

R - ...Non... je ne connais pas...

A - Tu as entendu parler de la pastille ?

R - ...Pastille... comment ça ?

A - La pastille pour ne pas être enceinte

R - Oui, oui, ça j'ai entendu. Surtout quand je travaillais avec des médecins pour aider à vacciner les bébés quand j'avais 15 ans. Ils en parlaient parfois, de ça et des injections. [...]

A - Et tu veux avoir combien d'enfants ?

R - Deux ! (rires)

A - Et tu vas planifier entre les deux ?

R - Planifier ? Qu'est ce que c'est ?

Si les expressions espagnoles « planification familiale » et « méthodes anti-conceptives » sont peu connues chez les personnes indigènes, elles en maîtrisent toutefois le concept ou tout du moins une certaine idée. Lors de mes enquêtes de terrain dans les communautés, les interprètes rencontraient systématiquement des difficultés pour traduire la notion de planification familiale en mam. Elles disaient ne pas connaître de mots équivalents. Elles traduisaient généralement les deux termes par une liste de plusieurs moyens de contraceptions médicalisés, sans trouver de mot englobant pour exprimer l'idée. Lorsque j'ai proposé qu'elles traduisent « *planificación familiar* » par « *gestión del momento en el que nacen los niños* », elles ont été surprises. Comme l'ensemble des personnes interrogées, et notamment les professionnel-le-s de santé, elles définissaient la « planification familiale » comme l'usage effectif de méthodes contraceptives médicalisées.

Je me suis aperçue par la suite que l'idée même de « *gestión del momento en el que nacen los niños* » que j'avais proposé dans un premier temps, ne correspondait pas totalement au modèle de planification familiale appliqué par les femmes. Elles l'envisageaient plutôt en terme de gestion du nombre d'enfants à charge. L'usage effectif de méthodes contraceptives correspondait alors plutôt à la gestion du nombre de grossesses et à leur espacement, qui peut différer largement de la réalité des enfants à charge (Ch10-II-2).

Lorsque les personnels de santé demandent à une femme « *cuántos hijos tienes?* », elles peuvent exclure du compte leurs enfants non-biologiques mais qu'elles élèvent. De la même manière, elles peuvent inclure les enfants qu'elles ont confiés temporairement ou en adoption définitive à des proches, les enfants qui sont morts, voire les fœtus qu'elles ont expulsés par fausse couche. Pour demander le nombre d'enfants, dans le langage courant, les personnes

préfèrent l'expression « *combien de famille avez-vous ?* » (« *cuanta familia tiene ?* ») à laquelle la personne répond « *j'ai X (nombre d'enfants) famille* ». « Famille » est un terme local pour exprimer « enfant ». Si ce terme est préféré c'est aussi parce qu'il exprime mieux le nombre d'enfants vivants et à charge. Aussi, un autre moyen d'exprimer la notion de planification que l'on peut percevoir en espagnol, tant chez les professionnel·le·s que chez les patientes, est « *contrôler la famille* » (« *controlar familia* »).

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.

- 12 avril 2014 -

Je demande à D d'interroger Susi sur la planification familiale à partir d'une nouvelle proposition de traduction.

D (en mam) - Vous avez utilisé quelque chose pour ne pas avoir de bébé ou pour ne pas être enceinte ?

Susi répond en mam, je distingue seulement le mot « control » en espagnol.

D - Elle dit qu'elle a eu le « contrôle » pour ne pas avoir d'enfants à chaque année.

A - Quel type de contrôle ?

D lui demande en mam directement si elle utilisait l'injection

S - Oui oui, injection.

Le mot « contrôle » peut désigner toutes les méthodes contraceptives. L'injection hormonale restant la plus connue, ce mot est généralement utilisé et donc compris par les patientes comme les personnels comme se référant uniquement à cette méthode contraceptive. Pourtant, son occurrence peut aller bien au-delà du registre de la contraception :

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango

- 18 avril 2013 -

Une femme de 22 ans entre et dit « *je viens pour le 'contrôle' de deux bâtonnets qui se mettent dans le bras, ma belle-sœur l'a mis hier et elle m'a informée que vous le mettiez* »

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango

- 19 avril 2013 -

Une patiente entre en disant, comme beaucoup d'autres qui viennent pour planifier : « *Je viens pour mon contrôle* ». Evi se prépare à lui administrer une injection de Depo-provera jusqu'à ce que la femme rétorque qu'elle vient parce qu'elle est enceinte et veut faire un examen prénatal.

Un autre moyen de désigner cette injection est l'utilisation du terme « *vaccin* ». Les femmes ont recours à ce terme à la fois pour désigner les injections contraceptives, médicamenteuses et de vaccin. Cette triple utilisation, jamais rectifiée par les personnels médicaux qui injectent automatiquement du Depo-provera aux patientes qui demandent leur « *vaccin* », est à l'origine de nombreuses confusions. Ainsi, on relève quelques échecs contraceptifs suite à des injections médicamenteuses ou de vaccins que les patientes avaient identifiées comme la contraception hormonale trimestrielle qu'elles connaissent bien. Cela arrive également parfois avec le mot « *pastilla* » (pastille), utilisé à la fois pour la pilule contraceptive comme pour d'autres médicaments sans vocation contraceptive.

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam
- 13 avril 2014 -

P - Comme j'étais malade d'une infection et le docteur m'a dit : « *tu ne peux pas encore tomber enceinte parce que tu prends des médicaments chimiques, donc tu ne peux pas être enceinte* ». Mais par hasard je suis tombée enceinte et quand... quand j'ai continué à prendre les pastilles, alors j'ai commencé à avoir des douleurs d'estomac. Et donc je suis allée consulter et on m'a dit que j'étais enceinte et que donc je devais arrêter la pastille et il m'a donné un autre médicament. Mais pas le choix je suis restée comme ça, qu'est ce que je pouvais faire ? Et j'ai eu mon fils.

Comme Petra, plusieurs femmes se plaignent ainsi d'être tombées enceintes alors qu'elles utilisaient un vaccin ou un médicament qu'elles identifiaient comme un contraceptif, notamment en raison de leur dénomination et du mode de prise, alors que ce n'en était pas un. Et ce phénomène se retrouve aussi à l'inverse. Ainsi, on relève également des critiques sur les vaccins ou les médicaments injectés, identifiés comme ayant une dimension contraceptive, et qui pourraient potentiellement rendre stériles les femmes et enfants à qui on les administre. Cela peut aussi s'expliquer par la perméabilité entre les dispositifs de santé reproductive et ceux de planification familiale, organisée institutionnellement dans un objectif de captation des patientes pour la contraception médicalisée (Ch5-III-1). Mais aussi, par les liens que les femmes opèrent entre leur infertilité et les problèmes de santé sexuelle et reproductive qu'elles rencontrent (Ch9-IV).

1.2 « L'opération »

Ces confusions liées à l'utilisation d'un même mot pour désigner plusieurs prestations sanitaires différentes se manifestent de façon récurrente à travers l'utilisation du seul terme « *opération* » pour désigner à la fois la stérilisation, la césarienne et la pose de l'implant ou du stérilet, voire toute autre opération réalisée en structure médicale.

Ofelia - Huehuetenango - 18 ans - q'anjob'al
- 22 février 2013 -

Ofelia suit des études d'aide-soignante. En parlant des stérilisations dans sa communauté, je lui demande si elle a entendu parler de femmes qui ont été opérées alors qu'elles ne le souhaitaient pas. Elle me dit non, puis en réfléchissant elle ajoute : « *seulement en cas d'urgence* ». Elle m'explique alors que certaines femmes ont été opérées quand elles ou leur bébé étaient susceptibles de mourir. Elle me dit que les femmes ne sont pas toujours d'accord mais elles sont opérées même si elles ne veulent pas car c'est pour les sauver. D'après elle, c'est une situation assez fréquente, elle parvient à citer une dizaine de cas. Elle détaille l'exemple d'une voisine qu'ils ont du opérer pour un cas d'urgence à la naissance de son premier bébé. Elle me dit « *mais finalement elle en a quand même eu un autre après ! Et ils l'ont encore opéré ! Je ne pense pas qu'elle en aura encore, mais qui sait... peut-être qu'ils vont encore l'opérer !* (rire) ». Je demande alors à Ofelia ce que c'est pour elle exactement l'opération. Elle répond : « *ça je l'ai appris en formation, c'est quand on coupe les... des conduits que les femmes ont dans la matrice je me rappelle plus le nom de ces conduits* ».

**Faustila - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam - Interprète R.
- 15 avril 2014 -**

A - Tu connais des femmes qui ont été opérées pour ne plus avoir de famille ?

R - *traduit en mam*

F - Oui

A - Et quelles sont les raisons pour lesquelles elles disent l'avoir fait ?

R et F - *parlent en mam*

R - Elle dit qu'en fait on les a opérées parce que des fois elles ne peuvent pas accoucher normalement à la maison, parce que c'est difficile. Ou des fois elles pouvaient mourir. C'est pour ça qu'on les opère pour qu'elles n'aient plus d'enfants, c'est quand il y a des difficultés pour que les bébés naissent.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Santa Eulalia
- 24 avril 2013 -**

Dans le groupe des femmes qui attendent pour la stérilisation, une des patientes raconte quelque chose en q'anjob'al aux autres qui réagissent de manière perplexe. J'interroge une patiente avec qui je discute depuis un moment sur ce que la patiente est en train de raconter. Elle me répond : « *elle raconte qu'elle est déjà opérée* ». Au bout de trois fois où je lui demande si elle est vraiment sûre, elle me dit « *oui, elle dit qu'elle a eu une opération pour sortir son bébé parce qu'il avait un problème* ». La patiente qui raconte en fait sa césarienne explique alors qu'elle a été opérée, mais qu'elle s'est aperçue que ce n'était pas une opération d'« *une bonne fois pour toutes* » parce qu'elle a eu d'autres enfants après.

Comme pour le mot « vaccin », l'utilisation indifférenciée du terme « *opération* » va bien au-delà de la simple incertitude de savoir à quelle prestation se réfère un mot qui englobe plusieurs prestations clairement distinctes. La dimension contraceptive, voire stérilisante, de prestations telles qu'une césarienne se manifeste visiblement dans les représentations que les personnes enquêtées en ont. Il faut dire que les femmes qui se rendent à l'hôpital pour une césarienne alors qu'elles ont déjà plusieurs enfants sont particulièrement ciblées pour qu'une stérilisation soit réalisée conjointement à cette césarienne. Certaines femmes témoignent de stérilisations réalisées sur elles à leur insu lors d'une césarienne ou d'une opération de l'appendicite. D'autres évoquent simplement la crainte qu'elles ont eue d'être stérilisées lors d'une opération d'autre sorte à laquelle il a fallu se résoudre.

Pour distinguer les différentes interventions contraceptives, l'ajout d'un terme après « *opération* », faisant référence à l'emplacement, à la forme ou à la durée, aide parfois la patiente à préciser la prestation à laquelle elle se réfère.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 14 mai 2014 -**

Une jeune femme se présente « *pour l'opération* ». Yadiel lui répond qu'il n'y a pas d'opération aujourd'hui et qu'elle doit revenir le 10 juillet. Surprise, elle demande : « *mais ces femmes qui attendent ?* ». Yadiel : « *elles attendent pour l'implant dans le bras* ». La jeune femme rétorque : « *oui, c'est ça que je veux* ». Juste après, une autre femme dit qu'elle « *veut l'opération* ». Yadiel lui répond : « *il n'y a pas d'opération* ». La femme : « *mais dans le bras* ».

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam

- 21 juin 2014 -

G - On m'a raconté qu'il y a maintenant une autre méthode : une opération dans le bras. Mais je ne sais pas comment... Je veux essayer ça (*sous-entendu sur sa femme*), ou une opération dans l'estomac. Je ne sais pas ce que ça peut donner dans le bras mais des amies de ma femme ont raconté qu'elles ont fait ça, qu'on les a opérées dans le bras, mais... pour une ça n'a pas bien été, parce que ça lui fait mal, ça lui fait mal là dans le bras. Elle l'a toujours mais le bras lui fait mal. Je ne sais pas s'ils n'ont pas bien fait l'opération, je ne sais même pas comment est cette opération. Ça dure 5 ou 10 ans, c'est ce qu'on m'a dit.

Généralement, la stérilisation et l'implant, tous deux désignés sous le terme d'« *opération* », sont alors différenciés par l'agrément « *opération du bras* » ou « *opération du ventre/de l'estomac* » en fonction de la méthode que les patientes souhaitent désigner. Ce qui semble alors faire principalement la distinction entre ces deux méthodes aux yeux des femmes, c'est la localisation de la partie du corps que va concerner la pose de ces méthodes. Une seconde manière de les différencier se matérialise dans la durée attribuée à chacune des méthodes.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Ildefonso Ixtahuacán

- 14 mai 2013 -

Renato, l'éducateur d'Aprofam demande individuellement à des femmes dans le hall du centre de santé la prestation qu'elles souhaitent. J'en entends plusieurs répondre « *l'opération* ». Renato leur distribue les numéros pour la stérilisation et les regroupe. Suite à un commentaire ambigu de l'une d'elles sur la nature définitive de l'opération, il vérifie : « *vous venez toutes pour l'opération ?* ». L'une répond : « *oui pour l'opération* », d'autres acquiescent. Toujours dans le doute, Renato insiste auprès de la plus jeune : « *pour quelle opération ?* ». Elle répond « *pour l'opération de cinq ans* ». Renato décide alors de solliciter un traducteur pour vérifier en détail auprès de chacune d'elles. Il se rend compte que certaines sont ici car elles souhaitent qu'on leur pose un stérilet, d'autres attendent juste d'être reçues en consultation médicale du centre de santé. Une nouvelle patiente arrive. Renato lui demande « *vous voulez la T ?* » (Manière la plus courante de désigner le stérilet en raison de sa forme). Elle répond « *oui* ». Renato pense à préciser « *la T en cuivre ?* », la patiente répond : « *oui, celle du bras* ». Il lui explique alors quelques différences entre l'implant et le stérilet.

Lorsque les patientes doivent préciser à la fois la durée et l'emplacement, on s'aperçoit régulièrement qu'il persiste un certain nombre d'ambiguïtés sur la méthode contraceptive qu'elles souhaitent. Lors de ces épisodes confus où elles doivent repréciser la méthode contraceptive à laquelle elles font référence, elles se retrouvent finalement mieux informées et changent même d'avis sur le choix qu'elles avaient initialement prévu à partir du peu de données qu'elles avaient.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Ildefonso Ixtahuacán

- 14 mai 2013 -

J'interroge l'aide-soignante Jaylin sur les confusions liées à l'utilisation du terme « *opération* ». Jaylin : « *ce qu'il se passe c'est que les patientes confondent le Jadelle (l'implant) avec l'opération. Tout à l'heure, on leur a demandé de préciser parce qu'on s'est aperçu qu'elles ne voulaient pas l'opération mais le Jadelle. Alors elles ont commencé à demander quelles méthodes pour quelles durées, et elles ont finalement choisi la T parce que ça leur convenait mieux* ».

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.

- 12 avril 2014 -

D - Elle dit : « *dans le poste de santé, quand je vais pour mon bébé, ils me demandent si je veux utiliser l'injection ou une opération. Ils demandent aux personnes si elles veulent avoir moins d'enfants. Ça dépend si elles veulent les enfants avec trois ans de différence, cinq ans... Ou pour dix ans, elles peuvent utiliser la T de cuivre, mais on l'introduit dans le bras* ».

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango

- 25 février 2013 -

La patiente qui est inscrite pour être stérilisée aujourd'hui s'appelle Melia. Elle a 33 ans, porte le *traje* et parle assez bien l'espagnol. Elle me demande : « *c'est bien une opération pour ne plus avoir d'enfants d'un coup ?* ». J'acquiesce. Elle me raconte que ce sont des gens qui sont venus dans sa communauté informer de la possibilité de « *s'opérer du bras, s'opérer avec la T de cuivre...* ». Elle me dit qu'elle ne veut plus d'enfants parce qu'elle en a déjà assez. [...] Melia redemande à Evi : « *une question, c'est l'opération d'une fois pour toutes ?* » Evi répond : « *oui une bonne fois pour toutes !* ». Elle a signé la veille le consentement qui le stipule bien sans le lire ou qu'on le lui lise. [...] Je demande à Melia comment elle se sent. Elle me dit qu'elle a un peu peur parce qu'elle ne sais pas quand, comment et où on va l'opérer.


Si la distinction entre les « *opérations* » se fait souvent en fonction de l'endroit du corps, le choix final dépend plutôt de la durée des méthodes contraceptives. Ainsi, quand les femmes hésitent, elles privilégient l'information qu'elles possèdent sur la durée de la méthode, plutôt que sur le procédé de pose ou le mode de fonctionnement. Elles ignorent par exemple tout de la question hormonale. À chaque prestation de l'ONG Aprofam, on observe ainsi la formulation de souhaits équivoques concernant les demandes « *d'opération* » des patientes. Si les prestataires d'Aprofam les interprètent généralement comme une marque du manque d'ignorance dans le champ du savoir, il est également possible de l'interpréter comme le signe d'un manque de décision affirmée dans le choix d'une méthode ou d'une autre en raison des informations approximatives qu'on leur a fournies.

Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango

- 8 mars 2013 -

L'avant-veille à San Rafael Petzal, deux jeunes femmes étaient arrivées trop tard en demandant « *l'opération* ». Après plusieurs échanges on s'était aperçu qu'elles voulaient encore des enfants. Il leur avait été proposé de se rendre aujourd'hui à la clinique Aprofam pour qu'on leur pose l'implant. Mais aujourd'hui c'est encore la même incompréhension sur « *l'opération* » qu'elles souhaitent. Elles lèvent le doigt quand Renato demande : « *qui est là pour l'opération pour ne plus avoir de famille* ». Finalement on m'apprend que l'on a stérilisé l'une des deux. Je me demande si cela est arrivé dans la confusion, car deux jours avant elle exprimait clairement vouloir encore des enfants dans le futur.

La manière dont le vocabulaire va jouer dans les représentations des méthodes contraceptives provient parfois des institutions qui produisent des éléments de langage chez les personnels, notamment dans les supports informatifs ou administratifs. Par exemple, sur l'affiche qui annonce les *jornadas* d'Aprofam, il est proposé des prestations « *d'opérations : méthodes permanentes* » et de « *méthodes temporaires* ». Cet affichage est potentiellement sujet à confusion.

Jornadas  **APROFAM**

Para hombres y mujeres que ya no desean tener más hijos

OPERACIONES Métodos Permanentes	
Laparoscopia Operación de la mujer	Vasectomía Operación del hombre
<i>Gratis</i>	
MÉTODOS TEMPORALES	
Implante Subdérmico	T de Cobre Intrauterino
<i>Gratis</i>	
OTROS SERVICIOS	
Papanicolaou Especúlo desechable	Venta de: Medicamentos y Métodos de Planificación Familiar
Fecha	Hora
<i>26 y 27 de Febrero</i>	<i>8:00 AM</i>
Dirección	
<i>Centro de Salud Solora</i>	
Requisito indispensable: Presentar Cédula de Vecindad o DPI	
Mujeres interesadas en operación, presentarse en ayunas	
Información:	<i>59940848</i>

Affiche prestations unité mobile Aprofam

De même, avant une stérilisation, la gynécologue demande aux patientes si elles ont « *déjà subi une opération par le passé* », car cette question figure sur la fiche de renseignement du dossier médical. Chaque fois que cette question est posée, les patientes se trouvent perplexes et donnent des réponses incohérentes. La gynécologue identifie cette situation comme un problème, cependant, elle continue de poser sa question de cette manière, et de désigner la stérilisation par le terme « *l'opération* ».

1.3 Le transfert du vocabulaire des professionnel·le·s

Comme on peut le voir dans les extraits d'observation cités précédemment, le terme couramment utilisé par les personnels de santé pour désigner la stérilisation féminine auprès des patientes est « *l'opération* ». Entre eux ou avec l'institution, ils préfèrent le terme « *AQV* » (anti-conception chirurgicale volontaire). Il existe ainsi des termes appartenant au langage institutionnel et scientifique qui n'ont pas cours dans le langage ordinaire chez la plupart des femmes enquêtées, y compris chez celles qui fréquentent même régulièrement les structures de soins spécialisées⁴. Cela s'explique donc en grande partie par les ajustements de langage des professionnel·le·s de santé en fonction des patientes. Pour les injections hormonales de Depo-provera, ils/elles utilisent systématiquement le terme « *l'injection* » avec les patientes identifiées indigènes ou peu alphabétisées. Pourtant, entre personnels, le terme utilisé est « *la Depo* ». Ce terme est aussi utilisé avec des patientes dont on présume un capital culturel plus élevé, même si la plupart du temps elles ne l'ont pas intégré à leur vocabulaire.

4. Lemonnier.

**Observation service de planification familiale, C.A.P de Todos Santos
- 18 juin 2014 -**

J'observe la manière très cordiale dont est reçue une patiente *ladina* qui consulte pour une contraception. Elle occupe apparemment un poste de secrétariat dans une administration de Todos Santos. L'aide-soignante lui conseille de faire attention à son poids. Elle lui dit : « *la Depo peut causer des problèmes de diabète ou artériels en cas de surpoids* ». J'ai l'impression que la patiente n'a pas compris à quoi se référait l'aide-soignante.

En fonction des termes que l'on présume maîtrisés par telle ou telle catégorie de patientes, ou par le personnel médical, le vocabulaire employé par les professionnel·le·s va varier, négligeant souvent le souci de précision. En effet, cela entraîne, comme on l'a vu, des représentations imprécises de la part des patientes peu informées qui ne se confrontent qu'à des termes génériques et globalisant pour évoquer des prestations médicales bien différentes. Mais aussi cela entraîne des imprécisions auprès des patientes et des professionnel·le·s de santé censé·e·s maîtriser les termes plus précis alors que ce n'est pas toujours le cas, mais qui n'osent pas toujours exprimer leurs doutes sur la signification du terme employé, telle que l'utilisation du terme « *la Depo* ».

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Ixtahuacán
- 5 mars 2013 -**

La première élève aide-soignante s'installe pour qu'on lui pose l'implant, les autres élèves aides-soignantes demandent combien de temps dure l'implantation à Jaylin qui leur répond « *cinq minutes* ». Elles semblent toutes très surprises, l'une d'entre elle s'exclame « *Ah! Moi je pensais que c'était une opération!* ».

**Lic Sabrina - Directrice SEPREM Huehuetenango - 35 ans - mam
- 15 octobre 2012 -**

La licenciée Sabrina veut me parler de l'implant mais elle ne se rappelle visiblement plus le nom, ce qui semble la gêner. Son assistante dit « *c'est le DIU!* ». Sabrina répond négativement. Je propose : « *le Jadelle?* ». Elle s'exclame : « *oui oui!* ». Elle ajoute « *le DIU c'est la T en cuivre* ». L'assistante semble à présent très gênée de s'être trompée de terme.

Ainsi lorsque des professionnel·le·s parlent à certaines patientes ou collègues de « *DIU* », « *d'AQV* », de « *Jadelle* », de « *Depo-provera* », de « *Microgynon* » (pilule), etc., les références ne sont pas toujours comprises, sans qu'il soit vraiment possible d'exprimer sa méconnaissance face à ce vocabulaire, de crainte d'être considérée avec la même ignorance que les patientes auxquelles on adresse les termes génériques. La maîtrise de registres terminologiques de la planification familiale, et particulièrement le vocabulaire utilisé par les institutions médicales, signifie des places sociales. Les éléments de langage indiquent en ce sens le degré de proximité supposé avec le champ du savoir médical. La valorisation sociale du degré d'expertise en matière de techniques, de diagnostic et d'options thérapeutiques renvoie alors aux processus de classe à l'œuvre dans la société guatémaltèque⁵. Aussi, si les professionnel·le·s manient les différents registres de vocabulaire, ils les appliquent sur la base des représentations qu'ils ont de la place de chacune des patientes dans l'échelle du savoir. C'est pourquoi, ils considèrent automatiquement qu'une patiente indigène parle d'injection contraceptive hormonale lorsqu'elle demande « *un vaccin* » et de stérilisation lorsqu'elle demande « *une opération* ». Les professionnel·le·s

5. Sanabria, « Pourquoi saigner? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) ».

s'adaptent au vocabulaire utilisé par les patientes au point de l'employer préventivement, et reproduisent ainsi des imprécisions et approximations.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Gaspar Ixchil
- 7 mars 2013 -**

Deux femmes attendent dans le hall du poste de santé. Le gynécologue leur demande si elles viennent « *pour l'opération* ». Elles hochent la tête positivement. Pressentant qu'elles acquiescent sans comprendre, il appelle Jaylin pour qu'elle se renseigne en mam sur la prestation souhaitée. Après un bref échange, Jaylin explique que « *l'une vient bien pour une AQV* » et la seconde « *vient pour se faire laver sa matrice* ». Jaylin lui dit que c'est quelque chose qu'ils ne font pas et qu'elle devrait sûrement le faire à l'Hôpital de Huehuetenango et pas dans le poste de santé de San Gaspar. Elle s'en va. Un peu plus tard, je demande à Jaylin ce que signifie « *se faire laver la matrice* ». Elle répond qu'elle ne sait pas en fait et demande à l'autre aide-soignante si elle a une idée de ce que la dame a voulu dire par là. La seconde aide-soignante dit « *je sais pas, un frottis peut-être* ».

Ainsi, de la même manière, les professionnel·le·s identifient souvent de possibles confusions chez les femmes les moins informées mais ne les rectifient pas quand ils considèrent que l'enjeu est moindre, concluant que ces éléments de langage sont adaptés à leur niveau de savoir. Ce vocabulaire imprécis employé, et souvent non-rectifié par les professionnel·le·s, entretient un rapport opaque et incompréhensible aux méthodes contraceptives, par les représentations floues et équivoques que les femmes en ont, et le peu de compléments informatifs qu'elles obtiennent.



Pose d'implant contraceptif (photo prise par un personnel d'Aprofam)

2 Des idées approximatives ou fausses de la contraception ?

2.1 Des représentations issues des professionnel·le·s ?

Dans le corpus d'enquête, les non-rectifications de représentations dites « *fausses* » constituent la manifestation la plus courante et évidente de renforcement des « *rumeurs négatives* » par les professionnel·le·s eux/elles-mêmes que j'ai pu directement observer.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 11 juin 2013 -**

Une patiente était venue pour le DIU, mais en écoutant la *plática* pour l'implant (appelé « Jadelle ») elle change d'avis. Elle dit à Jaylin « *plutôt le Jadelle, c'est mieux parce que la T ça donne plein de boutons dans la matrice* ». Jaylin se contente de répondre « *d'accord* » et elle l'inscrit pour l'implant.

J'ai ainsi pu observer que les professionnel-le-s ne rectifient une représentation « *fausse* » uniquement s'il y a un enjeu identifiable du point de vue des objectifs qu'ils doivent atteindre. Par exemple, dans le cas où une patiente se rend à une consultation en expliquant qu'elle hésite entre se faire poser un implant ou se faire stériliser, parce qu'on lui a dit que « *les implants donnent des cancers du bras* » et que « *l'opération provoque de fortes fatigues* » et une faiblesse physique continue qui « *l'empêcherait de travailler* ». Si le/la professionnel-le qui la reçoit considère qu'elle a déjà assez d'enfants et qu'il vaut donc mieux qu'elle soit opérée, il l'orientera directement vers ce choix. Pour cela, il ne rétablira que la représentation « *faussée* » de la stérilisation, en expliquant par exemple que les fatigues ne seront que passagères. Ce personnel laissera ainsi planer le doute sur la possibilité de développer un cancer par une pose d'implant, ce qui encourage d'autant plus la patiente à préférer la stérilisation. De ce fait, non seulement la/le professionnel-le informera mieux les personnes que l'on pourrait considérer comme étant susceptibles d'avoir un meilleur accès à l'information (hispanophones, alphabétisées, niveau scolaire relativement haut, vivant dans une zone plutôt urbaine...), mais surtout il ne rectifiera pas les confusions récurrentes sur la planification médicalisée formulées par les patientes ayant le moins accès à l'information (Ch7-I-1).

Parfois, j'ai pu observer des situations où l'information donnée pouvait clairement être sujette à une interprétation faussée, comme ici celle donnée par le Dr Ricardo :

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Ixtahuacán
- 5 mars 2013 -**

La secrétaire du poste de santé dit qu'elle avait une T et qu'elle ne l'a pas supportée. Elle l'a enlevé au bout de six mois. Elle demande si cela sera différent avec l'implant puisque c'est hormonal. Le Dr Ricardo répond « *effectivement c'est pas pareil, le problème avec la T c'est que c'est un corps externe, c'est pour ça que ça passe mal* ».

Lorsque le Dr Ricardo met un DIU à une patiente en lui disant « *il ne faut pas pousser parce que la T peut partir* », sans préciser que cela vaut simplement pour le moment de pose du DIU, les patientes partent souvent avec l'idée que le DIU peut s'expulser facilement même après la pose. J'ai rarement observé des situations où les professionnel-le-s diffusaient intentionnellement des représentations définies par eux/elles-mêmes comme des « *rumours négatives* ». Cependant, dans le corpus d'entretiens, il arrive souvent que des personnes témoignent d'informations « *fausses* » mais très précises données par ces mêmes professionnel-le-s, au-delà donc de simples non-rectifications.

**Alina - Festival Yalambojoch - 40 ans - *ladina* de San Marcos
- 23 septembre 2012 -**

Elle m'explique qu'elle n'était pas au courant qu'il y avait d'autres méthodes contraceptives au moment où elle a été stérilisée. Si elle avait su elle ne se serait pas opérée car elle voudrait avoir un autre enfant maintenant. Elle me dit qu'elle aimerait faire l'opération inversée à Aprofam, mais elle n'a pas l'argent car cela coûte 4000 quetzales (400 euros). Je lui demande si elle est sûre que c'est possible. Elle me répond oui, très assurée, car elle sait ça de source Aprofam (en réalité la recanalisation est difficile à obtenir, extrêmement coûteuse, et elle fonctionne très rarement).

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam

- 21 juin 2014 -

G - Les injections on va arrêter. C'est mieux si on fait l'opération à la naissance du troisième... trois ça suffit.

A - Et si après vous voulez avoir un autre enfant ?

G - Et bien on enlèvera l'opération. C'est ce qu'on pense faire parce que l'opération ça dure, et donc on n'a pas à se préoccuper de ça tous les trois mois..

A - Mais l'opération c'est pour toujours...

G - Non, l'opération ils ont dit que quand on veut encore avoir un autre enfant, je ne sais pas comment, on l'enlève une autre fois, mais oui on peut en avoir.

A - Qui t'a dit ça ?

G - À Aprofam ils m'ont dit ça.

Ces informations fausses mais retranscrites précisément et assurément dans les entretiens concernent souvent le caractère réversible de la stérilisation. Or, les personnes interrogées, qui croient au caractère réversible de la stérilisation, tiennent toujours cette information d'un personnel de santé. Que ce soit un problème de communication, d'interprétation ou un mensonge délibéré, il est difficile de le savoir. On peut toutefois remarquer que cette certitude du caractère réversible de la stérilisation renforce la décision de certaines femmes à penser y avoir recours. De nombreuses croyances telles que le caractère réversible de la stérilisation orientent ainsi le choix contraceptif des femmes vers les méthodes durables et définitives.

Mon interprète E. estime que les personnels de santé fournissent de manière délibérée des informations fausses pour encourager le développement de certaines de ces croyances. Lors d'une série d'entretiens menés avec elle, nous écoutons plusieurs fois des informations contradictoires sur l'injection que les personnels de santé auraient dispensés. Elle me dit alors qu'elle s'avoue dérangée et un peu en colère contre les informations contradictoires données par les personnels médicaux. Elle prend l'exemple d'un médecin qui vante l'injection aux patientes qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives. Au bout de quelques temps, il dit parfois aux mêmes patientes que l'injection « *brûle le sang* » pour qu'elles arrêtent de l'utiliser et adoptent un autre contraceptif à la place. Elle raconte qu'une femme de la communauté est morte cette année et que le médecin qui est venu la voir a dit que c'était à cause de l'injection.

Rebeca - Huehuetenango - étudiante instit - 18 ans - mam de Todos Santos

- 30 mars 2014 -

Rebeca me raconte une formation Aprofam qu'on lui a dispensée à l'école cette semaine.

R - Ils ont dit que quand les hommes sont ivres et ont des relations sexuelles avec leurs femmes, les enfants ne naissent pas normaux... des fois ils naissent avec un œil fermé, ou un bras tordu, ou ils ne peuvent pas bien marcher.

A - Qui a dit ça ?

R - L'infirmière d'Aprofam, bon je sais pas si elle était infirmière ou je ne sais pas quoi [...] Ils ont dit aussi que ça pouvait arriver quand les hommes battent leurs femmes enceintes dans le ventre. Et aussi quand les femmes ont une maladie comme un virus ou le VIH, et aussi qu'elles le transmettaient au bébé.

En proposant la lecture de cet extrait d'entretien aux éducateurs d'Aprofam, ils admettent que l'attitude de leur collègue est certainement maladroite, mais qu'elle est utile pour lutter contre la violence domestique et l'alcoolisme, en agissant sur les représentations et les peurs des jeunes à propos de la santé reproductive. Lorsque les professionnel-le-s médicaux sont interpellé-e-s par les patientes ou moi-même sur une information erronée transmise par leurs

collègues, les réactions varient en fonction du statut du personnel concerné et de l'évaluation de l'intérêt de transmettre une telle information. Ainsi, s'il s'agit d'une fausse information qui agirait « positivement » sur les croyances, c'est à dire dans le sens des demandes institutionnelles ou du « bien collectif », le mensonge sera considéré éthiquement légitime, et souvent non démenti. *A contrario*, si la fausse information transmise semble ne représenter aucun objectif intéressé et si c'est un médecin ou un-e infirmier-e qui l'a diffusée, il est estimé que la patiente s'est trompée dans ce qu'elle a entendu (ou parfois qu'elle ment). Dans le même cas, s'il s'agit d'une diffusion mensongère impliquant un-e aide-soignant-e ou un autre personnel statutairement bas dans la hiérarchie médicale, il est estimé que c'est une grave erreur professionnelle due à l'incompétence de ce personnel ou à ses convictions religieuses.

2.2 Dé-ligaturer

L'idée que la ligature est réversible cohabite souvent avec l'idée qu'elle n'est pas fiable. La ligature est ainsi rarement considérée par les personnes interrogées comme une méthode qui sera définitive.

Mari - Guatemala CD - 55 ans - *ladina* - 28 septembre 2012 -

Mari m'explique qu'elle dit sans arrêt à ses filles de se faire opérer : « *l'une d'entre elles a été opérée à 23 ans, après avoir eu trois enfants* ». Elle trouve ça très bien mais se plaint que la seconde n'écoute pas cette recommandation. Elle ne comprend pas pourquoi, puisque si elle change d'avis « *elle aura juste à faire l'opération inversée en détachant l'opération* ».

Dans ce cas, le caractère non-définitif est considéré comme une bonne chose, mais cela est aussi envisagé comme une marque de faiblesse de cette contraception, qui laisse le doute qu'une nouvelle grossesse non-souhaitée puisse survenir par accident.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango - 11 juin 2013 -

Un des maris traduit une patiente qui affirme que « *passés dix ans, les petits anneaux (de la ligature) s'en vont et elles peuvent se retrouver encore enceinte* ». L'homme qui vient de traduire en profite pour demander si après ils peuvent « *enlever les anneaux* » s'ils veulent. La gynécologue répond : « *non, c'est définitif. Avec les bâtonnets on peut. Donc si vous voulez avoir plus d'enfants après, on vous met plutôt les bâtonnets et après vous pourrez les enlever pour en avoir plus* ».

Valeria - Santa Eulalia - Educatrice Aprofam - 32 ans - aguacatèque - 25 février 2013 -

Valeria, éducatrice d'Aprofam, me dit que des femmes stérilisées l'appellent très souvent « pour se recanaliser ».

V - Je leur réponds que ce n'est pas possible, qu'on peut le faire mais que ça marche très rarement et ça coûte beaucoup d'argent. Mais c'est vrai que beaucoup appellent pour demander ça.

A - Pourtant, dans les *pláticas*, vous insistez toujours sur le fait que c'est définitif. Comment tu expliques ça ?

V - Oui je ne sais pas vu qu'elles appellent souvent derrière pour demander ça. Je crois que c'est parce qu'elles ne se rendent pas compte, elles ne le prennent pas très au sérieux. Par exemple, elles ne viennent pas prédisposées, elles ne prennent pas en compte que c'est une opération.

Lors des *pláticas* d'Aprofam avant les stérilisations, la gynécologue montre un dessin de la ligature. Ce dessin est souvent désigné comme à l'origine de certaines inquiétudes ou mauvaises interprétations de la part des patientes qui y voient un possible retrait accidentel ou volontaire des anneaux de ligature. Certaines expriment qu'elles auraient préféré que les trompes soient plutôt coupées, comme cela se pratique au sein de la clinique Aprofam ou de l'Hôpital, pour davantage de sécurité d'après elles. D'autres font preuve à l'inverse d'un souhait de possible déligature. La crainte de se retrouver enceinte après une ligature ne se situe cependant pas toujours dans le risque que les anneaux tombent, elle est aussi dans l'incertitude d'avoir vraiment été opérées :

Observation à la maternité de l'Hôpital de Huehuetenango

- 1^{er} avril 2013 -

J'assiste à une discussion entre Evi, l'aide-soignante et une patiente :

Evi - combien avez-vous d'enfants ?

Patiente - Huit

E - Huit !! Et vous vous êtes opérée ?

P - Qui sait !

E - Vous l'avez demandé ?

P - Oui

E - Bon je vais regarder votre dossier et je vous dis ça

Un peu plus tard, une autre patiente vient dire à Evi qu'elle pense qu'elle s'est faite opérée mais qu'elle aimerait bien qu'on vérifie, parce qu'une autre femme avait demandé comme elle à ce qu'on l'opère à la naissance de son enfant et elle pensait que c'était bon mais elle est tombée enceinte deux ans plus tard [...]

Evi revient voir les deux patientes et leur dit qu'elles sont effectivement opérées.

Observation jornada Aprofam - C.A.P Colotenango

- 9 avril 2013 -

Une patiente demande au gynécologue comment elle peut savoir si elle est opérée ou non, quel examen elle peut faire pour vérifier. Elle dit qu'elle pense qu'elle a été opérée aux USA lors de la naissance de son enfant par césarienne, mais elle veut en avoir le cœur net. Je demande au gynécologue si ça arrive que des patientes viennent pour être opérées et qu'il se rende compte qu'elles le sont déjà. Il me dit que ça ne lui est jamais arrivé mais qu'assez régulièrement des personnes viennent en disant qu'elles ne sont pas sûres d'avoir déjà été opérées ou non. [...] Après avoir réalisé une vasectomie en dix minutes le gynécologue déclare au patient « ça y est, vous êtes opéré Don Osarias! ». Le patient lui répond « Peut-être! », le gynécologue « Comment ça peut-être! Oui, vous êtes opéré! ». Le patient rit un peu, il fait une petite moue pour exprimer qu'il n'en est pas convaincu.

2.3 La (dé)régulation des menstrues

L'incertitude d'avoir été opérée est souvent concomitante à l'absence de menstrue :

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango

- 25 février 2013 -

Une femme de 31 ans qui a 8 enfants se présente en consultation car on l'a opérée en novembre et n'a toujours pas « *vu ses règles* ». Elle pense qu'elle est enceinte. La gynécologue l'ausculte et lui dit simplement que c'est peut-être à cause du Depo-provera qu'elle s'injectait préalablement qu'elle n'a pas « *vu ses règles* ». Elle sort sans en savoir davantage.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Pedro Soloma
- 26 février 2013 -**

Une femme vient en disant qu'elle s'est faite opérée en août et son époux n'était pas là. Mais son époux est revenu et elle « *ne voit toujours pas ses règles* », elle demande si c'est normal. Le gynécologue lui dit de faire un test de grossesse si elle veut mais que c'est presque sûr qu'il n'y a pas de problèmes. Il lui dit de demander aux consultations si on peut lui donner un médicaments pour que ses règles reviennent.

Les femmes insistent souvent sur l'importance de « *voir les règles* » car cela constitue une technique d'auto-observation pour savoir si elles sont enceintes, mais aussi d'auto-observation en santé reproductive⁶. Or, les méthodes contraceptives viennent souvent contrarier l'écoulement habituel des règles, laissant perplexes les femmes sur leur état de santé et de fertilité :

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 22 février 2013 -**

Trois patientes *ladinas* attendent leur injection de Depo-provera. Je leur demande comment ça va avec leur injection. Elles me disent que ça leur provoque de forts maux de tête. L'une d'entre elles me demande si c'est vrai que ça fait des kystes de sang dans la matrice parce que les règles ne sont pas pareilles qu'avant. Elle me dit que beaucoup de gens disent ça.

**Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam
- 21 juin 2014 -**

G - On m'a dit qu'il y a un T en cuivre. Mais... les gens disent aussi que les femmes tombent malades avec ça.

A - De quoi elles tombent malades ?

G - Je ne sais pas, ça commence avec beaucoup beaucoup de menstruations, des fois plus d'une semaine...

**Martina - El Pajon, Todos Santos - 28 ans - mam
- 14 avril 2014 -**

M - Avant j'utilisais le contrôle. Mais quand j'utilisais cette injection j'étais maigre et... ça ne coulait pas. Et j'ai arrêté ce contrôle parce que j'avais sommeil, je ne mangeais rien, je n'avais pas envie de travailler.

A - Et combien de temps tu es restée avec ce contrôle ?

M - Au premier fils, je n'utilisais rien. Au second, j'ai utilisé le contrôle pendant quatre ans. Et au troisième, je n'utilise plus rien. Ils donnent seulement... une pastille, et ils disent que cette pastille est bien, mais qui sait (rire) !

A - Tu viens de commencer cette pastille ?

M - Oui, il me manque seulement trois pour terminer la tablette, je ne sais pas si ça va s'améliorer ou si ça va me donner sommeil, si je vais voir mes règles, je ne sais pas.

**Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

F - L'opération pour ne plus avoir de famille... Bon moi dans mon corps je n'aimerais pas faire cette opération. Parce que j'ai regardé, et ils attachent seulement les trompes de Fallope. Et qu'est ce qu'il se passe avec les ovules ? Les ovules doivent avoir un chemin pour sortir ! Ils doivent sortir ! Sinon ils s'accumulent au fur et à mesure ! C'est pour cela que sûrement ça devient un cancer. C'est ma façon de voir les choses, et ce qu'en disent beaucoup de femmes avec qui j'en ai discuté. Il y a aussi des femmes qui se sont retrouvées enceintes malgré cette opération.

6. Vinel, « Mémoires de sang ».

Ça laisse penser que si ça ne reste pas bien serré, et qu'un ovule sort elles se retrouvent enceintes. C'est arrivé à une femme à côté. Et une autre femme a eu une grossesse extra-utérine. Donc, elle n'a pas pu réussir cette grossesse et en même temps elle avait le sentiment d'avoir porté un bébé... Et c'est à cause de cette opération.

Les femmes estiment souvent qu'il est important que leurs règles coulent régulièrement et dans une quantité suffisante, mais raisonnée, pour attester d'une bonne santé sexuelle et reproductive. Or la plupart des méthodes contraceptives viennent perturber les cycles menstruels, ce qui engendre un travail symbolique important, en raison des représentations locales associées au sang féminin, et plus spécifiquement au sang menstruel⁷.

**Observation d'un atelier de prise de conscience et de « guérison »
féministe, par et pour des femmes de la communauté mam d'Abalac
- 17 et 18 mars 2013 -**

Les *liderezas* qui animent l'atelier demandent aux femmes qui participent de lister les rumeurs utilisées depuis petites pour leur faire croire qu'elles valent moins que les hommes et qu'elles peuvent les salir. Les femmes citent des rumeurs que les *liderezas* écrivent sur le corps d'une jeune femme dessiné sur une immense feuille. Par exemple :

« *Tu ne peux pas t'asseoir dans le maïs parce que tu es sale, tu vas contaminer le maïs et rendre bêtes les hommes qui vont manger ce maïs* ». Elles disent que cette idée d'impureté et de saleté vient des fois de l'Église, surtout pour les règles. Elles énoncent d'autres rumeurs qu'elles entendent : « *les femmes qui ont leurs règles ça veut dire qu'elles ont eu des relations sexuelles avec les hommes* », « *elles puent* », « *elles sont sales* », « *elles sont mauvaises, elles ne doivent pas sortir* ».

**Observation atelier « sexualité » - Internat Ixmucané Huehuetenango
- 27 avril 2013 -**

Les filles disent que leurs mères répètent à propos des règles qu'elles « *ne doivent pas courir ou faire du sport* », « *que les plantes sèchent si on les touche ou si on marche au dessus* », que « *si une femme menstrue elle ne peut pas regarder une personne blessée sinon la personne ne guérit pas* ».

Chez les populations indigènes de Huehuetenango, comme dans nombre de sociétés, le sang menstruel est à la fois perçu comme dangereux et puissant⁸. Il existe cependant une cohabitation entre une représentation impure du sang menstruel, induisant un état pathologique du point de vue physiologique et psychologique, mais à la fois une perception de celui-ci comme un garant de l'équilibre féminin, une « saignée naturelle » indispensable à la bonne santé de la femme. Cette cohabitation renforce la perception de la femme comme une éternelle malade, soumise à son destin biologique⁹.

7. Buckley et Gottlieb, *Blood Magic*.

8. Douglas, *De la souillure*.

9. Le Naour et Valenti, « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque ».

**Observation atelier « sexualité » - Internat Ixmucané Huehuetenango
- 20 avril 2013 -**

Les filles qui participent à l'atelier racontent que leurs mères leur répètent qu'elles ne peuvent pas se laver quand elles menstruent. Elles disent que quand elles ont leurs règles elles se sentent « *tristes* », « *de mauvaise humeur* », « *elles ont mal aux ovaires ou aux reins* », « *elles sont fatiguées* ». Elles disent qu'elles se sentent malades, que les règles c'est comme une maladie. Amalia dit : « *il y a un autre mythe, mais je crois que c'est vrai parce que ma mère ça lui arrive, que quand nous avons la menstruation et que l'on fait un atol de elote (boisson chaude à base de maïs), il se rate. À ma mère ça lui arrive tout le temps* ». L'animatrice demande « *qui a inventé ces mythes ?* » Plusieurs filles répondent « *les hommes sûrement !* ». Elles rient.

**Paulina 17 ans - *ladina* · Heyli 19 ans - mam - Huehuetenango
- 17 avril 2013 -**

Paulina et Heyli, malgré leur différence ethnique (l'une est *ladina*, l'autre indigène mam), sont absolument d'accord sur le fait que « *les femmes qui n'ont pas de menstruation avec l'injection sont celles qui ont des maux de tête, des douleurs de ceinture. Celles qui ont toujours de la menstruation n'ont pas ces douleurs* ».

La régularité des règles est perçue comme un signe de bonne santé. Au contraire, la suppression de la menstruation est couramment perçue comme un signe pathologique ou porteur de pathologie, car cela accumulerait le sang dans le corps. Le corps est conçu comme un contenant qui peut être rempli ou vidé des fluides qu'il renferme¹⁰. Cette crainte d'une pléthore provoquée par les méthodes contraceptives influence considérablement, non seulement les pratiques et représentations contraceptives des femmes huehuetèques, mais aussi plus largement leurs représentations et pratiques en santé reproductive.

**Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

A - Et donc tu as arrêté la pastille parce que tu voulais avoir un autre enfant ?

Al - Oui je voulais mais je ne suis plus tombée enceinte...

A - Et qui t'a dit que c'était à cause des méthodes ?

Al - Parce que je suis allée faire une analyse. C'est là où on m'a dit que c'est encore l'effet des méthodes.

A - Où est-ce que tu as été faire l'analyse ?

Al - À Aprofam.

A - Et qu'a dit le médecin ?

Al - Ben il a dit ça. Il a dit : « *maintenant on va attendre un, deux, trois ans, pour voir si tu tombes enceinte* ». Et ils m'ont fait une radio, ils ont dit que j'avais des kystes dans la matrice à cause de ça, ils m'ont donné un traitement. Et après quatre mois, quand j'ai fini les pastilles, je suis retournée faire une radio. Ils m'ont dit que je n'avais plus rien. Je me suis dit à l'intérieur : « *alors pourquoi mes règles ne coulent pas normalement ?* » [...] Et alors maintenant je me rends compte, je ne sais pas pourquoi... que si je ne prends pas les pastilles, mes règles ne coulent pas, mais si je prends les pastilles elles coulent !

A - Tu prends la pastille actuellement ?

Al - Non, mais mes règles ne coulent pas. Jusqu'à ce que je prenne les pastilles, et elles commencent à couler.

10. Sanabria, « Pourquoi saigner ? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) ».

A - Mais quand est-ce que tu les prends ?

Al - Tous les trois mois je prends la pastille pour que mes règles coulent.

A - Quelqu'un t'a conseillé de faire ça ou c'est juste toi . . .

Al - Non non, c'est juste que je me suis mis ça dans la tête. Et encore c'est beaucoup de laisser trois mois je pense. Mais j'ai peur de prendre les pastilles chaque mois, et moi je veux être enceinte. Donc avant de prendre la pastille chaque trois mois, je fais un test de grossesse pour voir si je suis enceinte ou non. Et si je vois que je ne suis pas enceinte, je prends la pastille et mes règles coulent normalement. Je comprends pas ce que j'ai ! Qui sait ! (rire)

A - Et les médecins ont seulement dit que c'était pour les méthodes et rien de plus ?

Al - oui oui.

A - Et les kystes, ils ont dit que c'était pour les méthodes aussi ?

Al - Ben oui ils ont dit ça. Parce que l'injection provoque ces kystes ils ont dit. Et donc c'est pour ça que j'ai attrapé cette maladie dans la matrice.

A - Et donc cela fait deux ans que tu prends les pastilles tous les trois mois

Al - Non, j'ai commencé cette année. Parce qu'avant, ce que je faisais, c'est que je rentrais dans le *chuj*, le *temazcal*, et je me mettais dans la matrice une plante qui s'appelle *chichicasta*. Et ma matrice se réchauffait, tellement que c'est comme ça que mes règles coulaient.

A - Pareil qu'avec la pastille ?

Al - Pareil.

A - Et qui t'a parlé de ce remède ? La *comadrona* ? Ou toi-même tu le connaissais déjà ?

Al - Non, seulement ça m'est apparu mentalement. . . la manière de me soigner (rire)

A - Et tu continues de faire le *chuj* ?

Al - Oui toujours, mais à cause de ma vente (*elle vend de la nourriture sur la place du village*) je ne le fais plus trop. Je n'ai pas le temps de chauffer le *chuj*, je me lave plus qu'avec de l'eau tiède ! (rire) C'est pour cela que je prends les pastilles à la place.

L'importance accordée ici par Alma à l'écoulement de ses règles, et le lien qu'elle opère avec les échanges thermiques des flux menstruels, n'est pas sans rappeler les représentations qui sont à l'œuvre dans certaines sociétés, pour qui l'écoulement des règles représente un rééquilibrage du point de vue biologique et émotionnel¹¹. Les femmes enquêtées soulignent ainsi qu'il est essentiel que leurs règles s'écoulent. La rétention de sang est considérée pathologique, car il s'accumule, provoquant des gonflements¹². Cette perception donne du crédit à des rumeurs négatives dénoncées par les personnels sanitaires telles que « *les pastilles forment des poches de sang dans l'estomac* », « *l'implant provoque le cancer* » . . . Notons que pour de nombreuses personnes interrogées, l'idée de mythe ne renvoie pas directement au faux mais plutôt « *c'est comme une légende* », « *c'est une hypothèse* », « *c'est quelque chose qui n'est pas sûr* ».

Lors des *charlas* avant la pose d'implant, le Dr Ricardo, médecin dans l'unité mobile d'Aprofam évoque ces rumeurs. Il dit que l'implant peut avoir trois conséquences au niveau des règles. Tout d'abord, « *soit cela ne les modifie pas* ». Puis, « *soit il peut y avoir une aménorrhée : c'est quand il n'y a plus de règles* ». À ce moment, il fait parfois une blague sur le doute de savoir où est parti le sang : « *dans les pieds ? Dans les poumons ?* ». Il en profite pour rectifier la rumeur négative en affirmant que « *des gens disent qu'il s'accumule dans la matrice mais que ce n'est pas vrai* ». Enfin, il valorise le fait de ne plus avoir de règles pour des raisons de commodités et parce que « *cela permet de ne pas perdre de fer* ». Il enchaîne alors

11. Figueiredo-Biton, « Initiation sentimentale et sexuelle chez les Touaregs du Mali ».

12. Sanabria, « Pourquoi saigner ? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) ».

plus longuement sur le troisième effet, celui de la métrorragie, qui peut provoquer une anémie. Il donne alors des conseils de récupération du fer en cas de forts écoulements de règles.

Au sein des institutions on retrouve parfois l'idée que la menstruation est inutile et que sa suppression n'a aucune conséquence, voire apporte un confort nouveau. Cette idée est notamment influencée au niveau international par des campagnes de marketing de grands groupes pharmaceutiques¹³. Il existe donc un discours à connotation féministe, que les professionnel·le·s utilisent régulièrement face aux patientes, concernant la libération permise par le progrès des méthodes contraceptives modernes d'une condition biologique qui serait subie, « inscrite » dans le corps¹⁴. Selon Françoise Héritier, le caractère subi de l'écoulement de sang confère à la menstruation sa valence négative dans le rapport entre les sexes¹⁵. C'est pourquoi l'idée que cet écoulement devienne maîtrisable est aussi envisagée comme une avancée progressiste pour les femmes. Cependant, cette libération des inconvénients biologiques des menstrues, promue ponctuellement, reste faible dans le discours global observé. En effet, ces mêmes professionnel·le·s admettent le plus souvent, dans les entretiens informels, qu'ils trouvent préférable que les femmes conservent des règles régulières et en quantité suffisante. Ils ajoutent que la science n'a pas encore totalement tranché sur cette question, et donc « *si les règles peuvent couler c'est mieux* ». D'autant qu'ils constatent que les patientes adhèrent rarement à un discours de libération du carcan biologique et préfèrent voir leurs règles couler. Elles se plaignent d'ailleurs rarement de règles trop abondantes, même dans le cas d'une pose de stérilet. Aussi, si les professionnel·le·s essaient plutôt de trouver des solutions pour que les règles coulent ou pour rassurer les femmes sur le retour des règles, ils continuent pourtant de promouvoir les méthodes hormonales, même pour des patientes qui veulent changer ce type de méthode contraceptive car elles supportent mal l'aménorrhée. Pour la stérilisation féminine, la notification d'un retour de règles régulières est l'un des arguments fort qui convainc les patientes d'avoir recours à cette méthode.

Lorsque les patientes se font stériliser, la gynécologue dit à celles qui utilisent l'injection qu'elles ne doivent pas prendre la prochaine injection. Cependant, elle ne leur explique pas pour quelle raison. L'absence de clés de compréhension du fonctionnement des méthodes contraceptives et l'absence de tout suivi médical pousse les femmes à se baser uniquement sur l'auto-observation et sur l'échange d'expériences avec des personnes de leur entourage pour construire leurs propres analyses des méthodes contraceptives. Les rumeurs négatives émergent alors dans un contexte où le secteur médical n'apporte pas de réponse satisfaisante aux effets secondaires alloués aux méthodes contraceptives et réellement vécus par les femmes ou par des personnes de leur entourage : des aménorrhées au développement de cellules cancéreuses ou à une infertilité. Les femmes indigènes construisent alors leurs choix et leurs rapports aux méthodes contraceptives en grande partie en fonction de leurs propres expériences et expérimentations, et de celles des personnes proches de la communauté.

3 Les expériences comme support

Dans les entretiens, on observe que les représentations des femmes sur les méthodes contraceptives émergent d'expériences propres dans l'usage de ces méthodes, de discussions avec des femmes proches qui les ont utilisées, ou encore de rumeurs concernant des femmes de la communauté qui y auraient eu recours.

13. Sanabria.

14. Héritier, *Masculin-féminin*.

15. Héritier, *Masculin/Féminin II*.

3.1 Des représentations issues de ses propres expériences contraceptives

Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam
- 12 mai 2014 -

A - Tu n'es pas tombée enceinte de nouveau après ?

C - Je me contrôle. Parce que... quand mes filles sont arrivées très rapprochées, ça a été difficile ! J'ai dû demander du soutien parce que je ne savais pas vraiment ce qu'était la planification. Quand ma troisième fille est née, je ne savais même pas que ça existait... J'avais entendu qu'il existait des pastilles et tout ça mais... je ne savais même pas comment les appliquer.

A - Comment les as-tu connues ?

C - Surtout avec des amies qui le mentionnaient, mais je n'y ai jamais accordé de l'importance. Et quand mon autre fille est née, j'ai pris la décision, et j'ai demandé comment c'était. Mais ce que je vois c'est que la planification pour espacer les grossesses c'est bien, mais pour la santé, pour moi, ça me fait toujours du mal.

A - Qu'est-ce que ça te fait ?

C - Avec l'injection de trois mois, je suis de mauvaise humeur pendant les trois mois (rire). Ça me donne beaucoup de maux de tête, comme si j'étais enceinte, parce que parfois j'arrête même de manger, je n'ai pas envie de me lever le matin, j'ai envie de vomir pendant les trois mois. J'ai aussi changé de méthode, j'ai pris la pastille. Avec la pastille ça me va mais ça me donne vraiment sommeil. Je dors beaucoup avec la pastille.

Fréquemment, l'affirmation d'opinions et de choix dans la contraception naît du sentiment d'avoir expérimenté à la fois des effets secondaires de méthodes contraceptives et des grossesses non-planifiées. Les femmes se forment ainsi un avis non-seulement sur les méthodes contraceptives, mais plus largement sur la manière dont elles veulent et peuvent planifier les grossesses.

Margarita - Festival Yalambojoch - 24 ans - k'iche'
- 24 septembre 2012 -

Margarita me raconte qu'elle a utilisé une pilule pendant un temps. Elle lui allait bien mais elle était trop chère. Elle l'a changée et a beaucoup grossi. Elle a essayé l'implant qui lui a fait des effets secondaires horribles. Tous les moyens sont beaucoup trop chers selon elle, surtout la pilule. Parfois il lui est difficile de s'en procurer.

Giulia - Huehuetenango - Anthropologue italienne féministe
- 10 octobre 2012 -

G - Tu as raison les rumeurs ne sortent pas de nulle part. Déjà tu as bien vu, les moyens de contraception que donne l'État sont vieux, périmés et de mauvaise qualité. Quand je travaillais pour l'organisation de femmes mayas-ixiles, mes collègues de travail disaient qu'elles s'apercevaient que ces méthodes étaient mauvaises pour elles, parce qu'elles les avaient utilisées et qu'elles avaient constaté les effets.

Parfois elles s'enthousiasmaient pour une méthode dont elles avaient entendu parler en bien et elles allaient la demander. Par exemple, à un moment, elles ont toutes été se faire poser un T en cuivre. Mais suite à ça elles ont toutes beaucoup grossi. Et donc elles l'ont toutes enlevé. Après ça a été l'implant...

Les femmes utilisent généralement plusieurs méthodes contraceptives au cours de leur vie. Ces changements de moyens de contraception sont peu rythmés par les différents âges, comme c'est le cas dans d'autres sociétés. En France, par exemple, les trajectoires contraceptives sont

souvent marquées par l'usage de la pilule vers le début de la sexualité jusqu'à la première grossesse, et l'usage du stérilet au cuivre de la dernière grossesse à la ménopause¹⁶. Dans cette recherche menée à Huehuetenango, l'usage de méthodes contraceptives médicalisées commence après le premier accouchement. La prévalence dans le choix et l'usage de ces méthodes varie en fonction de nombreux critères, mais n'est pas vraiment rythmée par les étapes de vie reproductive. Une femme huehuetèque primipare ou multipare, quel que soit son âge, peut autant avoir recours à une pilule qu'à un stérilet, un implant ou une stérilisation.

Les changements de méthodes contraceptives se manifestent donc plutôt suite à l'expérimentation de grossesses non-planifiées ou d'effets secondaires, tels que le dérèglement des menstrues, la prise ou la perte de poids, l'apparition de maux de tête, de fatigues, de nausées, de douleurs. De plus, la nature des stocks disponibles dans les centres de santé ainsi que l'état des finances familiales vont déterminer, par exemple, le passage d'une méthode gratuite à une méthode payante, ou inversement. Enfin, la géographie familiale joue également un rôle important. La présence des femmes et/ou de leur conjoint dans les plantations, à la ville, dans la communauté, ou aux États-Unis va définir la pertinence contraceptive d'une méthode ou d'une autre, et provoquer parfois un changement de méthode.

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.
- 30 juin 2014 -

E - Elle dit qu'à un moment elle a décidé de tester une autre méthode et elle l'a dit à son mari : *« je veux essayer une autre méthode parce que ma menstruation ne coule pas »*. Elle dit que c'est parce que *« les autres femmes m'ont dit de faire attention : « Enlève-toi l'injection parce que quand ta menstruation va couler, elle sera comme une boule noire » et donc je me suis dit que je veux voir si ma menstruation va sortir comme ça ou non »*. Elle a pris la pastille, elle a vu que sa menstruation était normale et donc elle a continué avec l'injection. Elle dit : *« j'avais peur parce qu'à un moment on m'a dit que beaucoup de femmes étaient mortes, que beaucoup de femmes avaient vomi du sang. À la place de sortir le sang, elles le vomissent. Parce que comme elles ne menstruent pas donc tout s'accumule dans le corps »*. C'est ce que les gens lui ont dit. Donc c'est pour ça qu'elle a pris la pastille alors qu'elle prenait déjà l'injection depuis un moment. Mais comme tout a fonctionné, elle a repris l'injection jusqu'à présent. Mais elle dit que : *« qui sait si je vais avoir mal ou s'il va me passer quelque chose donc c'est pour ça que... parce que je ne veux plus d'enfants... c'est une décision qu'on a déjà pris mon époux et moi »*.

C et E - *parlent en mam*

E - Elle dit que quand elle a pris la pastille, elle voulait continuer avec ça. Le problème c'est que chaque fois qu'elle la prenait elle s'effondrait dans le lit, et elle avait mal ici et elle devait sans cesse masser là. Et comme elle avait de la gastrite [elle dit que] : *« ça me rendait la vie difficile, j'avais très mal à l'estomac. Quand j'ai enlevé la pastille j'ai préféré me remettre l'injection »*. C'est pour ça la difficulté, la brûlure qu'elle sentait en prenant la pastille tous les jours, ça empirait son estomac.

C - *parle en mam*

E - Elle dit qu'avec l'injection ça lui donne très sommeil mais ça ne lui fait pas mal. Mais elle sent que c'est bien l'injection qui lui donne envie de dormir tout le temps. Elle s'est demandée *« et si on m'opérait ? Si je faisais l'opération ? Mais j'ai peur »*. D'autres femmes lui ont raconté l'exemple de la dame qui s'est opérée et qui a quand même eu un bébé et donc [elle dit] : *« il vaut mieux que je reste avec l'injection, si je m'opère et que j'ai un autre enfant c'est pire ! »*.

16. Bajos et Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ».

A - Elle connaît quelqu'un qui est tombée enceinte avec l'injection ?

C et E - *parlent en mam*

E - Avec l'injection elle n'a jamais entendu parler d'une femme qui serait tombée enceinte, mais avec l'opération oui, une qui a fait l'opération et maintenant elle a son bébé.

Au-delà de tous les critères déjà cités, le discours de Carmela montre que les expériences de personnes proches et les représentations qui en émergent, peuvent également faire changer les femmes de méthodes contraceptives ou déterminer le choix d'une méthode sur une autre.



Groupe de jeunes filles indigènes

3.2 Des représentations issues des expériences des femmes les plus proches

Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam

- 12 mai 2014 -

C - Et donc j'ai au moins discuté avec mon conjoint et il a dit « *et maintenant qu'est-ce qu'on fait ?* ». C'est ce qu'il s'est demandé parce qu'il a mené la réflexion suivante : « *parce que t'opérer... il y a beaucoup de personnes qui ne s'en sortent pas bien* »...

A - Qui s'en sortent comment ?

C - Qui ne s'en sortent pas bien. C'est à dire qu'il reste toujours quelque chose... j'ai une amie là qui s'était faite opérer à Aprofam, mais depuis qu'elle est opérée elle a des douleurs aux jambes, elle ne peut plus rester debout très longtemps.

A - À cause de l'opération ?

C - Oui, elle dit que c'est pour avoir fait l'opération. Elle a vérifié avec un autre docteur que l'opération était bien, et on lui a dit que oui. Mais elle, elle sent que c'est à cause de l'opération qu'elle est comme ça, qu'elle ne peut plus marcher assez. Encore moins si elle porte quelque chose de lourd, elle ne peut pas le supporter car ça lui donne très vite des douleurs ici dans l'estomac. Et donc je suis allée parler avec elle et elle m'a dit : « *non, il ne vaut mieux pas que tu t'opères. Vous devriez trouver autre chose* ». Mon époux a alors dit : « *il vaudrait mieux que tu ne te t'opères pas* » et il a proposé que l'on trouve de l'aide pour voir comment planifier naturellement. Mais bon parce que lui il pense avoir un autre enfant, pour qu'on soit avec quatre enfants. C'est pour ça qu'il a dit ça... mais moi ça ne me plaît pas beaucoup de m'opérer non plus.

A - Toi tu en veux un autre... ?

C - Non ! Mais peut-être continuer avec la même chose, continuer à planifier. Mais l'opération ça ne me dit rien.

A - Et tu as entendu parler d'autres méthodes que les injections, la pastille ou l'opération ?

C - Non, tu vois. On m'a dit ce qui est naturel, mais je ne sais pas, je n'ai pas testé.

Pour exprimer un avis tranché sur une méthode contraceptive, les femmes manifestent souvent la nécessité de l'avoir testée. Cependant, elles portent aussi facilement un avis sur la base de l'expérience d'une sœur ou d'une amie. Elles accordent une confiance plus importante aux témoignages de femmes proches sur leurs expériences contraceptives, qu'aux discours de leur mari ou de toute autre personne, y compris des personnels de santé. Pour ces derniers, cela s'explique, entre autres, par la proximité ou la distance dans la façon de penser et de vivre le corps et les relations de soin. La distinction entre professionnel·le·s et patientes apparaît dans les mots, comme nous l'avons vu, mais aussi dans tout un ensemble de pratiques et de représentations marquées par une hiérarchie de savoirs, notamment entre les savoirs théoriques et empiriques. Ce décalage ne permet pas toujours de soutenir des rapports de confiance dans l'information théorique biomédicale qui va être donnée, quand l'expérience vécue par soi ou ses proches contredit cette information ¹⁷.

**Ofelia - Huehuetenango - 18 ans - q'anjob'al - étudiante aide-soignante
- 22 février 2013 -**

Ofelia me demande au bout de combien de temps on peut tomber enceinte quand on arrête l'injection. Elle me raconte que sa sœur prenait l'injection de trois mois depuis longtemps après la naissance de ses deux premiers enfants. Elle a arrêté de la prendre parce qu'elle voulait un autre enfant et elle est retombée enceinte au bout de quelques mois. Le bébé est né avec une malformation, il n'a qu'un seul doigt à une de ses mains. Selon sa sœur, c'est à cause de l'injection. Je lui demande pourquoi elle pense ça. Elle me dit que c'est l'explication qui paraît logique pour sa sœur, que c'est ce qu'elle ressent et qu'elle a observé. Maintenant elle prend la pilule, qu'elle obtient gratuitement au poste de santé, où des médecins en distribuent quand ils viennent les week-ends. Je lui demande si les médecins ont confirmé le fait que la malformation du bébé provenait de l'injection au moment où elle a demandé à changer de méthode. Ofelia me répond : « *ils ont dit que ce n'était pas dû à ça mais à... quelque chose de... génétique ou quelque chose comme ça* ». Je lui demande alors ce qu'elle en pense. Elle rit et me dit un peu gênée : « *moi je pense comme ma sœur pense... que peut-être c'est à cause de l'injection... c'est ce qu'elle elle sent* ».

17. Gautier, « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ».

Ofelia, qui suit pourtant une formation biomédicale, semble trouver fiable un auto-diagnostic de sa sœur sur les effets néfastes de l'injection, qui se base sur du « *ressenti* » et de « *l'observation* », alors même que celui-ci est réfuté par les médecins. Comme on l'a vu précédemment, les dispositions à penser le corps sous un regard biomédical, issues de la socialisation professionnelle des personnels de santé, ne sont pas partagées par la plupart des femmes indigènes. Loin d'une quelconque vision culturaliste, la perception des femmes est souvent pragmatique et répond à une logique de l'ordre du social. Elle est agie par des formes de rationalités découlant d'expériences vécues et façonnée par l'accès et le tri des sources d'informations. Silvia De Zordo écrit à propos des consultations gynécologiques au Brésil :

« *Les femmes sont considérées par le médecin non pas comme les sujets vivants d'une histoire, qui résulterait d'une expérience spécifique, corporelle et émotionnelle, toujours « en fieri » (en devenir), mais comme des corps inertes, un ensemble d'organes que l'on peut considérer séparément. Or, le point de vue médical se présente dans l'espace de la clinique comme étant dépositaire de La vérité sur le corps et la santé ; une vérité qu'on pense pouvoir atteindre en coupant toute relation avec la vie quotidienne de la patiente, avec son monde d'appartenance, ses relations affectives. De leur côté, les patientes adhèrent au monde et au corps offerts par le savoir scientifique seulement partiellement, tant est forte l'adhésion affective à leur monde d'appartenance, à leur famille, à leur quartier* »¹⁸.

Toutefois, on remarque que les femmes huehuetèques auprès de qui a été menée cette enquête témoignent souvent d'une démarche de recherche d'information auprès de différents acteurs, y compris médicaux (Ch10-I-2), pour comprendre un phénomène arrivé à elles-mêmes ou à une femme proche :

Observation formation *comadronas* - C.A.P San Rafael Pétzal - 6 mars 2013 -

Une *comadrona* vient voir Jaylin (l'aide-soignante mam d'Aprofam), l'infirmière et moi et nous raconte qu'une de ses filles, qui est aux États-Unis, utilisait l'injection de trois mois et qu'elle est tombée enceinte. Elle nous demande comment cela se fait. Elle nous interroge sur ce point plusieurs fois chacune. Puis elle nous demande s'il y a des injections de trois mois aux États-Unis. L'infirmière lui dit qu'aux États-Unis, les produits sont bons et fiables (laissant d'ailleurs sous-entendre qu'au Guatemala ce n'est pas le cas), et que sa fille a sûrement fait une erreur dans le jour d'injection. La *comadrona* acquiesce et part en disant quelque chose en mam à une collègue. Je demande à Jaylin ce que cette femme a chuchoté. Jaylin me traduit : « *elle a dit que sa fille ne se trompe jamais dans les jours d'injection* ».

Les réponses standardisées des personnels médicaux auxquelles se confrontent les patientes qui osent demander des explications suffisent rarement à satisfaire leur soif de comprendre un fait qu'elles ont observé chez elles-mêmes, chez leur amie, leur fille ou leur sœur. Elles adhèrent alors principalement aux explications de la femme concernée, qui se base sur une perception de l'ordre de l'auto-observation et du ressenti émotionnel et corporel. Ofelia, l'aide-soignante q'anjob'al m'expliquait que dans sa communauté les opérations « *pour ne plus avoir d'enfant* » se réalisaient systématiquement au moment de l'accouchement au centre de santé. Dans un extrait d'entretien cité plus haut, elle identifie bien en quoi consiste techniquement et anatomiquement la stérilisation « *c'est quand on coupe les... des conduits que les femmes ont dans la matrice je me rappelle plus le nom de ces conduits* ». Dans un même temps, elle rapproche la césarienne et la stérilisation car elle voit une dimension potentiellement stérilisante dans la

18. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

césarienne. Or, les femmes n'accouchent au centre de santé qu'en cas de complications, ce qui amène souvent à la réalisation de césarienne. D'autre part, il arrive très souvent que dans ces accouchements difficiles, l'émotion et la crainte soient assez élevées, au point de signer sous pression un consentement de stérilisation. C'est donc d'une manière pragmatique et non-fantasmée, qu'Ofelia observe que certaines femmes qui subissent une opération de césarienne lors de leur accouchement, ressortent stériles du centre de santé. Ce même pragmatisme m'est évoqué par Coralia et Claudia, deux Espagnoles qui vivent à Huehuetenango depuis quinze ans et fréquentent de nombreuses familles indigènes rurales. Coralia témoigne par exemple de l'ancrage pragmatique fondé à travers lequel les femmes indigènes construisent leur appréhension à accoucher dans les structures médicalisées :

**Coralia - Coord. internat et bourses ONG Ixmucané - 64 ans - espagnole
- 4 octobre 2012 -**

C - Ici, les moyens de contraception engendrent de très gros problèmes d'effets secondaires. Et aussi beaucoup de femmes qui les utilisent tombent enceintes malgré ça. [...] Et personne ne prend ça en considération. Les docteurs de Huehue sont tous racistes, ils prennent les Indigènes pour des idiots, des ignorants. C'est normal que les Indigènes soient méfiants des services de santé ! Dans les communautés, ils disent aussi que les hôpitaux c'est un endroit où les femmes qui viennent accoucher meurent. Et c'est vrai puisqu'elles y vont uniquement après avoir essayé toutes les autres solutions et que la situation est très grave. Et puis l'attention est très mauvaise pour les gens qui n'ont pas un billet à offrir pour qu'on s'occupe d'eux plus vite. Et donc oui, ils ont raison, de fait les femmes meurent régulièrement dans les hôpitaux. Une personne indigène qui dit que les femmes qui accouchent dans les hôpitaux meurent n'est pas ignorante, au contraire elle voit les choses. Mais les médecins se contentent de la prendre pour une idiote...

**Claudia - éducatrice, militante féministe - 47 ans - espagnole
- 20 avril 2013 -**

Je discute avec quelques jeunes filles de l'internat et Claudia sur le fait que les femmes utilisent très peu le DIU, contrairement à l'injection. Claudia raconte alors que, quand elle est arrivée au Guatemala en 2000, il y avait une grande campagne de promotion du DIU dans les communautés rurales mais que ça n'avait pas fait baisser le taux de grossesses malgré le grand nombre de DIU posés. Une étude avait été menée pour comprendre pourquoi. On s'était alors aperçu que les promoteurs de santé n'étaient pas bien formés, que les DIU étaient mal mis et qu'il y avait des grossesses malgré le DIU, sûrement parce que les femmes les expulsaient. L'étude a montré aussi que c'était à cause des gênes, des douleurs, que les femmes ne le mettaient pas ou l'enlevaient. Claudia dit que ça a joué sur le refus d'utiliser le DIU. Aussi, en raison des menstruations qui des fois sont plus fortes avec le DIU. Elle ajoute : « *aujourd'hui il y a même des infirmières (dans les postes de santé) qui disent que la T peut tomber* ». Elle parle du fait que ça fait grossir ou maigrir et que les femmes n'aiment pas ça non plus. Elle raconte que l'étude a montré aussi que la pilule ne marchait pas bien ici à cause des diarrhées et vomissements, qui faisaient perdre l'effet de la pilule, et que c'était pour cela qu'elle comprenait très bien que les femmes préfèrent l'injection. Les jeunes filles présentes confirment alors par leur témoignage tout ce que vient de dire Claudia.

Ce que Claudia nous expliquait ce jour-là, c'est que le contexte et les conditions d'utilisation d'un moyen de contraception vont faire varier son efficacité, ses effets secondaires et donc sa

réputation. Les jeunes filles qui participaient à la conversation semblaient sensibles à ce type d'explications d'ordre social concernant les difficultés dans la mise en pratique de l'utilisation du stérilet. En écoutant les propos de Claudia, elles évoquaient leur compréhension des rumeurs sur le stérilet qui ont pu découler de cette situation. Il apparaît clairement que les chiffres d'efficacité de la méthode, avancés par les personnels de santé, calculés dans des pays où les contextes d'utilisation sont bien différents, n'ont aucune valeur pour des femmes qui observent concrètement leur réalité sociale. Le gynécologue d'Aprofam déclare souvent aux patientes que la stérilisation par laparoscopie (celle qu'il pratique) est certifiée efficace dans plus de 99 % des cas. Pourtant, à Huehuetenango ce taux est bien inférieur dans les faits :

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 14 mai 2014 -**

Pour l'instant aucune femme ne semble s'être présentée pour l'opération. Le secrétaire de l'unité dit que c'est peut-être parce que, lors de la dernière *jornada* ici, 17 femmes ont été opérées et trois d'entre elles sont actuellement enceintes ! Je demande des explications sur ce chiffre au Dr Ricardo, qui commence par me le confirmer. Il dit ensuite que peut être les anneaux de la ligature sont partis ou alors que les femmes étaient déjà enceintes de moins de 15 jours au moment du test de grossesse préalable à l'opération, ce qui l'a faussé. Il ajoute : « *et comme les rumeurs vont vite...* »

Les personnels médicaux renvoient ainsi régulièrement à un registre de la rumeur et de l'ignorance des représentations de patientes de l'ordre du constat empirique. Même la volonté de comprendre ce type de situation de la part des patientes encourage rarement les personnels à travailler en conséquence les processus informatifs. Cela a un impact considérable sur les pratiques des femmes, par exemple, dans le cas évoqué par Coralía, sur la gestion des risques lors de l'accouchement. La représentation de l'hôpital comme un endroit où les femmes meurent en couche s'entretient alors d'elle-même, car les femmes ne vont s'y rendre qu'en dernier recours, et parfois trop tard. Pourtant, en cas d'urgence, et ayant épuisé d'autres solutions de recours, elles finissent toutefois par aller à l'hôpital, dépassant cette perception fataliste. C'est d'autant plus le cas pour des femmes dont l'expérience de la mort en couche à l'hôpital concerne une personne plus éloignée du cercle de connaissance, et dont on ne peut pas vérifier de manière fiable les détails de l'épreuve vécue.

3.3 La référence à « une femme de la communauté » - le statut de la rumeur

**Observation atelier « sexualité » - Internat Ixmucané Huehuetenango
- 27 avril 2013 -**

L'animatrice - Il y a des cas étranges de grossesse dans vos communautés ?

Elvi - Avec l'injection, beaucoup de femmes tombent enceintes.

Mona - Le préservatif se casse !

L'animatrice - Et de tomber enceinte dans les latrines vous avez déjà entendu ?

Plusieurs - Oui ! (elles rient)

Maritza - À Ixta, c'est un professeur qui nous a dit ça ! Parce qu'il paraît que c'est arrivé à une fille.

Mona - Dans ma communauté aussi ils disent que c'est arrivé à une fille.

Maritza - Mais c'est des mythes non ? Qui sait...

Lors de cet atelier, les jeunes filles trouvent très probables de tomber enceinte avec un préservatif ou une injection, mais elles restent sceptiques sur le fait de pouvoir tomber enceinte dans les latrines, même si elles ont entendu parler de cas. Il semble que n'ayant pas vérifié

l'information directement, elles considèrent plus facilement qu'elle soit fausse. Si les femmes réfèrent aux discours et expériences des personnes proches pour se faire un avis sur les effets d'une méthode contraceptive, ce n'est pas toujours le cas pour les discours et expériences soupçonnés comme relevant de la rumeur. Toutefois, faire référence « à une femme de la communauté à qui il est arrivé... » est assez récurrent dans les entretiens.

Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam
- 12 mai 2014 -

A - Et tu as entendu parler de la T de cuivre ou de l'implant, le Jadelle. . .

C - Du Jadelle oui j'ai entendu, mais selon les commentaires d'autres personnes. . . bon au moins il y a le cas d'une femme de la communauté qui est allée jusqu'à l'Hôpital pour ce. . . Jadelle. Je crois que c'est ce qu'ils mettent ici, sous le bras. Et bon ça n'a pas été. Le sang ne circulait pas, je ne sais pas ce qu'il s'est passé. Je ne sais pas combien de temps elle l'a gardé jusqu'à ce qu'ils se rendent compte que c'était à cause de ça, elle souffrait de je ne sais quoi. Ils ont dû l'amener chez un docteur, puis jusqu'à la capitale, ils ont dépensé comme 5000 quetzales (500 euros) pour qu'elle puisse se récupérer. Elle est bien maigre maintenant.

A - Elle t'a raconté ça ?

C - Non, ce n'est pas elle qui me l'a raconté, d'autres proches m'ont raconté. J'ai pas eu l'opportunité de lui demander directement. Des proches à elle m'ont raconté qu'elle avait été malade. Et après quand on lui a enlevé ce truc, elle s'est retrouvée enceinte. Et aussi elle souffre de cancer. C'est ce que disent certains de sa famille. À cause de la méthode. Mais moi je ne sais pas...

A - Et elle a récupéré l'usage de son bras ?

C - Non. Elle a une sœur qui vient toujours l'aider parce qu'elle n'est plus très. . . elle peut marcher, mais pour faire les tâches elle est trop faible. Bon et la T en cuivre non. . . j'ai pas essayé la mettre, j'y ai pas pensé. Une *comadrona* qui travaille dans CEIBA (une ONG locale) m'a dit que c'était bien, qu'il fallait juste venir contrôler mensuellement pour faire un nettoyage et tout. Mais je ne sais rien d'autre de cette méthode, je n'ai pas demandé ni parlé avec des personnes qui l'ont utilisée donc. . . je n'ai pas pensé l'utiliser, je ne sais pas comment c'est. Pour penser l'utiliser je devrais aller demander précisément comment est cette méthode pour pouvoir décider si je dois l'utiliser. Juste le Jadelle j'en ai entendu parler mais ça vient de cette femme qui. . . ce qu'a dit sa famille. Pour l'injection, il y a plusieurs personnes qui sont tombées malade parce qu'elles cessent de menstruer. Et quand la menstruation coule ça devient très grave, ça ne s'arrête plus. Elles deviennent très faibles, elles ne mangent plus. Je connais trois femmes de la communauté à qui c'est arrivé. Et j'ai une. . . connaissance aussi, une amie dont les règles ne coulent plus. Je ne sais pas depuis combien de temps ça n'a pas coulé. Et quand ça a coulé elle s'est sentie très mal, elle a vomi. . . elle vomissait du sang. Mais on lui a dit que c'était à cause de cette injection qu'on lui mettait.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Ildefonso Ixtahuacán
- 14 mai 2013 -

Je discute avec une patiente. Elle me dit qu'il y a des rumeurs sur les méthodes mais que la plupart des rumeurs c'est surtout que les méthodes ne fonctionnent pas. Elle dit que les femmes parlent autant des méthodes quand elles fonctionnent que quand elles ne fonctionnent pas. Elle raconte : « *une femme dans une communauté voisine a mis le Jadelle et son bras a pourri et elle est devenue folle. Donc après les personnes ne veulent plus l'utiliser!* ». Je lui demande des nouvelles de cette dame.

Elle me dit qu'elle ne sait pas ce qui lui est arrivé, elle n'a pas parlé directement avec elle. Elle hésite puis elle me demande comment le bras peut pourrir.

Dans un contexte où des femmes fréquentent peu les structures éducatives et sont mal informées dans les structures de santé, les rumeurs représentent une source d'information « à vérifier », mais une source d'information tout de même. Si ces rumeurs ne déterminent pas totalement les représentations, elles font émerger des questions, des doutes, et provoquent la recherche de connaissance et le croisement d'informations chez les personnes qui les écoutent. Référer dans son discours à quelqu'un d'éloigné qui a vécu tel ou tel effet secondaire par exemple, permet de confronter cette information à d'autres avis, qui vont venir affirmer ou infirmer cette proposition, avec parfois de nouvelles informations. Souvent, ces histoires sont utilisées comme support par les femmes, auprès d'acteurs divers, identifiés par chacune comme jouant un rôle dans une cartographie de repères du champ de la santé. Elles sont racontées à certaines *comadronas*, promoteur/rice-s de santé, *leaders* communautaires, membres de la famille ou amies, professeur-e-s, mais aussi personnels de santé appartenant à des institutions. Le fait d'énoncer la rumeur permet de recueillir des avis situés multiples sur le contenu de cette rumeur, ce qui aide parfois à éclaircir une représentation floue sur une méthode contraceptive par exemple. Si seules les preuves empiriques et l'éclaircissement de rumeurs sont considérées comme viables pour permettre de faire un choix déterminé, cela explique pourquoi les femmes utilisent pour la plupart les mêmes méthodes, qu'elles aient bonne ou mauvaise réputation. Par exemple, elles disent souvent ne pas vouloir utiliser le stérilet, car elles connaissent rarement des femmes qui l'utilisent.

Pour se forger un avis sur une méthode ou une autre, les personnes enquêtées conçoivent donc généralement les expériences contraceptives de leurs proches comme des preuves empiriques, puis elles font le tri dans les rumeurs sur les autres méthodes utilisées dans leur communauté.

**Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam
- 21 juin 2014 -**

A - Donc tu es revenu des États-Unis, ta femme a commencé à utiliser une contraception.

G - Oui, l'injection de 3 mois, jusqu'à ce que naisse l'autre bébé.

A - Et comment ça lui allait ? Elle n'a pas eu de maux de tête ?

G - Non, elle n'a pas eu de maux de tête. Ça lui allait bien. Elle n'a presque pas utilisé d'autre méthode. Parce que... il y a beaucoup de commentaires qui... que d'autres méthodes ça n'allait pas aux femmes.

A - Quels types de commentaires ?

G - Par exemple que les pastilles tout ça, ce n'était pas bien, que ce n'est pas bien de prendre tout ça, que ce n'est pas sûr de prendre les pastilles.

A - Ils disent qu'on tombe malade ?

G - Oui, ils disent : « *les pastilles font du mal* », les femmes tombent plus malades avec ça, mais bon après moi je sais pas (rire).

A - Et par exemple à ta maman ça lui est allé l'opération ? (sa mère est stérilisée)

G - Oui, je suppose ! (rire)

A - Elle n'a pas eu de problèmes de santé ?

G - Non, jusqu'ici elle va bien.

A - Et que disent les gens des autres méthodes ? De l'opération...

G - Ils disent que l'opération des fois... pareil. Que des fois les femmes font l'opération comme ça, mais après elles se retrouvent enceintes. Ils commentent comme ça. Mais moi je n'ai pas vu de cas comme ça. Et donc jusqu'ici je n'ai rien pu vérifier de si c'est mieux ou... Je ne sais pas.

A - Et l'injection ils disent tous que c'est bien ?

G - Non, il y a des gens qui ne trouvent pas ça bien. Ils disent aussi qu'elles tombent malade, que la matrice se sèche, qu'elles ne vont plus jamais avoir d'enfants.

A - Toi tu crois quoi ?

G - (rire gêné) Moi... je ne crois pas à ça parce que j'ai pu vérifier que c'est possible d'avoir un autre enfant après.

A - Selon toi, qu'est ce qui fait que les gens pensent de cette manière ?

G - Peut-être parce qu'ils ne veulent pas contrôler le fait d'avoir... ou peut-être parce que les personnes font ces commentaires et donc ça leur fait peur, que de mettre des méthodes (contraceptives) va nous faire tomber malade plus rapidement. C'est ce que pensent les gens, et pour cela il y a beaucoup de femmes qui ont des problèmes dans l'accouchement ou qui sont abandonnées.

Lors des entretiens, les doutes exprimés à propos de certaines représentations présentes dans la communauté concernent par exemple les rumeurs dont on ne peut pas identifier la source précisément car trop éloignée, les rumeurs non-vérifiées par soi-même ou une proche, ou les cas isolés, tel qu'un effet secondaire qui n'a concerné qu'une seule personne sur un grand ensemble de personnes utilisant la méthode. Les doutes concernent aussi les informations reçues par des sources qui empiriquement ne sont pas dignes d'une confiance absolue, telles que les structures d'État, en raison de pratiques observables de manipulation, de corruption, de mépris, de discrimination... Cela peut s'étendre à certains promoteur/rice-s de santé ou *comadronas*, parfois soupçonné-e-s de diffuser des rumeurs dans leurs propres intérêts. Par exemple, on identifie des intérêts économiques chez les promoteur/rice-s de santé, qui vendent principalement des injections contraceptives mensuelles, souvent introuvables en centre de santé, contrairement aux classiques injections trimestrielles de Depo-provera. Ils/elles peuvent alors être soupçonné-e-s de diffuser de fausses informations sur les injectables trimestriels pour mieux vendre leurs injections mensuelles et en tirer un profit économique plus important. Les femmes cherchent ainsi souvent à identifier les intérêts de la personne qui lui fournit l'information pour juger de sa fiabilité. De ce fait, elles font également rarement confiance aux informations sur la contraception qui proviennent de leur mari, de leur belle-mère, de leur père ou d'autres hommes de leur famille, ainsi que de certains *leaders* communautaires ou religieux conservateurs. Il existe donc des réseaux de validation ou d'infirmité des informations et des connaissances.

3.4 L'expression d'une condition corporelle commune

Ce qui arrive « à une femme de la communauté... » renvoie donc au registre de la rumeur, par l'incertitude de la source. Les femmes y adhèrent en partie, notamment pour croiser et faire vérifier les informations dans un contexte de pénurie de sources fiables. Mais également, elles y adhèrent car évoquer « ce qui est arrivé à une femme de la communauté » leur permet de se réunir dans une histoire et condition corporelle communes : « ce qui est arrivé à une femme de ma communauté peut très bien m'arriver à moi aussi », comme l'exprime Susi :

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.

- 12 avril 2014 -

A - Tu connais des femmes qui ne veulent pas planifier ?

S et D - *parlent en mam*

D - Elle dit que oui, il y a quelques femmes ici qui ne veulent pas se contrôler, planifier. Elle dit que c'est parce qu'elles ont écouté d'autres qui sont tombées malades, il y en a qui ont grossi, d'autres qui ont maigri.

A - Avec l'injection ?

D - Oui, ou avec la pastille. Et pour cela elles ne veulent pas se planifier, parce qu'elles pensent que peut-être il peut leur arriver la même chose, et c'est pour cela qu'elle ne veut pas. Elle dit : « *Si ça arrive à une, ça peut arriver à moi* ».

On voit ici comment Susi, qui utilise actuellement l'injection, parle pourtant de cette méthode contraceptive comme comportant un risque prégnant d'effet corporel néfaste sur elle ou sur d'autres femmes de la communauté, car certaines en auraient déjà expérimenté. On remarque que cette probabilité d'être touchée par un sort identique se retrouve dans la manière dont les femmes parlent des expériences des autres en incarnant systématiquement les propos. Ainsi, dans les entretiens réalisés, les femmes narrent souvent à la première personne une histoire vécue par une autre qui la lui a racontée.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète IE.
- 29 juin 2014 -

IE - Elle raconte qu'elle n'a jamais utilisé aucune méthode contraceptive. Et donc ce qu'elle a entendu par d'autres c'est la pastille, l'injection, et d'autres dont elle ne se rappelle plus. Mais elle a écouté aussi qu'on dit que toutes les méthodes anticonceptives provoquent des maladies. Et c'est pour ça qu'elle n'en utilise pas et qu'elle n'aimerait pas en utiliser. La T en cuivre provoque des maux de tête selon les autres femmes. Avec l'injection **nous devenons** maigres ou... grosses. Et la pastille aussi abîme **notre corps**. Donc elle ne l'utilise pas. [...]

A - Et elle a entendu parler de femmes qui se sont faites opérer pour ne plus avoir d'enfants ?

IE et E *parlent en mam*

IE - Elle dit que oui, il y a deux femmes d'ici qui se sont opérées, mais qui... il y en a une qui s'est opérée mais maintenant elle a déjà un bébé, et donc elle dit : « *ce n'est pas bon pour nous, l'opération n'est pas réelle* ».

Fabiola - Abalac, Colotenango - 40 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -

E - Elle est *comadróna* et elle dit qu'il y a des plantes médicinales qu'on peut prendre pour ne pas avoir de grossesses mais que ça ne fonctionne pas bien. Actuellement elle s'injecte. Elle a eu neuf enfants et elle se contrôle pour ne pas en avoir un autre. Parce qu'elle est allée à l'hôpital quand elle a eu le dernier bébé, et le bébé est mort à l'hôpital. Elle a pris l'injection parce qu'elle sentait qu'elle ne pouvait pas supporter cela une nouvelle fois et elle sent qu'elle est malade, elle a très mal au ventre. Mais elle a très peur de l'opération. Elle dit qu'**ils vont nous couper, nous n'allons plus rester normales, nous n'allons plus pouvoir porter des choses, ou faire les choses comme nous les faisons normalement dans la communauté**. C'est préférable que les femmes aient tous les enfants, qu'elles ne s'injectent pas, qu'elles ne s'opèrent pas, parce que c'est très dangereux. Elle commente que : « *ma fille s'est opérée et maintenant elle dit que ça lui fait mal tout le temps, et quand elle a de la toux elle sent que son estomac est en train d'exploser, donc il vaut mieux que les femmes aient tous les enfants* ».

Eugenia - Abalac, Colotenango - 60 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -

IE - Elle dit « quelle que soit la méthode contraceptive, au final ce sera nous qui allons souffrir, c'est toujours nous qui souffrons »

Malia - Batzalom, Todos Santos - 29 ans - mam - Interprète R.
- 15 avril 2014 -

A - Et elle connaît des femmes qui en utilisent ?

R et M - *parlent en mam*

R - Oui, elle a connu des femmes qui ont eu des problèmes avec les méthodes contraceptives. Par exemple, **dans son cas, elle a parlé d'une femme**, c'est à dire **elle dit que... comme nous**, c'est-à-dire : « *je n'ai pas eu une fille, si j'utilise ces méthodes contraceptives ça peut brûler ma matrice...* » je ne sais pas comment ça s'appelle, mais ça peut se brûler et : « *je ne pourrais plus avoir d'enfants. Et aussi ça nous fait couler la menstruation, et ça coule goutte après goutte* ».

Dans la presque intégralité du corpus d'entretien, on retrouve ainsi des formulations ambiguës sur la nature de la personne à qui est arrivée l'histoire racontée. La narratrice se confond avec l'actrice de l'histoire. Ces processus narratifs font écho à ceux utilisés par Rigoberta Menchú (cf Méthodologie). Dans le cas de propos traduits lors des entretiens, l'interprète se confond d'autant plus. L'utilisation rhétorique alternative du « elle », « je » et « nous » brouille ainsi l'identité de la personne dont on raconte l'histoire. L'histoire racontée d'une seule femme devient l'histoire des femmes de la communauté. De la même manière, lorsque les femmes évoquent des expériences contraceptives ou reproductives qui leur sont propres, elles prêtent alternativement ces histoires à d'autres, puis reviennent à la narration à la première personne au cours de l'histoire racontée. Lorsque les interprètes ont des avis différents des femmes qu'elles traduisent, elles continuent pourtant de rapporter leurs propos d'opinion à la première personne.

Ces propos qui confondent la narratrice avec d'autres femmes, n'excluent pas l'expression d'une spécificité propre à chaque femme, comme on peut le voir dans le discours de Fernanda :

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -

F - Et nous... mais... en plus il y a peu j'ai pris connaissance de ce qu'étaient les méthodes anticonceptives, de ce que sont les injections, de ce que sont les pastilles, de ce que sont les bâtonnets que l'on met aux femmes ici (elle montre une partie de son bras). Beaucoup de femmes meurent mais on ne dit pas « *elle est morte de telle maladie* ». Ici, la coutume c'est de dire qu'une personne supportait mal cela et c'est pour ça que ça a commencé à lui faire... cette toux, pour cela je suis malade, ou pour cela telle personne est morte. Mais beaucoup de femmes meurent à cause de ces méthodes donc le fait de découvrir que ces méthodes ne... En premier on doit faire une étude évidemment. Pour moi pour commencer il faut faire une étude. Voir pour chaque femme quelle méthode, et que ce ne soit pas compliqué. Et en plus de ça il faudrait accompagner aussi, voir comment ça fonctionne, comment ça évolue, qu'est-ce qu'il se passe. Parce qu'aussi ça peut provoquer ces maladies de cancer du foie ou cirrhose. Parce que l'alcool n'est pas la seule chose qui peut abîmer le corps de chaque femme, mais aussi les méthodes anticonceptives. Je ne sais pas si c'est leur mauvais usage ou si parce que réellement le corps de la personne ne... si ce corps n'est pas apte...

A - Et toi tu crois que ça donne le cancer du foie ou par exemple que c'est à cause de l'injection que tu as les ovaires bouchés ?

F - Et bien, en analysant les choses, parce que j'y pense parfois, et donc je renvoie beaucoup la culpabilité aux vaccins (*injections de Depo-provera*). Parce que j'ai mis ces injections juste après avoir eu mes enfants. Et après il n'y a pas d'informations.

Parce que j'arrivais avec la docteure, les infirmières, et elles disaient : « *non, ces injections ne font rien, elles ne font pas de mal, rien de grave, tu l'as enlevé donc tu assumes* ». Mais selon mon analyse chaque corps de chaque femme est bien différent. Chez certaines femmes cela fonctionne, parce que certaines femmes enlèvent ces méthodes et tombent enceintes rapidement, et elles n'ont rien. Mais peut-être à long terme ça leur fait du mal, c'est ce que je pense. [...] Les injections, c'est ce qu'utilisent beaucoup les femmes que je connais. Pour certaines, ça fonctionne, pour d'autres non. On leur donne à toutes l'injection mais ça va pas pour toutes, que pour certaines. Donc ça prouve qu'il n'y a pas d'accompagnement dans l'utilisation de ces méthodes. Parce qu'avec toutes les personnes du *municipio*, et que parfois le centre de santé n'a ni médicaments ni rien. Et qu'ils ne savent pas comment traiter les mères et leurs enfants dans le parcours, dans le processus des méthodes qu'elles utilisent.

Il existe donc une cohabitation entre une vision homogène des dispositions corporelles des femmes indigènes, et une vision de ces femmes comme uniques et pouvant réagir physiquement de manière différente les unes des autres. Selon la perception de Fernanda, en l'absence d'études scientifiques ou d'examen individuels poussés, il faut se fier aux risques prouvés par les expériences des autres. L'accumulation d'expériences ne permet plus de banaliser les faits et aide à construire des analyses communes. Les femmes acquièrent par ce biais la conviction qu'elles ont une histoire commune et que le système les défavorise¹⁹.

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam - Interprète D.
- 13 avril 2014 -

A - Selon toi l'injection est la meilleure méthode ?

P - Oui parce que ça ne rend pas malade. Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui utilisent des moyens de contraception, pastilles, injections, *Jadelle*, T en cuivre, je ne sais s'il y en a plus ? On m'a raconté que certaines meurent parce que...la matrice était... a grossi d'un coup.

A - Avec quelle méthode ?

P - Euh...

D - Ça dépend, ça dépend de la personne si sa matrice va être affectée ou pas, ou si la menstruation va lui descendre chaque jour ou chaque... semaine. Ça dépend des personnes, il ne s'agit de quelque chose juste par rapport à l'injection ou la pastille, c'est de la personne que ça dépend.

A - Et c'est arrivé à des femmes que vous connaissez ?

P - Oui à une de mes voisines. Elle était même sur le point de mourir. Et elle avait un *Jadelle*. Trois ans avaient passé quand ses règles ont coulé, mais fort, saigné, et... après ils l'ont amenée chez le docteur. Donc les docteurs lui ont dit qu'elle devrait sortir sa matrice ou... et directement ils lui ont sorti. La matrice, les ovaires, tout. Et donc c'est pour ça que je ne pense pas utiliser cette méthode.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Tu penses qu'il y a des méthodes meilleures que d'autres ?

C - Ça dépend parce que c'est déjà... ça dépend du corps de la femme. Parce qu'à beaucoup de femmes ça leur donne... comment ça s'appelle... ce... comment réagit son corps à la méthode. Si elles prennent beaucoup de pastilles, beaucoup de femmes ont des réactions, très dures, par exemple des maux de tête tout le temps, ou des douleurs de jambes. Donc elles peuvent changer de méthode jusqu'à ce qu'elles se sentent bien, tranquilles, et là elles restent avec cette méthode.

19. Bulot et Poggi, *Droit de cité pour les femmes*.

Mes belles-sœurs utilisaient toutes les deux la T de cuivre. Non... le... *Jadelle*, elles utilisaient le *Jadelle*. Mais ça leur faisait très mal au bras, là où était la méthode. Et elles avaient... elles étaient... comme... très changeantes, énervées et tout. Alors elles l'ont enlevé. Maintenant l'une d'elle a une T en cuivre.

Dans ces discours, si l'expérience de chacune aide à se forger une opinion et dit quelque chose d'une expérience commune, à la fois chaque femme est particulière et réagit différemment. De Zordo relève également dans son étude, la récurrence du propos « *chaque femme a un organisme différent* », dans les discours des femmes brésiliennes abordant le thème de la contraception²⁰. Elle rapproche cette idée d'un corps propre à chacune, différent de celui des autres, au fait de se penser sous une condition corporelle qui se discerne des planches anatomiques et des savoirs biomédicaux sur les hormones. Dans le cas de l'étude menée auprès des femmes huehuetèques, cette idée que le corps de chaque femme est différent, et peut réagir différemment à une contraception par exemple, renforce paradoxalement le sentiment d'une condition corporelle commune entre femmes indigènes d'une même communauté.

Cette condition corporelle semblable est liée plus généralement à une condition sociale commune, entraînant une communauté de vécu, une communauté de destins, mais aussi une communauté de risques. Les trajectoires de vie des femmes auprès desquelles a été menée l'enquête sont à la fois similaires et différentes en de nombreux points. Ainsi, une femme qui a porté une dizaine de grossesses par exemple se retrouve parfois avec moitié moins d'enfants que sa voisine qui en a porté autant. Les expériences sociales et corporelles des femmes indigènes huehuetèques dépendent en effet de nombreux critères aléatoires, liées à la nature précaire de leurs conditions de vie. Comment le concept même de planification familiale peut-il alors se penser au cœur d'existences autant marquées par de l'imprévisible ?

II Calculer le nombre d'enfants souhaité et leur espacement

Jacinta - 29.06.14 - Abalac, Colotenango - environ 74 ans - mam -

Interprète E.

IE - Je lui demande son âge mais... elle ne sait pas... elle ne connaît pas son âge. Elle dit qu'elle a peut-être 74 mais je ne crois pas que... Bref, au total elle a eu dix enfants.

A - Elle a eu dix enfants ou dix grossesses ?

IE et J - *parlent en mam*

IE - Dix grossesses, cinq vivants, quatre morts et une fausse couche, c'est à dire qu'au total ils sont dix, ce sont dix enfants pour elle. [...] Et bon elle dit qu'elle est un peu fâchée avec sa fille et son beau-fils parce qu'elle sa fille s'est faite stérilisée et ils ne lui en ont pas parlé avant, et elle aurait préféré qu'elle ait tous les enfants.

A - Comment ça ?

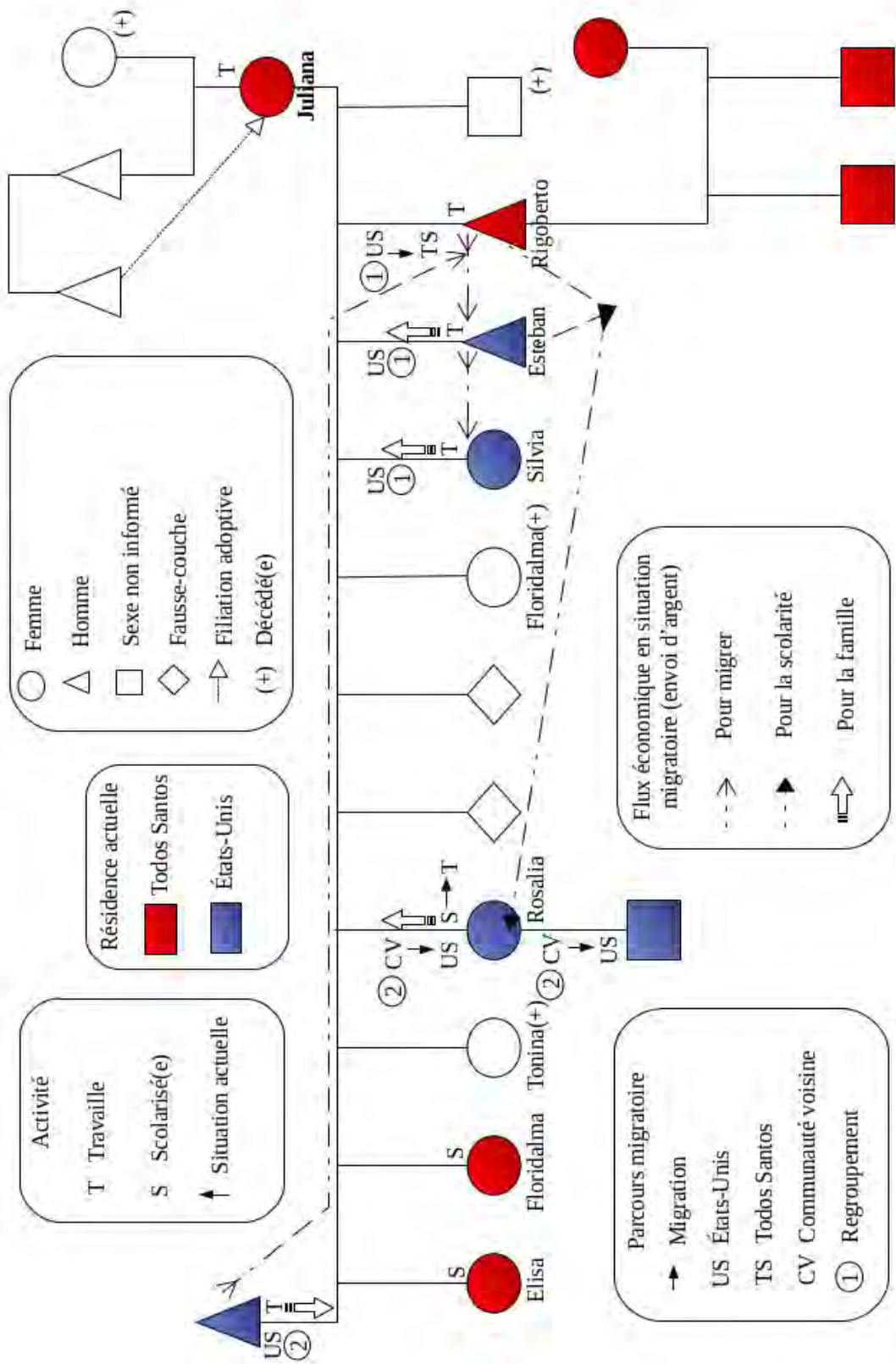
IE - Elle aurait aimé que sa fille la consulte avant de faire ça parce que sa fille se plaint beaucoup de l'opération maintenant. Elle aurait préféré que sa fille ait tous les enfants, parce que l'opération ça la fait souffrir. En plus, elle peut plus faire les choses qu'elle faisait avant. C'est pour ça.

Lorsque je mène des entretiens avec certaines femmes assez âgées, je remarque que bien que les interprètes les connaissent déjà de plus ou moins près (ce sont souvent des tantes, des voisines, des amies de la famille), elles ne sont jamais spontanément sûres du nombre d'enfants que ces femmes ont et sont obligées de leur demander le chiffre exact. En effet, elles préfèrent

20. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

leur poser la question directement car elles veulent vérifier leur manière de compter en fonction du statut qu'elles accordent à chacun des « enfants ». Je n'ai pas assez approfondi la question pour trouver une explication catégorielle entre les femmes qui prennent en compte les fœtus expulsés, et/ou les enfants confiés, les enfants adoptés, les enfants morts. . . J'ai toutefois relevé un trait récurrent : les femmes interrogées qui ont réussi à avorter volontairement ne comptent jamais ces fœtus dans le nombre de leurs enfants. Parfois, une même femme peut annoncer à un moment avoir eu huit enfants, puis après rectifier en disant quatre, puis ensuite parler des six enfants qu'elle a élevés. . . Ce compte changeant du nombre d'enfants est d'ailleurs difficilement supporté par les personnels de santé qui veulent un chiffre clair et ont l'impression que les patientes leur mentent en changeant le chiffre. Pourtant, ce point est assez significatif du statut accordé à l'aléatoire dans le vécu de la planification pour ces femmes.

Schéma du parcours reproductif et familial de Juliana





Le parcours reproductif et familial de Juliana

Juliana est une femme mam qui vit dans la communauté de Todos Santos. Elle estime son âge à 47 ans environ. Elle n'est jamais allée à l'école. Sa mère est morte d'une fausse couche quand elle avait cinq ans. Ne souhaitant pas assumer sa charge, son père l'a faite adopter par l'un de ses frères. Juliana s'est unie à 19 ans, son premier enfant est né lorsqu'elle avait 20 ans. Quand je lui demande combien de grossesse elle a eues, elle me répond qu'elle a eu onze enfants mais que cinq sont morts. Dans ce décompte « d'enfants morts », elle inclut également deux fausses couches. L'interprète ajoute : « ces deux enfants 'avortés'²¹ ce n'est pas parce qu'elle l'a voulu, mais à force de porter des choses, parce qu'elle allait travailler dans une finca, comme beaucoup de gens le font à Todos Santos, et avant c'était encore plus. Et avec le poids du café, des sacs de maïs, qu'elle chargeait toujours, elle a 'avorté' de ses deux enfants ». C'est également pour cette raison de travail continu dans les plantations qu'elle n'a quasiment jamais vécu chez ses beaux-parents malgré la pratique patrilocale. Vingt jours après avoir accouché de son premier enfant, elle est partie avec son mari faire la récolte du café dans une finca éloignée. Un mois et demi plus tard, son enfant y est mort suite à de forts maux d'estomac. Il est tombé malade « à cause du soleil et du froid en étant tous les jours sur son dos pendant qu'elle allait couper le café ». Le second enfant, Rigoberto, est né et a grandi dans les mêmes conditions, mais il a survécu. Il n'est pas allé à l'école en raison des difficultés financières de ses parents, mais a appris la maçonnerie avec son père. À 18 ans, Rigoberto s'est marié et sa femme est

21. En espagnol le terme *aborto* (avortement) s'emploie indistinctement pour désigner une IVG ou une fausse couche. Parfois pour préciser qu'il s'agit d'une IVG on parlera « d'avortement volontaire » et pour une fausse couche « d'avortement naturel ».

tombée enceinte. Trois ans plus tard, son père a emprunté de l'argent et le lui a donné pour qu'il parte illégalement aux États-Unis, afin de subvenir aux besoins de sa famille. Le troisième enfant de Juliana, Esteban est né trois ans après Rigoberto. Il « *a eu aussi la force de vivre* » malgré les conditions de vie et de travail difficiles de sa mère dans les plantations, qui devait aussi s'occuper de son frère aîné. À partir de l'adolescence, il travaillait la semaine et allait un peu à l'école les week-ends. Il commença à étudier de l'électronique, mais fut contraint d'arrêter à 19 ans par manque de moyens. Son frère Rigoberto lui a alors envoyé de l'argent pour payer un passeur et il l'a rejoint aux États-Unis. Il y vit toujours illégalement et travaille dans la récolte de plantes. Juliana a accouché, deux ans après Esteban, de sa première fille, Silvia. Elle étudia peu également. Contrairement à beaucoup de jeunes filles de sa génération qui n'étudient pas, Silvia n'est pas tombée enceinte tôt et ne s'est pas mariée jeune. À 22 ans, elle est partie elle-aussi travailler illégalement aux États-Unis, comme travailleuse domestique, grâce à de l'argent envoyé par Esteban. Un an après Silvia, sa petite sœur Floridalma est née dans les plantations. Elle est morte à quatre mois, après une série de fièvres. Deux autres grossesses ont suivi et ont abouti toutes deux à des fausses couches « *provoquées par le travail dans les plantations* ». Est née ensuite Rosalia, trois ans plus tard. Juliana a beaucoup prié pour que Rosalia puisse naître et survive, craignant qu'elle décède comme Floridalma. Rosalia a eu la possibilité d'étudier grâce à l'argent envoyé par ses frères aînés depuis les États-Unis. Elle est devenue institutrice d'une communauté voisine à 19 ans, puis est tombée enceinte deux ans plus tard. Le géniteur refusant d'envisager de reconnaître l'enfant, Rosalia craignait de ne pas réussir à assumer seule sa maternité. Elle a migré alors illégalement avec son père à un stade avancé de grossesse. Son enfant est né sur le territoire états-unien. Après Rosalia, Juliana a donné naissance à Tonina, qui est décédée à deux ans et demi : « *elle est tombée malade de vomissements le matin, et à trois heures de l'après-midi du même jour elle est morte* ». Une autre petite fille, que Juliana appellera également Floridalma, est née par la suite. Elle suit actuellement des études niveau collège. Enfin, la dernière fille de Juliana issue de sa onzième grossesse, Elisa, est en primaire. Juliana vit actuellement dans la communauté avec ses deux plus jeunes filles. À côté de chez elle, vit son fils Rigoberto, sa femme et leurs deux enfants. Il a été expulsé il y a deux ans des États-Unis. Ayant pu préalablement réunir la somme nécessaire à la construction de sa maison et à l'investissement dans quelques terrains au village, il a décidé de voir si travailler ces terrains et compléter avec la maçonnerie suffit à maintenir correctement sa famille. Sinon, il migrera à nouveau pour tenter encore sa chance. Le mari de Juliana et ses enfants Esteban, Silvia et Rosalia sont aux États-Unis et assurent le financement du quotidien et de l'avenir de leur famille. Cependant, les entrées et sorties d'argent sont parfois aléatoires. À certains moments, en raison de l'instabilité des finances familiales, il a été très difficile pour Juliana et son mari d'assurer une continuité dans le parcours d'étude des enfants qu'ils ont réussis à scolariser. C'est Juliana qui a toujours planifié et fait le maximum pour que ses enfants puissent étudier, bien qu'elle ne sache pas parler espagnol : « *ça me faisait de la peine de penser que mes enfants puissent devenir comme moi, n'aient pas une meilleure vie [...] beaucoup de personnes se moquent de moi car je ne parle pas espagnol, j'ai pensé que mes enfants ne devaient pas subir la même chose* ». Sa fille Rosalia estime d'ailleurs que ses parents « *se sont tués au travail pour que leurs enfants aillent de l'avant* ».

Rosalia a pu étudier, avoir un métier, migrer aux États-Unis, accéder à plus de moyens, d'opportunités et à du capital culturel, grâce à la stratégie entreprise par ses parents de favoriser la migration des aînés et leur solidarité financière avec les cadettes, pour améliorer les conditions d'existence de toute la famille. Cet objectif aurait difficilement été atteint si Juliana avait eu moins de six enfants, et donc mené moins de onze grossesses. Rosalia souhaite à présent avoir moins d'enfants que sa mère pour leur donner à chacun les mêmes opportunités d'études. Elle

a suivi dans son école des formations dispensées par Aprofam sur la planification familiale. Tout en adhérant en partie à la finalité du discours concernant son propre cas, elle est peu sensible à l'universalité des arguments proposés quand elle considère le cas des femmes comme sa mère, ses voisines, ses cousines ou d'autres amies pour lesquelles le schéma normatif proposé ne correspond pas tout à fait à la diversité des réalités vécues dans un contexte d'instabilité extrême concernant les perspectives de construction du futur.

1 Aléatoire de la vie précaire face à la notion de « planification »

Les pratiques reproductives et maternelles varient historiquement, mais elles varient également au sein d'une même période historique, d'une même aire géographique, dans une même nation²². L'exercice de la maternité se développe dans des contextes sociaux qui sont changeant en termes de ressources matérielles et culturelles. Les pratiques maternelles se voient également influencées par la grande variété de plans (locaux, nationaux internationaux, transnationaux) qui se réunissent pour former le contexte des relations reproductives locales²³. Dans *La condition foetale*²⁴, Boltanski cherche une similarité dans les pratiques reproductives humaines à travers la récurrence d'un « modèle d'engendrement » et d'un « projet parental ». Cependant, on observe que ces concepts ne sont pas applicables en tout lieu et en tout temps. Par exemple, l'importance du projet parental ne peut être considéré sans prendre en compte la part énorme des grossesses non-prévues et les ajustements qui naissent de ces cas de grossesses²⁵. Dans un contexte comme celui dans lequel évoluent respectivement Juliana et Rosalia, la construction du projet parental est soumise à diverses rationalités parfois contradictoires entre elles. C'est notamment ce qui va faire que la grossesse non-prévue de Rosalia bouleverse considérablement sa manière d'envisager le futur, mais aussi sa perception déjà multiple de la planification familiale et des choix qu'elle doit opérer. Le désir de maternité de Rosalia est complexe. L'absence potentielle de père pour l'enfant constitue un facteur déterminant dans sa trajectoire, elle-même largement déterminée par un passé affectif, sexuel et familial spécifique. La notion de « projet parental » occulte donc des configurations variées du monde social²⁶, comme on peut le voir dans le cas de Rosalia.

Sanchez-Bringas questionne la façon dont les conditions socio-économiques affectent la manière par laquelle les femmes deviennent mères, construisent leur projet de maternité et vivent l'éducation d'enfants en bas âge. En formulant le problème ainsi, elle observe que certaines pratiques, relations et idées reproductives basées sur le genre varient clairement en termes de conditions socio-économiques, alors que d'autres conservent une certaine indépendance. Dans son étude, ce qui varie en fonction de ces conditions sont les caractéristiques de l'usage de méthodes contraceptives et les décisions des femmes sur leurs grossesses, la maternité comme unique projet de vie ou la présence d'autres projets, la manière de résoudre les obligations et tensions qui émergent entre le travail domestique et non-domestique, l'âge de la première maternité et le nombre d'enfants. Pour ce qui est de la responsabilité féminine de l'élevage des enfants²⁷ et du travail domestique, la pratique du mariage comme rite de passage, la grossesse comme moyen pour démarrer la vie conjugale et le contenu symbolique de certains aspects de la vie sexuelle, elle remarque au contraire des caractéristiques similaires entre les femmes qui

22. Ginsburg et Rapp, « The Politics of Reproduction ».

23. Sanchez-Bringas, « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ».

24. Boltanski, *La condition foetale*.

25. Bajos et al., « Contraception ».

26. Bajos et Ferrand, « La condition foetale n'est pas la condition humaine ».

27. Guillaumin, *Sexe, race et pratique du pouvoir*.

transcendent leur position socio-économique²⁸.

Au Guatemala, le modèle libéral induit une insécurité juridique et économique concernant la propriété de la terre et l'agriculture pour les populations rurales indigènes. Les problèmes alimentaires et de santé demeurent, mais de plus, cette insécurité bloque l'investissement dans les études des plus jeunes²⁹. Le terrain réalisé dans les communautés de Huehuetenango permet de relever des modalités de planification familiale qui varient chez une même femme à mesure des événements, car le futur reste très incertain. Aussi, les expressions de planification vont être souvent nuancées ou conditionnées par la notion de risque. L'importance des risques liés à la question migratoire, à la violence, aux conditions matérielles de vie, à la maladie, à la mortalité infantile... sont autant de facteurs qui rendent presque impossible une planification des grossesses qui soit conforme aux attentes institutionnelles. Les parcours reproductifs et contraceptifs sont parfois pensés en amont mais se construisent surtout à mesure des aléas de la vie des femmes interrogées.

1.1 Une précarité qui multiplie le nombre de grossesses

Paulinda - Abalac, Colotenango - 50 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -

E - Elle dit qu'elle a utilisé une méthode naturelle à plusieurs moments. Parce qu'elle ne voulait pas avoir autant d'enfants, mais oui, elle a eu ses huit enfants.

P - Treize !

E et P - *parlent en mam*

E - Oui en fait elle a eu treize enfants... bon je crois que huit sont vivants. Elle dit qu'elle pensait que moins d'entre eux survivraient, elle dit que seulement Dieu sait combien vont survivre.

La perception que les enfants ne vont pas tous survivre détermine beaucoup la manière dont la planification va s'opérer. Les femmes de plus de 35 ans, analphabètes et de ressources socio-économiques faibles semblent avoir opéré des choix plutôt en terme de nombre de grossesses qu'en terme de nombre d'enfants. Certaines, comme Juliana, Jacinta et Paulinda, disent ainsi avoir choisi de porter une dizaine de grossesses pour espérer avoir un nombre d'enfants qu'elles jugent correct. Elles l'expliquent par l'incertitude d'arriver à terme de ces grossesses car il y a beaucoup de fausses couches, surtout chez les femmes obligées de travailler comme journalières, et dans des conditions très difficiles, dans les grandes plantations agricoles. Aussi, elles prennent en compte la difficulté d'assurer la survie de leurs enfants dans un contexte sanitaire déficient, de pauvreté, de migration...

Joaquima - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam
- 13 mai 2014 -

J - Mon époux est orphelin comme moi, ses parents sont morts pendant la guerre. D'abord la mère, puis le père. Ils les ont tués. Il a un grand frère qui est parti aux États-Unis quand il avait 15 ans. Aucun des deux n'a pu étudier. Donc lui est resté à s'occuper de ses petits frères avec sa grand-mère pendant que celui aux États-Unis envoyait de l'argent. Lui aussi travaillait. Ils ont pu donner comme ça pour que leurs petits frères étudient. Une des sœurs a pu se diplômer et a commencé à aider aussi.

28. Sanchez-Bringas, « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ».

29. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

Heureusement, ils étaient nombreux, ils ont pu aller de l'avant. Et maintenant que mon mari est aux États-Unis depuis huit ans pour trouver les moyens pour les études de nos enfants, c'est moi qui m'occupe de la grand-mère qui a pris soin de lui et de ses frères.

**Jovita - Abalac, Colotenango - 34 ans - mam - Interprète E.
- 30 juin 2014 -**

Jovita nous raconte son enfance, elle explique que sa mère s'est faite violer pendant le conflit armé et que son père a été assassiné.

E - Elle dit que depuis son enfance elle a beaucoup travaillé. On ne l'a pas mise à l'école tout de suite par manque d'argent. Elle allait couper du bois, le transporter, parfois elle allait garder les brebis, nettoyer la *milpa*, semer, récolter le café. Elle se levait tôt pour préparer les *tortillas* et aider sa mère. Elle dit : « *comme nous sommes devenus orphelins pendant la guerre, que mon père est mort et qu'on est restés seuls avec ma mère qui allait mal à cause de tout ce que les soldats lui ont fait. Je n'ai pas eu après la possibilité d'étudier. Je n'ai jamais vu l'école. Je devais travailler dans les champs* ».

A - Et pour ses frères comment ça s'est passé ?

E - Donc elle a quatre frères de même père. Après le décès de son père, sa mère a eu quelqu'un d'autre et elle a eu deux autres enfants.

E et J - *parlent en mam*

E - Bon au total ils sont six enfants maintenant, de deux papas différents, un de ses frères est mort je pense. Les deux plus jeunes sont allés à l'école. Elle dit qu'elle et ses frères de même père étaient déjà grands quand sont nés les deux derniers, et ils ont travaillé d'autant plus pour donner aux deux plus jeunes l'opportunité d'étudier.

Le profil de femmes, décrit précédemment, qui disent avoir fait le choix de s'engager dans de nombreuses grossesses pour s'assurer d'avoir quelques enfants, s'accompagne parfois d'un vécu difficile au moment du conflit armé. Dans la première partie du conflit, c'est surtout les hommes et des enfants garçons les plus grands qui ont fui, parce qu'ils considéraient qu'ils encouraient le plus de risques d'être tués. C'est pourquoi c'est souvent les femmes et filles restées au village qui ont été victimes, de viols ou d'assassinat³⁰. L'augmentation des risques reproductifs avec le déplacement forcé, les fausses couches, les naissances prématurées, les problèmes d'allaitement entraînant de la dénutrition et la crainte d'accéder aux services de santé à cause de l'armée en cas de complications dans la grossesse³¹, ont été des facteurs importants dans la construction d'une perception particulière d'une vie reproductive planifiée. Miranda a vécu de fortes violences pendant la guerre et a fui au Mexique. Plus tard, elle a été stérilisée à son insu au Guatemala. Miranda inscrit cette expérience en continuité avec la perspective difficile de planifier les naissances de ses enfants et les opportunités futures pour l'ensemble de sa famille. Les épreuves dans son parcours reproductif sont imputées non seulement à une non-prise en charge de l'État dans des moments difficiles et à une crainte de celui-ci, mais aussi à une action violente sur sa vie et son corps par des personnels médicaux, pendant et après la guerre (Ch11-II-2).

**Rogelia - Huehuetenango - 30 ans - popti' de Jacaltenango
- 20 avril 2013 -**

Rogelia me raconte la stérilisation de sa mère Miranda à son insu.

30. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

31. Freyermuth Enciso, *Las Mujeres de Humo*.

R - À Cette époque on vivait à Jacal mais on est allé à la communauté pour la récolte. Quand ma mère a accouché on est retourné à Jacal pour qu'on l'opère parce qu'elle a eu l'appendicite. Elle ne voulait pas y aller mais on l'a un peu amenée de force parce que c'était grave, tu vois... Les docteurs n'étaient pas de Jacal, ils étaient *gringos* je crois, ou qui sait. Ils ont dit à mon père qu'il valait mieux l'opérer (la stériliser) pour qu'elle ne souffre plus, et que comme nous étions cinq enfants et que nous étions pauvres... Et mon papa a accepté, surtout parce qu'ils lui ont dit aussi que les enfants qui allaient naître après seraient défectueux ou... déficients... je ne sais plus le mot. Mais d'où ils ont sorti ça qu'ils allaient naître comme ils disent ? Qui sait...

A - Et ta maman a appris quand qu'elle avait été stérilisée ?

R - Bien après. Mon père lui a dit plus tard. Il lui a raconté ce qui s'était passé quand elle a dû partir à l'Hôpital de Huehue parce que son opération s'était infectée. Et là, les médecins lui ont dit que le problème ne venait pas de l'opération de l'appendicite, mais de l'autre opération... Ma maman s'est sentie mal, très triste, quand elle a su qu'elle était opérée. Parce qu'elle voulait en avoir deux de plus. Jusqu'à présent ça la rend triste parce que nous ne sommes plus que trois femmes et un homme. Parce que mon frère est mort bébé parce que pendant la guerre, bon tu sais déjà... et mon autre frère est mort à vingt ans. Et donc des fois elle s'imagine avoir deux enfants en plus, comme elle le souhaitait, et ça la rend triste. Et puis comme il ne lui est resté presque que les filles...

Les femmes jugent important de s'assurer d'avoir plusieurs garçons, d'autant que la mortalité des jeunes homme adultes est plus élevée, pour avoir plus de garanties de ne pas se retrouver seules en cas d'abandon ou de décès du conjoint. Les filles partent de la maison lorsqu'elles s'unissent, elles amènent moins d'argent au foyer car elles travaillent moins dans des emplois rémunérés, elles sont de toutes façons moins payées et elles migrent moins. Dépourvues de toute possibilité d'accéder à une retraite, à une sécurité sociale, à une assurance chômage ou maladie, à des aides sociales, la solidarité familiale est perçue comme une assurance pour l'avenir. Encore faudrait-il que les enfants soient disposés à subvenir plus tard aux besoins de leurs parents et en capacité de le faire.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Rafael Pétzal
- 6 mars 2013 -**

Devant le centre de santé, la mère d'une patiente venue pour un implant m'interpelle, pensant que je suis États-unienne, car elle a vécu un bon moment à Miami. C'est elle qui a amené sa fille pour l'implant, 18 ans, un enfant. Elle me parle des « *enfants jetés* » (abandonnés ou délaissés) car ils arrivent au mauvais moment ou trop nombreux. Elle me dit qu'elle a été opérée après la naissance de son quatrième enfant il y a 13 ans à l'hôpital. Elle réfléchit un moment et dit « *je ne sais pas si c'est le bon nombre quatre... pour l'instant ça va mais... si jamais ils ne m'aident pas! ? Ou s'ils ne peuvent pas m'aider! ?* ».

**Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

A - Combien d'enfants tu aimerais avoir ?

Al - Seulement trois de plus. Pour qu'ils soient quatre. Comme on ne sait pas comment vont sortir les enfants. Certains sortent mal élevés, et ne veulent même pas être avec toi. Et si un jour je tombe malade, c'est plus facile avec plus d'enfants pour assurer les frais.

A - Et ton premier il est sorti comment ?

Al - Il est sorti mal-élevé! (rires) Ils ne sortent pas tous pareil. Celui-ci ne veut manger que du pain. Il peut manger un pain comme ça tout seul!

A - Et donc pas plus de quatre enfants ?

Al - Non parce qu'après il n'y a pas assez pour les frais pour eux... Dans ces temps-ci où il n'y a pas d'argent... J'arrive à peine à trouver de quoi avec le seul enfant que j'ai. Pour la nourriture, les vêtements, les médicaments...

A - Et il veut étudier ?

Al - Oui. Quand je lui demande ce qu'il veut, il me répond « *te laisser seule ici, et m'en aller étudier loin!* ». « *Et avec quoi tu vas aller étudier loin?* » je lui dis. Il répond « *de l'argent va rentrer, on verra bien si j'étudie, mais oui je vais te laisser seule ici avec mon papa!* » (rires) Si mal-élevé...

A - Et pourquoi il veut étudier loin ?

Al - Parce il veut connaître d'autres pays et étudier là-bas. Moi je lui dis : « *mais tu vas aller où? Et comment? Et tu vas sortir l'argent d'où?* ». Il dit « *vous allez m'envoyer l'argent!* » (rires)

Ici, Alma, qui rencontre par ailleurs de gros problèmes de stérilité, évoque sur le ton de l'humour le désengagement vis-à-vis d'elle de son fils unique. Elle estime cependant qu'avoir plusieurs enfants permet d'assurer les chances de soutien de quelques-uns d'entre eux, au cas où certains ne veulent pas ou ne peuvent pas aider, comme en parle la dame dans l'extrait qui précède. Cette crainte que les enfants ne puissent pas aider par manque d'opportunités est fortement liée à une vision actuelle des conditions d'existences.

1.2 Une précarité qui limite le nombre d'enfants

La situation économique et sociale actuelle du Guatemala est perçue comme une période où il est difficile de trouver de l'argent, car le travail manque. Aussi, les modèles, les projets de planification de la génération des femmes autour de quarante ans et plus ne s'appliquent pas entièrement aux plus jeunes générations. Les stratégies reproductives se transforment, comme en parle Nobelio :

Nobelio a quatre enfants. Sa femme a fait trois fausses couches et trois de leurs enfants sont décédés. Ils ont également adopté un neveu dont la mère est morte en couche. Nobelio a frôlé la mort plusieurs fois en raison de la dureté de la vie et durant la guerre. Contraint de participer aux Patrouilles d'Auto-défense Civile dans les années 1980, il a échappé à une attaque de la guérilla, dans des circonstances qu'il ne détaille pas.

Nobelio - El Pajon, Todos Santos - 55 ans - mam

- 13 avril 2014 -

N - Bon pour moi je sens que ce n'est pas très bien l'opération et tout ça. Mais bon je suis un peu entre les deux. Peut-être c'est bien. Quatre enfants c'est bien car ils vont m'aider un jour. Mais pour moi c'est dur, c'est dur pour donner de quoi étudier à mes filles. Peut-être c'est mieux actuellement seulement un ou deux enfants pour bien les maintenir. Mais le problème dans ce cas c'est que si ma fille s'en va je ne sais où, ou si elle meurt, alors je resterai sans enfants, et là ça va être vraiment difficile.

Ou si j'avais été blessé, ou très malade à cause du *susto*, comment j'aurais fait ? Ou si j'étais mort. . . Parce qu'avoir quatre ou cinq enfants à maintenir pour les études, la nourriture, c'est beaucoup. Qu'ils travaillent oui, ils peuvent trouver quelque chose, mais c'est mieux qu'ils étudient. Les jeunes filles maintenant c'est ce qu'elles font, elles ont un ou deux enfants, elles n'aiment pas en avoir plus. Mais avant on avait facilement de quatre à dix enfants. Mais c'était bien aussi parce qu'il y avait beaucoup de travail, il y avait des bêtes à s'occuper, beaucoup de terrains à cultiver, le maïs, les pommes de terre. Donc assez d'enfants c'était bien. Mais maintenant qu'il n'y a presque rien...

**Flora et Serena - Huehuetenango - 15 ans - k'iche', Malacatancito
- 29 mars 2014 -**

Flora - Moi j'ai neuf frères et sœurs. D'un côté j'aimerais avoir beaucoup d'enfants parce que, imagine, si je me dispute avec l'un d'eux, ou s'ils se marient et je ne les vois plus, s'ils s'en vont et qu'ils me laissent seule, sans eux. Et, d'un autre côté, il vaut mieux en avoir peu pour pouvoir leur donner à tous.

Serena - Moi j'ai six frères et sœurs. Je voudrais seulement trois enfants pour pouvoir leur donner à tous. Dans ma famille c'est difficile que mes parents aient l'argent pour nous permettre à tous d'étudier. Ils le font, mais c'est difficile.

A - Quand ta grande sœur et toi allez-vous diplômé (elles font un CAP secrétariat), vous allez aider financièrement votre famille ?

Serena - Ah oui ! Bien sûr ! C'est pour ça que mon papa nous a toujours dit que quand elle et moi nous allons travailler, nous allons pouvoir aider pour les études de mes petits frères qui pourront aller plus loin.

Pour la génération de Nobelio, les incertitudes de la vie et la mortalité infantile stimulait la volonté de peu limiter les grossesses, quelque soient les moments où elles surviennent. On perçoit dans la vision des femmes de moins de 35 ans environ, et qui vivent aussi dans des conditions très précaires, que l'insécurité du lendemain produit plutôt une limitation des naissances, bien que la première grossesse survienne plus tôt.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 17 avril 2013 -**

La patiente pour la stérilisation n'a pas pu être opérée depuis deux jours malgré sa prise de rendez-vous. Elle est restée dormir chez un oncle de son conjoint car elle n'avait pas assez d'argent pour payer un hôtel et elle vit à cinq heures de route. Elle me raconte que « *c'est déjà difficile avec deux enfants alors avec trois...* ». Puis elle ajoute « *c'est que maintenant les rues sont dangereuses. . . la violence... même pour traverser, les voitures...* »

Cette insécurité concernant le futur, qui motive cette seconde génération de femmes à limiter les grossesses, est aussi liée aux transformations des pratiques familiales et des modalités de la vie conjugale. Dans les trois *municipios* dans lesquelles j'ai mené mon enquête, j'ai pu relever que les hommes migrent souvent au moment de la première grossesse de leur compagne ou petite amie, fréquemment avant 18 ans. La majorité des jeunes filles ne poursuivent pas l'école après les études primaires et tombent enceintes très jeunes de leur petit copain. Celles qui ont l'opportunité de continuer d'étudier après le primaire pratiquent l'abstinence comme moyen de contraception (Ch10-II-2). Rares sont celles qui tombent enceintes avant de stopper la poursuite de leurs études, qu'elles abandonnent généralement par contrainte économique. La contraception féminine n'est pas envisagée avant le premier enfant et les hommes n'utilisent

pas de préservatifs, en raison du manque d'information et de valorisation, du coût élevé et de diverses appréhensions (Ch9-III). La plupart des jeunes mères que j'ai rencontrées sont mères-célibataires et assument seules ou avec l'aide de leur famille la charge de l'enfant, car le père du bébé a refusé de le reconnaître. Les jeunes hommes qui décident parfois de reconnaître leurs enfants sont ceux qui font le choix de migrer vers les États-Unis, pendant ou juste après la grossesse, pour assurer la responsabilité matérielle de l'enfant. Mais, parfois, ils abandonnent leur famille, en fondent une nouvelle, ou ne parviennent pas à fournir l'aide matérielle nécessaire. Les dettes laissées auprès des passeurs par ceux qui n'ont pas réussi à atteindre les États-Unis ou en ont été expulsés fragilisent beaucoup certains foyers. Mais surtout les communautés souffrent de la forte mortalité des migrant·e·s. Certain·e·s meurent sur le trajet, suite à des viols ou des vols, ou encore de la difficile traversée du désert. D'autres meurent après quelques années de vie aux USA, assassiné·e·s, accidenté·e·s dans des travaux à risque ou encore pour des raisons de santé, par exemple par la contraction de MST dans le recours à la prostitution de certain·e·s migrant·e·s. De plus, selon les personnes interrogées, cette migration s'accompagne quelques fois de problèmes tels que l'augmentation de l'alcoolisme, de la délinquance et de la violence au sein de la communauté. De nombreux hommes des municipalités de Huehuetenango sont d'ailleurs intégrés dans des réseaux de trafics de personnes, de drogue, et autres activités illégales liées au passage des frontières. Globalement, la migration signifie avant tout pour les Huehuetèques une possible ascension sociale. C'est une chance pour les familles de financer les études des enfants, d'acquérir un petit commerce pour assurer des revenus fixes voire une retraite, de se mettre un peu à l'abri en cas de maladie grave, d'obtenir parfois du prestige social dans la communauté. Or, l'économie familiale est un élément de poids que l'on peut observer dans la configuration des relations de parenté, principalement en ce qui concerne les filles³². Certaines auteures relèvent par ailleurs comment dans certaines zones de Huehuetenango, le rapport à la migration est devenu un style de vie de beaucoup d'hommes, qui influe considérablement sur la construction locale de la masculinité³³. Aussi, si les femmes laissent la porte ouverte à l'éventualité d'une ascension économique, sociale, lors de leur première grossesse et du départ de leur conjoint vers les États-Unis, elles restent lucides sur les risques d'échec de ce projet et les conséquences lourdes que cela peut entraîner pour elles et leur enfant. D'autant que la responsabilisation des pères, même ceux qui ne migrent pas, semble, pour ces jeunes filles, de plus en plus incertaine. C'est pourquoi elles lancent leur vie maternelle tôt, souvent par accident, mais espacent très souvent la seconde grossesse de plusieurs années.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam
- 13 avril 2014 -

Cristalia est mère célibataire. Je l'interroge sur les circonstances de la naissance de son enfant et de celui de sa sœur, mère célibataire également. Leurs deux petits amis de l'époque n'ont pas reconnu leurs enfants.

A - Toi, tu voulais tomber enceinte ?

C - Non. Je ne voulais pas. Ma sœur non plus, elle ne voulait pas. C'est juste arrivé.

A - C'était un accident ?

C - Oui c'était un accident. Je ne voulais pas.

A - Tu utilisais une méthode contraceptive ?

C - Nooon !! On n'avait pas de relations (sexuelles). Mais... (rires) je ne sais même pas comment ça a pu arriver. Je n'avais jamais eu de relations. Il y a eu juste une fois où... tu sais il n'est pas entré, c'est vraiment de la malchance.

32. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

33. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

Bon peut-être pas puisque j'ai ma fille et je ne voudrais pas ne pas l'avoir. Et puis je suis bien, je vais de l'avant, le travail... ma fille. Finalement c'est aussi une motivation pour faire quelque chose pour elle, pour nous. Je me bats. J'espère arriver à quelque chose.

La première grossesse intervient comme une étape naturelle pour beaucoup des jeunes femmes interrogées, dont le capital social est le plus faible. Elles deviennent mère pour la première fois comme un passage obligé de la vie, quelle que soit leur situation familiale, et surtout sans l'avoir planifié auparavant. L'avortement, limité par ses difficultés d'accès (illégalité, manque d'information, de moyens financiers, risques...), est peu souvent envisagé (Ch10-II-2). La formation d'une famille ne peut être considérée réellement dans ce cas comme un projet de vie, mais plutôt comme une voie naturelle pour une femme pour sortir de sa famille d'origine et en former ou en intégrer une nouvelle³⁴. Cependant, dans énormément de cas, les premières grossesses s'accompagnent d'une non-responsabilisation ou d'un abandon du partenaire. L'objectif devient alors de construire un projet autour de sa maternité, éviter à leur enfant d'avoir le même destin, la même condition qu'elles. Leur stratégie passe par l'éducation. Ces jeunes femmes vivent chez leurs parents et travaillent très dur pour maintenir leur enfant et lui offrir des opportunités pour le futur à travers les études. C'est pourquoi, elles envisagent souvent peu de chercher un nouveau conjoint, et surtout d'avoir un autre enfant dans l'immédiat, la maternité constituant un obstacle à l'accès au marché du travail permettant de subvenir aux besoins de leur premier enfant, ainsi qu'un facteur d'instabilité supplémentaire³⁵. Leur investissement personnel pour construire un futur souhaitable pour elle et leur enfant fait de leur maternité une expérience symbolique forte de revalorisation d'elles-mêmes, de projection, de planification de l'avenir, bien qu'elles vivent de lourdes difficultés et sont amenées à faire de nombreux sacrifices.

1.3 Dimension inexplicable dans le phénomène reproductif

Paulinda et Eugenia parlent d'une manière surprenante de ce phénomène nouveau de grossesses précoces et d'espacement des enfants :

**Paulinda et Eugenia - Abalac, Colotenango - 50, 60 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -**

IE - Elles disent qu'actuellement, les femmes se mettent en couple très jeunes et ont des enfants très rapidement, par rapport à avant. Elle dit que... elle dit qu'à un moment on tapotait l'os d'ici (à la hanche), comme on frappe à la porte... c'est comme un mythe... et quand cette partie sonnait c'est parce que tes hanches étaient prêtes pour que tu aies des enfants et donc tu pouvais t'unir avec quelqu'un. Et si ça ne sonnait pas encore c'est comme si c'était encore trop tendre et tes hanches ne sont pas encore... Mais que maintenant elles disent à leurs filles qu'elles ne se marient pas trop jeunes et qu'elles n'aient pas beaucoup d'enfants... mais les filles aujourd'hui tombent enceintes très jeunes. Parfois, elles se mettent en couple très tôt et à deux ou trois mois elles ont déjà un petit ventre. Elles ne prennent jamais le temps d'être avec leur mari ou le compagnon, de partager, de planifier. Leur truc c'est de s'unir et avoir des enfants. Et avant c'était comme... On le voyait d'une autre façon. Les femmes ne s'unissaient pas avant 18, 20, 22 ans. Mais après quand elles avaient des enfants, c'était à la suite, jusqu'à tous les avoir. Et maintenant, elles s'unissent et ont leur premier enfant très jeunes, mais après il y a quand même l'idée de l'option de se donner le temps entre les naissances des enfants.

34. Sanchez-Bringas, « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ».

35. Fassin, « Femmes, travail, maternité ».

A - Et selon elles à quoi est dû ce changement ?

IE, P et E - *parlent en mam*

IE - Eugenia commente que parce que... selon ce qu'elle a entendu... c'est déjà le moment où doivent naître beaucoup d'enfants parce que... pour que d'autres personnes voient la Terre parce que... ça se rapproche... comme... la fin du monde, l'apocalypse, quelque chose comme ça... et Paulinda dit presque la même chose. Un docteur lui a dit... un docteur ou quelqu'un qu'elle a entendu par là, qu'une fillette de six ans était tombée enceinte, juste comme ça, mais qui sait si c'est réel...

A - Elles sont évangéliques ?

IE - Oui...

Comme on peut le voir dans certains extraits d'entretiens déjà cités, dont celui qui précède, une large part de mystère enveloppe la pratique reproductive et la fertilité.

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 17 avril 2013 -

Une patiente se présente en consultation pour qu'on l'examine pour des pertes anormales. La gynécologue lui demande son âge. La patiente : « *j'ai 29 ans* ». La gynécologue : « *vous planifiez ?* ». La patiente : « *non* ». La gynécologue : « *quel âge a votre dernier enfant ?* » La patiente : « *quatre ans* ». La gynécologue : « *et comment ça se fait que vous n'êtes pas retombée enceinte ?* » La patiente : « *qui sait ?* ».

Fernanda, une femme mam de 35 ans d'Ixtahuacán, me raconte le passage magique dans sa vie d'une infertilité à une fertilité particulière. Elle m'explique d'abord les grandes difficultés qu'elle a eues pour avoir son premier enfant. Elle est tombée enceinte au bout de plusieurs années après avoir testé des remèdes naturels, spirituels et médicaux. La grossesse s'est très mal passée, notamment en raison des maltraitements de son mari. Elle a accouché par césarienne à l'hôpital de Huehuetenango où elle a été fortement atteinte de *susto*, ce qui a mis en danger sa vie et celle de son bébé. Son corps s'était refroidi et elle souffrait de tremblements incessants. Sa belle-mère avait beaucoup prié pour que le bébé arrive et puisse naître en bonne santé. Elle pense que c'est cela qui explique sa grossesse et qui les a sauvés, elle et son bébé. Suite à cette naissance, Fernanda ne pensait pas pouvoir retomber enceinte même si elle souhaitait avoir un autre enfant. Un an après la naissance du premier, sa belle-mère, qui était alcoolique, se suicide dans la montagne avec un produit toxique pour traiter le maïs. Fernanda retombe alors enceinte d'une petite fille. Parfois l'infertilité et la fertilité semblent difficilement explicables et maîtrisables. On peut alors se demander si cela ne rendrait pas moins intuitive l'idée même de planification, face à des phénomènes qui apparaissent hors du ressort de la gestion humaine.

1.4 Associer planification, aléatoire et précarité dans le choix d'une contraception

Dra Gimena - Huehuetenango - Gynécologue Aprofam - 34 ans - *ladina* - 29 avril 2014 -

La gynécologue Gimena me raconte qu'une des patientes stérilisée l'année dernière par l'équipe mobile d'Aprofam est venue à la clinique en demandant à ce qu'on lui « *enlève les anneaux* » parce que son bébé est mort trois mois après la stérilisation. Elle n'avait plus que deux enfants et en voulait un troisième. Apparemment, il a été très dur pour elle d'apprendre que ce n'était pas possible de dé-ligaturer. Gimena se demande comment ça se fait que certaines femmes conservent l'idée que ce n'est pas définitif.

La stérilisation pose souvent ce problème en raison de sa dimension définitive. C'est pourquoi il est si important pour les femmes d'être bien informées à l'avance de son caractère définitif dans un contexte de futur incertain, du fait de l'instabilité politique, sanitaire, culturelle, familiale, professionnelle, migratoire. . .

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam

- 13 avril 2014 -

C - Pour l'opération, il faut vraiment que les personnes soient réellement décidées de combien d'enfants elles veulent. Mais même comme ça des fois c'est difficile de savoir à l'avance. Une de mes cousines a eu quatre enfants. Après ça, son époux est parti aux États-Unis et il est mort sur le chemin. Elle s'est mise avec quelqu'un d'autre, et elle aurait aimé avoir un enfant de plus avec lui, mais elle n'a pas pu comme elle était opérée.

A - Son nouvel époux savait qu'elle était opérée quand ils se sont mariés ?

C - Mmm. . . qui sait ? [. . .] J'ai aussi eu vent d'une histoire d'une femme qui s'est mariée, et ils ont décidé d'avoir seulement deux enfants. Mais ils se sont séparés et elle a voulu se remarier avec un homme qui avait déjà eu deux enfants d'un mariage précédent et que la femme était partie en les lui laissant. Elle-même elle est venue avec une de ses filles chez l'homme. Et il a dit que comme ils avaient déjà trois enfants avec eux, il n'était pas nécessaire d'en avoir un autre. Ça m'a surpris qu'il n'insiste pas pour avoir son propre enfant avec elle. Tu sais jamais avec les hommes ce qu'il peut se passer.

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.

- 12 avril 2014 -

A - Quelles sont les méthodes que les femmes préfèrent utiliser ici ?

D et S - *parlent en mam*

D - Les pastilles et les injections parce que c'est par mois. Parce qu'il se peut qu'elles veulent un autre enfant dans six mois ou deux ans. Donc si on leur met une méthode de cinq ans c'est plus difficile parce qu'elles doivent attendre et peut-être qu'elles ne pourront plus avoir d'enfant. Je lui ai demandé pour l'opération, elle a dit qu'ici pas trop, les femmes ne veulent pas trop. Parce que peut-être ça ne va pas fonctionner et elles auront un autre enfant, ou peut-être ça va fonctionner et les enfants qu'elles ont vont mourir comme ça arrive et elles voudront en avoir un autre mais alors comment faire ? Donc elles préfèrent se contrôler plutôt que s'opérer. Maintenant si elles ont déjà quatre, cinq enfants, dans ce cas il arrive qu'elles s'opèrent, mais en dessous non. Elle dit que quand elle aura quatre enfants, elle pense s'opérer pour laisser les méthodes. Comme elle va arriver à la limite de ce qu'elle souhaite. Elle voudrait s'opérer directement en accouchant de son quatrième enfant, « *parce que si un meurt, elle reste avec trois, si un autre meurt, il reste encore deux* ». Donc elle se sentira bien de s'opérer, car elle ne veut pas avoir plus de quatre, même s'ils meurent, c'est le maximum qu'elle veut avoir.

Une des premières grandes interrogations dans mon travail de recherche portait sur l'aspect paradoxal des deux méthodes les plus utilisées en termes de planification, en grande partie en raison de leur accessibilité (connues, gratuites...) : l'injection hormonale et la stérilisation. L'injection représente souvent le provisoire, le fait de reporter à trois mois la question de la planification. La stérilisation est censée apporter une libération définitive de l'esprit de la planification familiale. Dans les deux cas, ce sont des méthodes apportant de la stabilité et de la libération d'esprit provisoire ou définitive. Ce qui n'est pas le cas de la pilule par exemple,

dont la prise quotidienne est contraignante mentalement et ne convient pas toujours dans des conditions de vie et d'hygiène instables. L'implant et le stérilet impliquent quant à eux de s'engager en partie sur cinq à dix ans. Si, en théorie, il est possible de retirer plus tôt ces deux méthodes, en pratique il est souvent difficile pour les femmes de le faire, en raison du peu de personnels qualifiés pour la pose et le retrait de ces méthodes peu répandues dans le secteur public, du coût du retrait qui est généralement payant, notamment avec Aprofam dont les services gratuits ne concernent que la pose de méthodes.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 11 juin 2013 -**

Une des femmes demande si elle peut enlever l'implant dans cinq ans. Le médecin lui dit que oui. Elle demande sceptique : « *mais vous allez revenir dans cinq ans ?* ». Le docteur un peu décontenancé répond : « *c'est un programme, si Dieu le permet, ainsi que l'aide internationale USAID, nous serons ici dans cinq ans* ».

Même quand les femmes réussissent à trouver l'argent et le service compétent pour réaliser le retrait d'un implant ou d'un stérilet, elles sont soumises à de fortes pressions morales de la part des personnels qui préféreraient les voir conserver la méthode. Pour certaines femmes, les rapports avec les personnels médicaux sont si peu supportables, et les visites au centre de santé inconfortables, que la stérilisation devient, entre autres, un moyen d'échapper au contact régulier de ces structures. Cependant, certaines femmes, souvent plus jeunes, préfèrent se rendre dans les services de santé régulièrement, même si les interactions n'y sont pas toujours des plus agréables. Elles y trouvent parfois de l'information, des examens en cas de problèmes de santé insolubles, du contact et de l'échange avec d'autres femmes dans ou aux alentours du centre, des médicaments gratuits pour leurs enfants, la possibilité d'obtenir de leur conjoint de l'argent et une dispense symbolique des tâches domestiques pour se rendre en consultation à la municipalité, etc. La prise trimestrielle d'injection permet ces rendez-vous réguliers au centre.

**Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam
- 21 juin 2014 -**

Gustavo est parti illégalement aux États-Unis quand son premier enfant avait trois mois. Il s'est fait expulser au bout d'un an et demi. À son retour à Todos Santos, sa femme a pris des injections de Depo-provera pour ne pas avoir un second enfant tout de suite. Je lui demande qui de lui ou sa femme a pris cette décision.

G - C'est elle qui a pris la décision. Moi je voulais avoir un autre bébé. J'aime les bébés (rires). Mais à cause du travail ça allait être difficile pour elle, ne pas pouvoir trop bouger avec la grossesse, et l'autre était encore très petit, c'était difficile pour elle. [...]

A - Et après c'est elle qui a pris la décision d'arrêter l'injection ?

G - Oui, c'était elle, elle voulait avoir un autre bébé. Comme l'autre était déjà plus grand. Un jour elle a décidé de ne pas aller faire l'injection [...] Et maintenant elle voudrait avoir une fille un peu plus tard, puisque nous avons deux garçons. Et on réfléchit à vouloir une opération après le troisième. Nous voulons trois enfants. Même si c'est encore un garçon je crois qu'elle va s'opérer. Ou qui sait ?

Enfin, la prise trimestrielle de contraceptif permet aussi finalement de temporiser face à toutes les incertitudes du lendemain et de se donner l'espace d'aviser au fur et à mesure, de voir ce dont on a envie ou pas, ce que l'on peut se permettre ou pas. C'est une manière de ne pas être dans une injonction planificatrice institutionnelle rigide, qui fait peu sens au cœur d'un quotidien précaire, et présageant le futur comme instable. Toutefois, créer les conditions

pour rendre possibles les modalités de gestion des naissances au fil de l'eau, n'empêche pas les jeunes femmes de combiner cette posture avec des projections idéalisées éventuelles :

**Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -**

A - Et donc tu me disais que quand tu vas te marier, tu aimerais avoir un bébé assez vite. Et après tu veux en avoir un autre directement ou tu préfères attendre ?

R - Bon en ayant un je verrais déjà comment ça se passe pour s'en occuper. Ça dépend. Peut-être si je me marie à 26 ans, j'en aurais un autre à 28 ans. Et c'est tout. Seulement deux. Mais qui sait !? (rires)

Rosa planifie ainsi sans planifier. Elle imagine un scénario en laissant les portes ouvertes au changement en fonction des circonstances, de ce qu'elle expérimentera, de ce dont elle aura envie et de ce qu'elle estimera pouvoir se permettre. Ces scénarios « idéaux » dont témoignent certaines jeunes femmes comme Rosa sont souvent proches des modèles proposés par les institutions et relayés par leurs représentants médicaux, mais aussi éducatifs ou médiatiques.



Jeune mère célibataire d'une communauté de Todos Santos

2 Intégration partielle de la norme procréative institutionnelle

2.1 Un idéal qui correspond au modèle institutionnel

Virgilio - Huehuetenango - 20 ans - mam
- 18 mai 2014 -

A - À quel âge tu planifies de te mettre en couple ?

V - À... 25 ans

A - Et quand est-ce que tu penses avoir ton premier enfant ?

V - Un an après. Mais je pense que les enfants seront deux, pas plus.

A - Pourquoi deux ?

V - Parce que pour en maintenir beaucoup, trois, quatre, huit, je ne vais pas être capable. Avec deux c'est suffisant pour s'en sortir avec l'argent, leurs études, leurs vêtements, leur nourriture...

L'idéal décrit par Virgilio est similaire à celui de Rosa mais aussi à celui prôné dans les directives éducatives institutionnelles. Il s'agit de former un couple hétérosexuel aux alentours des 25 ans, avoir un premier enfant directement, puis un second plus tard et s'arrêter là. Si cette norme procréative a pu se transmettre et s'intégrer chez des jeunes qui ont suivi des études ou occupent un emploi relativement valorisé, elle est moins répandue chez les jeunes gens qui ont été peu scolarisés et se trouvent dans une situation sociale plus difficile. Les jeunes qui gardent en tête cet idéal ne le suivent pas toujours en pratique. Toutefois, ils cherchent à appliquer les principes jugés les plus importants dans la hiérarchie de valeurs des professionnel·le·s qui leur transmettent cette norme. Le fait d'avoir peu d'enfants, deux ou trois, et d'utiliser des méthodes contraceptives « modernes », devient plus important que l'âge du premier enfant ou que l'espacement entre eux. Si ces jeunes partagent cette norme reproductive, c'est souvent parce qu'ils y sont formés dans le cadre scolaire (Ch5-I). Le projet de vie génésique des jeunes femmes intègre des idéaux et des attentes, souvent englobés dans un profil d'existence plus général. Certaines adoptent ainsi une remise en question des aspects d'un rapport « traditionnel » à la procréation, qu'elles formulent notamment en termes de réussite et d'insertion sociale. Elles s'inscrivent toutefois en décalage total entre leur désir d'émancipation et l'autonomie dont elles disposent pour réaliser celui-ci, autant du point de vue financier que social³⁶. C'est pourquoi l'enjeu et le préalable majeur de l'acquisition de moyens financiers pour la mise en place du projet génésique est souvent contrarié par une première grossesse, qui arrive le plus souvent accidentellement avant 25 ans même parfois chez les jeunes femmes qui ont étudié. Aussi, l'éducation en planification familiale consiste plutôt à diffuser un modèle idéalisé qu'à transmettre des informations et des moyens de planifier. Ce modèle idéal aboutit alors à la création de normes procréatives qui classent les citoyennes en fonction non seulement de leur adhésion symbolique au modèle, mais aussi de leur capacité pratique à s'en rapprocher.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Et comment ça se fait que les femmes tombent enceintes jeunes ?

C - Je pense que les méthodes ne sont pas arrivées... peut-être c'est comme... un manque d'éducation. Parce qu'elles ne se rendent pas compte que c'est mieux de...

Ou parce que les choses se passent et... bon dans mon cas j'avais déjà 22 ans quand ça m'est arrivé.

36. Grenier-Torres, « Capacité reproductive et itinéraires génésiques chez les femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire ».

Je travaillais en lien avec les méthodes de planification, j'étais diplômée en CAP santé rurale, j'informais les femmes sur l'importance d'utiliser des méthodes contraceptives, imagine ! (rires) Mais comme je n'avais jamais pensé... J'étais avec mon copain depuis trois ans et il ne s'était rien passé... il y avait du respect... et donc non ! Mais bon... je suis quand même tombée enceinte. Et moi qui pensais que j'étais différente des femmes avec qui je travaillais... (rire)

Le fait de diffuser ces modèles idéaux et de faire intégrer ces normes auprès de jeunes femmes qui étudient, ou qui ont plus facilement accès aux espaces de diffusion de ces modèles, entraîne un effet de renforcement des hiérarchies au sein de la population féminine indigène, entre celles qui ont compris, et celles qui n'en sont pas capables et sur lesquelles on ne peut agir que par autorité. Les femmes comprennent toutefois l'existence de ces modèles hiérarchisés au sein de la sphère institutionnelle, même si elles ne les maîtrisent pas entièrement et qu'elles n'y adhèrent pas forcément. On voit alors apparaître le décalage entre une connaissance, voire une intégration du modèle, et une méconnaissance technique, par la valorisation du premier au détriment du second :

**Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango
- 17 mai 2013 -**

Une femme indigène se présente avec son mari pour changer son implant qu'elle porte depuis deux ans. Elle veut être sûre qu'il continue de fonctionner. L'éducateur lui dit que c'est pour cinq ans. Elle répond que non, que c'est pour trois ans. Le mari ajoute que ça peut être pour trois ans ou pour quatre ans, que ça dépend des femmes, et du poids. On les fait passer avec le médecin à qui ils répètent qu'on leur avait dit que l'implant était pour trois ans. Le médecin dit qu'il ne va pas changer l'implant, mais il les félicite de l'avoir porté pendant deux ans, et d'avoir su comprendre le bénéfice qu'il leur apporte. La patiente répond qu'il n'ont que trois enfants et qu'ils ont compris qu'il n'y a pas d'argent pour les maintenir et que c'est pour ça qu'elle veut changer l'implant pour être sûre. Ils disent qu'ils ont même pensé à l'opération comme on leur avait conseillé la dernière fois et reposent une question sur la diète alimentaire qui suit l'opération. Puis la femme redemande si le médecin ne pourrait pas lui faire une faveur en lui changeant son implant, elle ajoute que sa fille était en train de jouer et elle lui a cassé. Le médecin répond que c'est impossible et qu'il voit bien que la méthode est toujours dans le bras. Mais la patiente insiste en disant que sa fille a même fait sortir un petit bout de l'implant.

2.2 Intégrer la norme pour s'intégrer soi

On constate dans l'observation précédente que la patiente cherche l'approbation des personnels médicaux pour obtenir ce dont elle a besoin. Pour cela elle n'hésite pas à se valoriser par la connaissance de la norme procréative que ceux-ci cherchent à diffuser. Ce phénomène est apparu très régulièrement au cours de l'enquête dans les milieux médicaux :

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 18 avril 2013 -**

Une jeune femme de 23 ans se présente à la consultation pour enlever l'implant qu'on lui a mis lors d'une *jornada* Aprofam. Elle a eu son premier enfant à 18 ans quand elle s'est mariée. Elle dit vouloir à présent un second enfant et, comme pour s'en justifier, elle insiste sur le fait qu'elle envisage de se faire opérer directement lors de l'accouchement. Elle discute avec la gynécologue de « *ces femmes qui ont plein d'enfants* » de façon dépréciative. La gynécologue dit « *elles sont annuelles, elles ont un bébé chaque année !* ».

La patiente rigole à la blague et raconte que quand elle a accouché à l'hôpital il y avait une patiente qui avait eu 15 enfants. Elle ajoute « *son mari ne voulait pas qu'elle s'opère, elle paraissait vieille...* ». La gynécologue la coupe « *elles ne sont mêmes pas si vieilles, peut-être 36 ans, mais avec tant d'enfants...* ». La patiente se rattrape « *oui, elles ne sont pas toutes vieilles, mais avec autant d'enfants elles s'usent et paraissent vieilles!* »

Les patientes sont régulièrement enclines à développer des jugements de valeurs sur les pratiques reproductives « hors-normes » des autres femmes, afin de valoriser les leurs, et parfois pour gagner la confiance des personnels médicaux. Elles élaborent des discours qui reprennent les argumentaires qu'elles écoutent au sein des institutions sur la question d'un « *manque d'éducation* » ou de « *l'ignorance* » des femmes « *qui ne planifient pas* » et qui donc « *ont beaucoup d'enfants* ». Elles intègrent ainsi une posture de supériorité éducative et morale. À travers la valorisation d'un idéal reproductif qu'elles ont intégré, elles se classent dans la partie supérieure de la hiérarchie des citoyennes « modèles » en terme de planification familiale.

Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango - 17 mai 2013 -

Une femme de 24 ans venue se faire poser un implant sort positive au test de grossesse et s'en va. Elle a une allure de *Ladina* pauvre de zone rurale, mais elle est peut-être indigène. L'aide-soignante déclare à haute voix et de manière dépréciative que cette femme a déjà quatre enfants. Une patiente *ladina* citadine raconte qu'elle-même a seulement deux enfants, et qu'elle en avait discuté avec la femme « *paysanne* » qui vient de partir et que celle-ci lui a caché qu'elle en avait quatre, car elle lui a dit qu'elle en avait aussi deux comme elle : « *elle avait honte de dire la vérité, quand j'ai dit deux, elle a dit deux aussi* ». Les patientes *ladinas* commencent à discuter entre elles en disant que deux ou trois enfants c'est suffisant parce que les enfants pleurent beaucoup et aussi qu'il n'y a pas de travail. Puis, une d'entre elle commence à dénigrer par un registre culpabilisant la jeune femme qui est partie après avoir appris qu'elle attendait son cinquième enfant. Une autre essaye de la tempérer en utilisant plutôt un registre de la pitié.

La dimension sociale et ethnique joue énormément dans la manière dont les femmes vont légitimer et intégrer la norme procréative. Si cette intégration permet un placement dans la hiérarchie citoyenne, elle permet de se différencier de la population indigène pauvre et ignorante dont on cherche à se distinguer. Cela fonctionne pour les patientes *ladinas*, comme pour les patientes qui cherchent à se démarquer d'une identité indigène négative qu'on leur assigne généralement. Enfin, si des jeunes femmes adhèrent en partie au discours institutionnel normatif concernant la planification familiale, elles adhèrent également au discours communautaire sur les dangers des méthodes contraceptives médicalisées pour la santé. Beaucoup d'entre elles laissent entendre que ces méthodes contraceptives sont utiles pour limiter les enfants, mais qu'elles préfèrent éviter quand même de les utiliser. On peut alors considérer que plusieurs registres normatifs cohabitent.

2.3 Adhésion résignée au modèle normatif

On peut aussi noter une autre forme d'adhésion à la norme procréative qui résulte plutôt d'une résignation face à l'impossibilité de planifier au-delà de trois enfants :

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Tu voudrais déjà avoir ton autre enfant ou plus tard ?

P - Plus tard. Parce que... je ne peux pas avec les deux. Quand il aura trois ou cinq ans peut-être.

A - Et tu sais combien d'enfants tu veux ?

P - Peut-être trois. Seulement trois.

A - Pourquoi trois ?

P - Parce que... je sais pas... C'est qu'on m'a opéré. Du bébé.

A - On t'a fait une césarienne quand ton bébé est né ?

P - Oui. Donc après ils m'ont dit que ça serait seulement trois. Deux de plus et terminé. Si c'était un accouchement normal alors oui je pourrais bien en avoir quatre. Bon mais aussi... pour les dépenses, s'en occuper, je ne voudrais pas en avoir trop. Peut-être quatre si j'avais pu.

Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango
- 8 mars 2013 -

Je discute avec une patiente de 23 ans jacalteka qui vient se faire enlever l'implant qu'elle a depuis cinq ans pour le remplacer par un nouveau. Elle a eu son premier enfant à 16 ans et son second à 18 ans. Elle m'explique qu'elle en voudra un troisième mais plus tard, car ce sera le dernier, parce que ses deux premiers sont nés par césarienne et qu'elle sera obligée de se faire opérer : « *ils ne laissent pas les femmes avoir plus de trois césariennes, donc ils les opèrent automatiquement* ». Elle ajoute « *bon peut-être que c'est bien parce que là où je vis beaucoup de femmes ne planifient pas et leur famille ressemblent à des petites marimbas (rires). Je crois que c'est mieux trois, c'est ce qu'il se dit* ». Je lui demande si elle aurait aimé avoir plus d'enfants si elle n'avait pas accouché par césarienne. Elle me répond en riant « *peut-être... oui... je crois que oui... ou qui sait...* »

Dans ces deux cas, l'adhésion à la norme est plutôt conçue comme une obligation émotionnelle, pour se préserver de rêver à une planification impossible, que comme une obligation morale. Il s'agit plutôt d'une adhésion résignée au discours normatif, puisque de toute façon le choix d'envisager de passer outre semble fermé.

Chapitre 9

Normes de genre, rapports à la sexualité et logiques reproductives

Au Guatemala, bien que la maternité soit valorisée socialement, les femmes auprès desquelles l'enquête a été menée peinent à la vivre dans de bonnes conditions. L'expérience de la maternité indigène dans un contexte de pauvreté est traversée simultanément par un ensemble normatif contraignant et par l'absence d'attention et de soin. Selon Cabezas, ce fractionnement et ce manque, impulsé par l'État et la communauté, constitue une violence¹. Du fait de leur assignation à la reproduction et à son contrôle, les femmes, et particulièrement lorsqu'elles sont indigènes, se confrontent à un ensemble de dilemmes moraux, psychologiques, physiques, financiers, corporels... (Ch12)

I Planification et patriarcat

Au cours de leur trajectoire reproductive, les femmes expérimentent diverses expériences et opèrent des choix parfois complexes concernant la planification familiale. Cette complexité découle en grande partie de négociations face aux inégalités vécues dans l'organisation sociale de genre.

1 Risques et inégalités dans la sexualité pré-conjugale

L'initiation sentimentale et sexuelle de Kely

Kely est une jeune femme mam de 17 ans. Depuis trois ans elle flirte, principalement par messages, avec un jeune homme de 24 ans nommé Dani. Tous deux sont de Todos Santos. Quand elle avait 13 ans, Dani l'a invitée chez lui pour lui « montrer sa maison ». Il a alors cherché à avoir une relation sexuelle avec elle, qu'elle a refusé, prétextant qu'elle voulait rester vierge avant le mariage. Elle m'explique qu'en vrai elle avait peur de tomber enceinte, de probablement devoir arrêter ses études et quitter sa famille ou élever seule un enfant à 14 ans. Elle estime que Dani a insisté, mais qu'il ne l'a pas forcée. Il l'a toutefois enfermée dans sa chambre en disant qu'il allait demander à ses parents qu'elle reste vivre ici avec lui. Dani a un enfant qui avait trois ans à l'époque. Il venait de mettre la mère de l'enfant à la porte car, selon lui, elle le trompait. Il a gardé l'enfant et l'a confié à sa mère qui vit sous le même toit, le temps de trouver une autre femme pour s'occuper de lui et de l'enfant. C'est ce qui explique, selon Kely, cette brutale tentative d'union forcée à laquelle elle a échappé en s'enfuyant par la fenêtre. Après cet

1. Cabezas, *Maternidad indígena en Colta*.

événement, ils ont continué à flirter malgré tout. Kely est toujours vierge pour ne pas risquer une grossesse, mais elle aime flirter avec des garçons. Elle s'y prend donc presque uniquement par message ou dans des lieux publics entourée de monde, de préférence des copines, pour ne pas subir de pressions à un rapport sexuel. Elle tente d'arbitrer entre sécurité et discrétion. Elle considère malgré tout que Dani est comme son petit ami. Elle a une photo de lui entourée de cœurs dans sa chambre et chaque fois qu'elle écoute des *bachatas* romantiques, elle pense à lui. Dani fréquente plusieurs jeunes femmes, il ne s'est finalement pas uni à nouveau depuis le départ de la mère de son fils. Il appelle Kely de temps en temps, ils se titillent en espagnol plutôt qu'en mam pour être plus discrets face à leurs parents qui maîtrisent peu l'espagnol. Chez les jeunes mam, l'espagnol est considéré comme une langue romantique, celle des séries et des chansons d'amour. Kely me montre amusée et émoustillée des messages où Dani écrit : « *pourquoi tu ne m'invites pas à me laver dans le chuj avec toi ?* ». Elle lui répond : « *tu as qu'à venir !* », et lui : « *je suis déjà en route, j'arrive !* ». Elle admet timidement qu'elle ne sait pas s'il est sérieux, comme elle n'a pas su s'il était sérieux pour cette histoire de mariage improvisé quand elle avait 14 ans. Elle pense qu'il s'agissait peut-être juste d'une technique pour qu'elle cède au rapport sexuel en la rassurant sur le fait qu'il assumerait les conséquences en s'unissant avec elle si elle tombait enceinte. Sauf que cela n'a pas suffi à la rassurer, son geste lui a semblé à la fois violent et romantique, passionné. Les hommes ne lui inspirent pas confiance, entre autre à cause de diverses pressions qu'elle a subies pour céder à un rapport sexuel, d'attouchements par des inconnus ou des connaissances, d'expériences de ses copines dont les petits amis de qui elles sont tombées enceintes ont assuré qu'ils allaient assumer leurs responsabilités et ont finalement disparu aux États-Unis. . . Kely construit son rapport aux hommes en jonglant entre son désir de se rapprocher des modèles amoureux de la culture populaire qui la fascinent et sa méfiance et désillusion des hommes qui pourtant l'attirent.



L'initiation sexuelle pré-maritale est assez répandue dans la région huehuetèque. Elle a des conséquences inégales chez les garçons et les filles, dans la mesure où il est rare que les premiers

rapports sexo-génitaux se réalisent sous contraception. En effet, cette initiation s'accompagne peu d'informations sur les risques liés, telles que les manières d'éviter une grossesse non-désirée ou la contraction d'IST. L'information est encore moindre pour les jeunes filles, car la sexualité pré-conjugale féminine est connue, mais peu acceptée socialement. Elle ne s'accompagne pas non plus d'outils pour affronter les tentatives de persuasions, voire les pressions fortes exercées par certains partenaires afin qu'elles cèdent au rapport sans réellement y consentir. Les jeunes femmes se confrontent le plus souvent à une injonction contradictoire liée à la valorisation de la virginité et de la virilité : on les encourage à la fois à être abstinentes et à céder au désir masculin². Le désir féminin est perçu comme une tare, une perversité, quelque chose d'anormal, et le désir masculin comme naturel, instinctif, peu contrôlable.

L'absence de responsabilisation masculine concernant les risques semble se combiner au sentiment de pouvoir des hommes sur le corps des jeunes filles, encourageant des rapports non-protégés et non-consentis. Lors de l'observation d'un atelier sur les risques liés à la sexualité, l'animatrice essayait de faire discuter les jeunes filles à partir de la question suivante : « *la femme peut-elle tomber enceinte lors du premier rapport sexuel ?* ». Les jeunes filles témoignèrent alors des pressions qu'opèrent les petits-amis pour que les filles cèdent à un rapport sexuel : « *ils disent que si on ne prouve pas qu'on les aime de cette manière là, ils vont nous laisser* », « *les petits-amis ils disent que de toutes façons tout le monde pense déjà ou va savoir que l'on a eu des rapports sexuels avec eux-mêmes si on en a pas. Ils disent que dans tous les cas on est déjà mal vu, et que s'ils nous laissent on ne trouvera personne d'autre, et que donc autant le faire* »... Elles témoignèrent aussi des difficultés pour les femmes d'assumer d'avoir des relations sexuelles face à leur entourage ou même face à des personnels de santé, de peur qu'on les juge, ce qui était déjà arrivé à des proches (voire à elles-mêmes pour certaines, mais elles ne l'ont pas raconté collectivement). Elles constataient les écarts et les inégalités qu'il pouvait y avoir concernant la sexualité des jeunes hommes du même âge. Le fait d'avoir de nombreuses conquêtes sexuelles était valorisé chez les jeunes hommes, mais aussi la non-responsabilisation suite à une grossesse était le plus souvent tolérée, à la fois par la famille du jeune homme, par la communauté et par les autorités légales, du fait de la responsabilisation féminine de la contraception (cf II). La pression sociale relative à la sexualité pré-conjugale s'exerce donc différemment sur les jeunes filles et jeunes hommes. Le fait que les jeunes hommes aient la liberté de ne pas reconnaître un enfant, ou de le reconnaître mais de ne pas le prendre à charge matériellement, ou encore de le prendre en charge puis de l'abandonner dans un second temps... impacte très considérablement le rapport genré à la planification familiale dès l'adolescence.

2 L'union comme perspective d'émancipation - la grossesse comme perspective d'union

La tentative d'union précoce proposée autoritairement par Dani à Kely aurait pu fonctionner si Kely n'avait pas étudié et qu'elle évoluait dans un contexte familial difficile, d'un point de vue matériel ou émotionnel, qu'elle aurait pu vouloir fuir. Pour des adolescentes ou des jeunes femmes qui n'ont ni la possibilité d'étudier, ni de migrer, le fait de s'unir est souvent envisagé comme une option de porte de sortie d'un contexte familial violent ou dans lequel elles sont privées d'opportunités. Or, il arrive qu'une grossesse facilite, ou du moins précipite, la possibilité de s'unir, comme dans le cas de Gustavo et son épouse :

2. Mathieu, *L'anatomie politique*.

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam

- 21 juin 2014 -

G - J'ai rencontré mon épouse à l'école, elle était d'une autre communauté de Todos Santos pas très loin.

A - Vous vous êtes unis avant que tu partes aux États-Unis ?

G - Oui mon fils était même déjà né quand je suis parti, il avait trois mois.

A - Vous vous êtes unis avant ou après que ton épouse soit enceinte ?

G - *Il sourit* - Quand on s'est uni elle était déjà enceinte. Quand sa famille l'a appris, je l'ai aussi dit à mon père et à ma mère et on est allé voir sa famille pour leur dire qu'elle était avec moi et donc on a conclu un accord pour que je l'emmène.

A - Quand elle est tombée enceinte, vous aviez planifié ou c'est arrivé par accident ?

G - Non, on l'avait planifié. Elle voulait partir de chez elle et venir avec moi, et moi aussi je voulais ça. On s'est dit que ça serait plus simple de négocier avec nos familles si elle était enceinte.

Evelina et Martina évoquent également cette stratégie d'émancipation par l'union qu'utilisent de nombreuses jeunes filles qui vivent des situations difficiles :

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète E.

- 29 juin 2014 -

IE - Elle dit qu'actuellement il y a beaucoup de filles qui s'unissent très jeunes, à 14 ou 15 ans, parfois 17. Des fois c'est parce qu'elles veulent un mari et donc elles tombent enceintes de lui et espèrent qu'il les emmènera chez lui. Parce que des fois leur père est très agressif, et il maltraite et des fois la maman est très exigeante et oblige à faire énormément de choses, et donc des fois elles se désespèrent et elles se mettent en couple. Et des fois c'est le père lui-même qui les encourage à se marier, surtout quand elles n'étudient pas et que viennent des belles-filles à la maison qui peuvent faire le même travail qu'elle, ça fait beaucoup de monde à nourrir. Et si là elle tombe enceinte, alors le papa va tout faire pour la mettre dehors en la mariant, soit avec le père du bébé, en négociant avec la famille de l'homme pour qu'il assume ses responsabilités et qu'il prenne la fille, soit avec n'importe qui. Mais si tout va bien dans la famille, ça se passe différemment. Comme Evelina. Elle est restée avec son bébé chez son père. Ou comme moi et ma fille chez ma mère. Mais on participe financièrement avec notre travail, on aide à la maison et on s'entend bien avec nos parents et ils ont besoin de nous donc c'est différent.

Martina - El Pajon, Todos Santos - 28 ans - mam - Interprète D.

- 14 avril 2014 -

D - La sœur de Martina a 18 ans, elle s'est unie à 16 ans et planifie depuis, parce qu'elle étudie pour l'instant. C'est comme un accord qu'elle a fait avec son mari. Elle dit qu'en fait sa famille n'avait plus d'argent pour qu'elle puisse étudier donc elle a cherché comment continuer et elle s'est mise d'accord avec un jeune homme qui l'aimait bien, ils se sont unis et il lui paye ses études. Et les beaux parents aident aussi je crois.

La grossesse pour cette génération est souvent envisagée afin de déclencher la mise en couple et donc la sortie du foyer pour la jeune femme. Mais il est plus confortable qu'elle puisse arriver à un accord avec le jeune homme avant la première grossesse pour être sûre que cette décision comportera une dimension émancipatrice et de meilleures perspectives de vie. Dans ces cas là, l'union permet à la fois de voir s'il est possible de construire un quotidien et un avenir meilleur par ce biais, tout en se préservant d'une attache engendrée par une première grossesse.

Après une mauvaise expérience de ses premiers mois d'union, Rosa a ainsi pu se retirer de chez sa belle-famille, qui vivait dans une communauté proche de la sienne. Elle a réussi à trouver un travail dans un hôtel de la municipalité d'Ixtahuacán dans lequel elle loge, ce qui lui a permis de se séparer de son conjoint sans avoir à retourner chez sa propre famille, et sans que les personnes qu'elle côtoie à présent au quotidien à Ixtahuacán ne connaissent son histoire :

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -

A - Pourquoi tu t'es mariée si jeune

R - Par bêtise! Qui sait pourquoi... Parce qu'il me disait qu'il allait m'aimer pour toujours, il me disait « *marions-nous, marions-nous, marions-nous...* » et il est allé demander chez moi que je me marie avec lui. Et j'ai accepté. Parce que je ne m'entendais pas avec la femme de mon père et comme mon père partait travailler au Mexique c'était difficile. C'est aussi pour ça que j'ai accepté, pour partir de chez moi, je voulais sortir de ma maison. Et comme il se comportait bien avec moi. Je voulais un mari qui m'aime, qui m'aime pour de vrai.

A - Et c'est comment un mari qui t'aime pour de vrai ?

R - C'est un mari qui me traite bien, qui ne fait pas de problèmes, qui prend soin de moi, par exemple si j'ai une maladie qui va prendre soin de moi, me donner des médicaments, même s'ils sont chers. Et moi aussi je peux prendre soin de lui. Mais maintenant je pense à comment sont les hommes, et je pense que peut-être je ne vais pas me marier.

A - Et tu aimes ton travail à l'hôtel ?

R - Oui j'aime presque tous les types de travaux, mais si je me mariaais, je préférerais travailler à la maison, même si le travail est plus dur.

A - Et comment tu ferais pour l'argent.

R - Mon mari va me donner mon argent si je travaille à la maison! (rires) Si tu restes travailler à la maison, ton mari doit te donner de l'argent. C'est bien pour cela qu'on se marie, sinon pour quoi? Il doit se rappeler de me donner mon argent, je n'aimerais pas que ce soit nécessaire que je demande, il doit s'en rappeler tout seul.

A - Et tu aimerais te marier avec un garçon d'ici ?

R - Moi j'aimerais bien un de El Portal, une communauté proche d'Ixta, j'aime là-bas le climat et l'endroit, il fait plus frais qu'ici. Et c'est pas loin de la municipalité donc je pourrais me déplacer, avoir l'eau, l'électricité, tout plus facilement. Mais ça m'est égal d'où il vient, la langue qu'il parle, l'important c'est sa façon de penser. Ça m'est égal d'où il est, je veux juste qu'il me respecte et qu'il travaille.

Rosa considère qu'elle a eu beaucoup de chance de ne pas tomber enceinte durant ces premiers mois d'union car elle n'avait pas accès à la contraception. Même si l'union permet aux femmes de planifier plus facilement et légitimement au sein des structures de santé, c'est rarement le cas au sein de la belle-famille ou de la communauté. Aussi, si l'union constitue parfois une stratégie d'émancipation, le mari et la belle-famille ont un regard important sur la jeune femme qui s'installe chez eux, et exigent souvent qu'elle tombe enceinte dès l'union conclue. Rosa raconte à propos de sa première union :

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -

R - J'avais 18 ans quand je me suis mariée. Je suis partie vivre chez lui. Nous n'avions jamais eu de relations (sexuelles). Il ne me traitait pas bien, il ne ramenait pas d'argent à la maison. Nous avions des problèmes tous les jours.

La belle-mère se comportait mal aussi. Alors je suis partie.

A - Quel était le comportement de la belle-mère ?

R - Comme je ne tombais pas enceinte, ils ont commencé à dire que je prenais des pilules, que je ne voulais pas donner un enfant à mon mari. Mais moi je ne prenais rien. Chaque mois je voyais ma menstruation. Il me disait : « *tu vas sortir de la maison si tu ne peux pas avoir d'enfants* ». Là j'ai vu qu'il ne m'aimait plus, qu'ils ne voulaient plus de moi. Je suis partie.

A - Toi tu voulais avoir un enfant avec lui rapidement quand tu t'es mariée ?

R - Plus ou moins. Oui je voulais, mais à la condition qu'ils me traitent bien. Bon... il a commencé à fréquenter une autre femme, il m'a sorti de la maison et y a installé cette femme. Elle était enceinte.

A - Toi tu voulais rester avec lui ?

R - Bon. . . oui je voulais rester.

A - Parce que tu étais amoureuse ?

R - Pas si amoureuse, plus ou moins. Quand il se comportait bien, oui je l'aimais et je voulais rester avec lui. Mais comme après il ne s'est pas bien comporté. . . Mais de là à quitter la maison, je ne sais pas. . . je ne savais pas trop quoi faire. Quand j'ai vu qu'il était avec cette femme enceinte, je suis partie. C'est ce qu'il voulait, que la fille me remplace. Mais après la naissance du bébé, il est parti à Cancún et il a sorti la fille de la maison. Il disait que le bébé n'était pas de lui. En revenant de Cancún, sa mère était partie, elle s'est unie avec un autre homme, son père était mort il y a longtemps, dans le conflit armé. Alors lui, il a fait rapidement venir une autre femme pour s'occuper de la maison, elle n'est pas tombée enceinte non plus. Il l'a sorti aussi. Il n'a jamais mis une femme enceinte !

A - Évidemment c'était un problème qui venait de lui !

R - Oui! (rires) Mais après il s'est remarié encore avec une femme qui avait déjà un enfant. Et comme personne sait de qui est l'enfant, il dit que c'est de lui. Mais elle, elle voulait un autre enfant et il ne vient pas. Il nous maltraitait, nous culpabilisait, sa mère aussi, mais c'était lui qui ne pouvait pas mettre une femme enceinte. Bon heureusement maintenant je sais c'est mieux comme ça. . . !



Jeune fille d'une communauté de Todos Santos

3 Résidence patrilocale et preuve de la capacité reproductive féminine

Dans la négociation d'une union, il arrive que la famille de l'homme rétribue la famille de la femme pour compenser l'éducation qui lui a été apportée et le fait qu'elle deviendra une force de travail pour la famille de l'homme en raison de la résidence patrilocale. Si une fille enfante hors union ou mariage, cela représente une perte pour ses parents qui négocient difficilement la conjugalité de leur fille avec le géniteur, et l'enfant finit souvent par constituer une charge supplémentaire pour la famille³. Avec peu de possibilités pour partir, dans plusieurs endroits au Guatemala où la pratique de la résidence patrilocale est la norme, beaucoup de femmes s'estiment être les « *servantes* » de la belle famille. Elles disent y subir infériorisation, humiliation, mauvais traitements, privation de liberté, violences⁴. Graciela Freyermuth relève que les jeunes femmes enceintes dès l'union conclue se trouvent dans une situation de désavantage face aux hommes et à d'autres femmes majeures qui peuvent décider de leur accès à une attention médicale opportune. Le positionnement social dans une structure de parenté que ces jeunes femmes acquièrent à travers le mariage, les situe selon elle dans une condition de risque mortel, en particulier durant la grossesse, l'accouchement et les mois qui suivent⁵.

Au cours de l'enquête, j'ai peu entendu les femmes mentionner qu'après avoir atteint leur idéal de fécondité, elles devraient continuer à faire des enfants selon l'obligation du conjoint. Pourtant ces cas font office de généralité au regard des soignants. Sans nier que ces cas puissent exister - ils sont d'ailleurs décrits sur d'autres terrains anthropologiques⁶ -, les femmes évoquent plutôt le manque de ressources économiques comme un obstacle à la formulation d'aspirations reproductives, et rarement en terme d'indépendance de leur conjoint. Toutefois, plusieurs femmes rapportent des impératifs reproductifs formulés par leurs conjoints ou leurs belles-familles pour ce qui est de la première grossesse. La stigmatisation des femmes qui peinent à tomber enceinte est très forte car la femme est désignée comme unique responsable⁷. Tout comme Rosa, Petra, Fernanda et Catia se sont confrontées à cette situation :

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Quand tu t'es unie, ton époux aussi voulait planifier ?

P - Humm... quand on s'est unis... je lui ai dit en premier que moi non : « *je ne veux pas en avoir tout de suite et je veux utiliser une méthode* ». Et donc lui il m'a dit : « *d'accord, dans cinq ans nous aurons notre premier fils* ». Mais ma belle-mère, je ne sais pas, elle s'est énervée contre moi... parce que je ne voulais pas encore d'enfant.

A - Elle voulait que tu en aies directement ?

P - Je ne sais pas, c'est que des fois ils sont comme ça les gens ici... Ceux qui sont âgés déjà. Les jeunes c'est autre chose, ils ont changé. Donc, comme je ne voulais pas encore d'enfants, alors elle m'a dit comme ça : « *si tu ne veux pas encore d'enfants... et bien ça veut dire que tu peux partir d'ici n'importe quand* ».

3. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

4. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul* ; Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

5. Freyermuth Enciso, *Las Mujeres de Humo*.

6. Grenier-Torres, « Capacité reproductive et itinéraires génésiques chez les femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire ».

7. Grenier-Torres.

A - Comment ça ?

La sœur de Petra qui assiste à l'entretien intervient.

Sœur de P - Pour la chasser de la maison ! Ils lui ont dit : « *il y a d'autres femmes au village, et elles elles veulent des enfants, si toi tu n'en veux pas il vaut mieux que tu t'en ailles, donc vas-t'en* ».

A - Ils t'ont dit ça ?

P - Oui... Mais moi j'ai répondu à ma belle-mère : « *c'est toi qui vas prendre soin de mon bébé ? C'est toi qui vas me donner de l'argent pour les frais ? Tu vas m'aider ?* » . Et mon père m'a soutenu dans ma décision, ça m'a aidée parce qu'à un moment je suis retournée chez moi. Mon mari est venu me rechercher on a parlé et il m'a comprise, il m'a dit : « *laisse-la parler, ne fais pas attention à elle* ». Bon je suis retournée chez eux et comme tu sais finalement on a pas pu tenir les cinq ans avant que naisse mon bébé.

Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam
- 12 mai 2014 -

A - Et donc quand tu étais à Xela et que tu es allée vivre avec ton conjoint c'est là que tu es tombée enceinte ?

C - Oui. Parce que je ne savais rien des méthodes. J'ignorais tout ça. Mais avec lui nous sommes restés presque un an où je ne tombais pas enceinte. Lui il me demandait sans cesse si je prenais quelque chose pour ne pas être enceinte. Une fois il m'a même battue juste pour ça, parce que je ne tombais pas enceinte. Je devais supporter ça, et sa mère aussi, elle disait qu'elle ne me voulait plus à la maison. Elle m'humiliait. Elle disait que j'étais une provinciale que je n'avais rien, que j'appartenais à son fils. Elle était mam mais son mari était *ladino* et elle se pensait au-dessus des autres. Alors que je travaillais et que je donnais une partie de l'argent pour la maison. Les autres belles-filles gagnaient aussi leur propre argent, elles maintenaient leur mari, et elles se faisaient humilier aussi. Quand je suis tombée enceinte je pensais que la situation allait changer, que lui allait changer, mais non. Il me harcelait toujours. Je suis partie de chez eux, j'étais enceinte de six mois. J'ai loué une chambre avec le peu d'argent que j'avais. Il venait toujours me chercher, m'embêter. Quand ma fille est née il n'a pas voulu la reconnaître. Il disait qu'elle n'était pas de lui. Il voulait m'obliger à avoir un autre enfant de lui et que s'il ressemblait à ma fille il les reconnaîtrait tous les deux. C'est pour ça que je me suis dit il vallait mieux que je parte. Je ne travaillais plus, mais mon père a dit qu'il allait m'aider, qu'il me donnerait un terrain pour construire ma maison, comme il n'avait payé les études qu'à mes frères et que moi j'ai dû travailler pour les payer. Il pensait que je tomberais enceinte comme ma sœur avant de terminer les études et que ça serait du gâchis de les payer. Comme il s'est trompé, il a voulu compenser. Même si après, ça a causé des problèmes avec mes frères, parce qu'ils ne voulaient pas que mon père me donne ce terrain. Et ma mère a gardé ma fille pendant que je partais travailler à nouveau. Heureusement, parce que sinon je ne sais pas comment j'aurais fait pour m'en sortir. Le père de la petite m'a cherchée après, il me harcelait par téléphone, il essayait tout, il me disait qu'il allait revenir me chercher. Mon beau-frère m'a proposé de lui répondre au téléphone à ma place un jour. Je ne sais pas ce qu'ils se sont dit mais je n'ai plus jamais rien su de lui après ça, j'ai pu aller de l'avant.

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -

F - J'ai connu mon époux pendant les études. Pendant 4 ans on parlait, comme petits amis. Et après on a décidé de s'unir et de vivre ensemble. J'avais 19 ou 20 ans. Mais je suis restée deux ans sans avoir d'enfants. Je ne savais pas ce que j'avais. J'ai fait tout ce que j'ai pu pour tomber enceinte, mais j'ai eu beaucoup de problèmes dans la matrice.

[...] Et après ce dernier remède je suis enfin tombée enceinte. Et ce que je ne voyais pas à ce moment là c'est que ce n'était pas ma faute si je ne pouvais pas avoir d'enfants et si j'avais ces problèmes à la matrice. Mais mes beaux-parents me jetaient tout ça à la figure, et ils ne disaient rien quand ils voyaient mon mari me battre. Mon mari disait qu'il ne voulait plus rien avec moi parce que je n'avais pas d'enfant. Il me disait que j'étais là pour ça et que : « *tu n'as pas de famille ou quoi ? Pourquoi tu restes ici alors que tu ne sers à rien ?* » (elle sourit). Parfois je partais un moment chez ma mère, mais il revenait me chercher. Et après il me disait : « *cette fois-ci tu t'en vas définitivement et je vais me trouver n'importe quelle femme et je vais l'amener ici à ta place, l'important c'est qu'elle puisse avoir des enfants* ».

S'assurer de la capacité reproductive des femmes en précipitant la première grossesse semble revêtir la plus grande importance pour certains hommes et leur famille. Il s'agit surtout de gagner en pouvoir sur la femme par une injonction reproductive. La gestion reproductive des femmes n'est ainsi pas uniquement circonscrite à la femme, ni même au couple. Elle fait l'objet d'une appropriation au niveau de la famille plus élargie et elle est sollicitée au détriment des aspirations propres des femmes en matière d'itinéraire génésique⁸. La capacité des femmes à négocier la manière dont elles désirent que se déroule leur vie reproductive varie selon leur situation sociale, notamment au niveau de l'autonomie matérielle et des dispositions et soutiens de leur propre famille, comme on peut le voir dans les trois cas décrits ci-dessus, où la possibilité de support de leurs propres parents constitue une ressource importante dans la négociation de la gestion reproductive.

**Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -**

IE - Dans le cas des personnes qu'elle connaît, les hommes qui ne veulent pas que leurs femmes planifient disent « *si elle s'injecte je ne vais pas pouvoir être avec elle, je ne vais pas pouvoir avoir des relations avec elle parce qu'elle va être fatiguée et avoir des problèmes dans la matrice. Et si elle s'opère elle doit se reposer pendant six mois et moi je ne peux pas accepter qu'elle soit au lit très longtemps car elle a à faire dans la maison, et aussi je ne pourrais pas avoir de relations avec elle* ». Et elle racontait aussi que d'autres disent « *si elle ne peut pas avoir d'enfants, elle va peut-être me tromper avec quelqu'un d'autre* ».

Ici, Evelina évoque des raisons supplémentaires qui pousseraient les hommes à interdire à leurs femmes d'utiliser une contraception après la première grossesse et qui sont régulièrement citées au cours des entretiens : le risque d'adultère supposé de la femme une fois la crainte d'une grossesse écartée (particulièrement pour les hommes souvent absents en raison des migrations) et les contraintes des effets secondaires des méthodes de planification familiale sur la santé et le travail des femmes mais aussi dans la vie sexuelle, que ce soit par la fatigue, les problèmes gynécologiques ou la nécessité de mettre en place des périodes d'abstinence ou de maîtrise de l'éjaculation.

On pourrait ajouter que les effets secondaires physiques des méthodes contraceptives tels que la prise de poids sont particulièrement difficiles à vivre pour certaines femmes, surtout si cela représente une source d'humiliation de la part de leurs conjoints qui leur font des commentaires désagréables sur leur nouvelle morphologie. Certaines d'entre elles disent avoir cessé leur contraception hormonale pour retrouver une silhouette qui plaira d'avantage à leur conjoint et ne plus subir ainsi ses critiques.

8. Grenier-Torres.

La stérilisation féminine a des conséquences dans l'intimité sexuelle et peut amener des changements violents dans la relation. Un des symptômes post-opératoires est la diminution de la libido chez les femmes. Elle provoque des conflits dans la relation de couple, en raison de la douleur ou de l'inconfort ressenti par les femmes au cours de l'acte sexuel. D'un autre côté, on stigmatise la femme stérilisée de « *femme facile* » ou de « *femme inutile* », car l'acte sexuel n'est plus corrélé à la procréation. Les cas de couples qui vivent sainement leur vie sexuelle et conjugale après l'opération sont rares. Il arrive même que l'homme décide de se séparer de sa conjointe, comme le montre aussi d'autres études⁹.

4 Négociation et pouvoir conjugal dans la décision de planifier

Du fait de la résidence patrilocale, l'héritage patrilinéaire, l'accès différencié aux ressources matérielles et informatives et d'un ensemble d'autres facteurs prégnant dans le système d'inégalités de genre, les femmes disposent d'un pouvoir moindre de négociation avec les hommes, que ce soit pour choisir une contraception ou les convaincre de reconnaître un enfant qu'elles portent¹⁰. L'accès ponctuel des femmes à certaines ressources revêt un caractère exceptionnel, mais leur permet d'avoir une plus grande marge de négociation. C'est le cas notamment lorsqu'un père fait une entorse à la norme de l'héritage patrilinéaire et donne un terrain à sa fille, parfois suite à un premier enfant non-reconnu par le géniteur.

Nati - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam - Interprète R.
- 16 avril 2014 -

L'entretien se déroule devant sa belle-mère et sa belle-sœur

R - Elle m'explique que ce qu'il s'est passé c'est que son mari lui a dit qu'il valait mieux qu'elle arrête l'injection. Pour qu'elle ait un autre enfant. Et deux mois plus tard elle était enceinte.

A - Et toi tu voulais avoir déjà un deuxième enfant ?

R et N - *parlent en mam*

R - Non. Elle ne voulait pas, c'est juste son mari qui lui a dit et elle a accepté mais elle ne voulait pas. Elle dit que c'était déjà difficile pour elle de trouver comment gérer les frais de son premier bébé et s'en occuper. C'est pour ça qu'elle ne voulait pas en avoir un autre tout de suite.

A - Et ton mari il disait quoi de cela ?

N - Qu'il voulait beaucoup d'enfants. Il veut cinq enfants.

A - Et toi tu en veux combien ?

N - J'en veux seulement trois ! (rire)

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam - Interprète D.
- 12 avril 2014 -

D - Elle dit que son mari et elle prennent les décisions ensemble pour planifier.

A - Elle connaît des femmes pour qui c'est le mari qui décide pour planifier et qu'elles doivent lui obéir ?

D et S - *Parlent en mam*

S - Elle dit que non, que généralement ils décident ensemble

À la fin de l'entretien, Susi raconte en mam à l'interprète que le mari de sa sœur veut trois enfants et que sa sœur en veut seulement deux mais qu'elle ne pourra pas choisir.

9. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

10. Mira Crick, « Relations entre institutions de santé et communautés paysannes indigènes, dans la région des Altos du Chiapas, Mexique ».

Lorsque je demande à Juana, une femme mam d'une quarantaine d'années, pourquoi elle et son amie Amalia ont eu moins de trois enfants contrairement aux autres femmes de leur âge de la petite communauté où elles vivent, elle m'explique que c'est parce qu'elles vivent dans leur propre maison et qu'elles gagnent leur propre argent. Juana précise : « *les femmes qui vivent chez leur mari ont besoin de leur approbation pour planifier, et tu sais à quel point les hommes cherchent toujours à décider à notre place. Donc si une femme demande à son mari si elle peut planifier il va lui dire que non, juste pour montrer qu'il a le pouvoir de décider ça. Il faudrait qu'elle lui dise le contraire, qu'elle ne veut pas planifier, comme ça peut-être il l'obligera à planifier ! (rires). Mais tu sais, il peut même la menacer de la chasser de chez lui si elle ne se plie pas à sa décision* ».

La plupart des femmes ne se séparent pas une fois unies, mais il est fréquent que les hommes s'en séparent, notamment en les « *chassant de la maison* » avec ou sans enfants, le plus souvent pour y installer une nouvelle femme. Elles doivent alors trouver un endroit où aller, ce qui est difficile quand elles ont des enfants, car leurs pères rechignent parfois à les prendre à nouveau sous leur toit. Cela encourage les femmes qui ont des enfants à se soumettre plus facilement à l'autorité du mari, et accroît considérablement les violences conjugales. Les femmes qui vivent dans leur propre maison, sur un terrain offert par leur père, expérimentent des violences patriarcales moindres, et lors d'une séparation c'est le mari qui plie bagage. Plusieurs femmes estiment que parfois les hommes préfèrent avoir plus d'enfants pour « *coincer* » leurs femmes chez eux, et augmenter leur pouvoir sur elles par la relation de dépendance que cela crée, surtout dans les cas de résidence patrilocale.

Observation formation *comadronas* - C.A.P San Rafael Pétzal - 6 mars 2013 -

Je dis à Jaylin de demander aux *comadronas* qui suivent la formation les raisons pour lesquelles certaines femmes refusent de planifier avec la contraception. Elle me traduit les réponses qu'elle récolte : « *les femmes veulent, ce sont les époux qui ne veulent pas* », « *l'époux ne veut pas parce qu'il dit que si les femmes ne veulent pas plus d'enfants c'est qu'elles veulent avoir des amants* », « *certaines n'utilisent pas parce que les hommes ne veulent pas, ils croient que c'est eux qui commandent* », « *les femmes veulent mais les époux ne les laissent pas parce qu'ils veulent avoir les enfants que eux désirent* », « *ils les maltraitent si elles prennent la décision seules* », « *ils veulent seulement décider, ça leur est égal si c'est beaucoup d'enfants ou peu, si utiliser des méthodes ou rien, ce qu'ils veulent c'est décider* ».

Les femmes négocient d'autant plus difficilement quand l'interdiction de planifier comme elles veulent n'est qu'une démarche de violence d'un homme sur sa femme pour marquer son pouvoir sur elle, s'appropriier son corps, décider sur sa vie. Souvent, les hommes indigènes légitiment cette démarche d'interdiction en affirmant qu'elle s'inscrit dans un refus de l'appropriation du corps des femmes indigènes par les institutions *ladinas* (Ch12·I).

II La planification, une responsabilité féminine

Le paradoxe de cette situation c'est que si les femmes sont limitées dans leur prise autonome de décisions concernant la planification familiale, tant dans leurs foyers, dans leur communauté, que dans les structures de santé, et subissent de nombreuses injonctions contradictoires sur ce thème, elles sont toutefois tenues pour responsables de cette planification et de ses échecs.

De plus dans de nombreuses sociétés, les grossesses et les naissances bouleversent généralement la vie des femmes corporellement, familialement, socialement, professionnellement... Ces conséquences sont le plus souvent moindres chez les hommes¹¹.

1 Assumer une paternité : choix le moins intuitif

Dans le terrain de Huehuetenango ces conséquences sont d'autant plus différenciées que les hommes se dé-responsabilisent très souvent des grossesses qu'ils provoquent, n'estimant pas qu'ils aient à se préoccuper du sort de la mère ou de l'enfant.

**Martinita - Batzalom, Todos Santos - 20 ans - mam - Interprète R.
- 15 avril 2014 -**

Martinita vit chez son père où nous réalisons l'entretien.

R - Martinita dit qu'en fait, avant que naisse son fils, quand son mari était avec elle, elle utilisait l'injection. Bon son mari ou... bon le père de son enfant. Et après ils ont décidé qu'ils allaient avoir un bébé et donc elle a arrêté l'injection. Son fils était planifié donc, ils ont pensé qu'ils voulaient déjà un bébé et donc ils l'ont eu. Mais après, quand il est né, son mari est parti. Elle dit qu'il revient parfois mais je ne sais pas...

Après l'entretien, le père de Martinita discute en mam avec l'interprète R. Sur le chemin du retour, R me raconte ce que le père lui a dit.

R - Le monsieur m'a dit que dans le centre de santé ils travaillent bien parce qu'il a entendu qu'ils font des *charlas* pour les jeunes filles pour ne pas qu'elles fassent des enfants sans père, comme sa fille Martinita qui a fait un enfant sans père, il a dit. Après, il a dit que le problème c'est que même si elles écoutent ce qu'on leur dit dans le centre de santé, elles ne le prennent pas en compte et tombent enceintes...

Le père de Martinita connaît bien les circonstances autour de la grossesse de sa fille. Il était même présent au moment de l'entretien où elle a évoqué la manière dont elle a planifié l'enfant avec le père, qui a visiblement changé d'avis après coup, et n'a plus voulu assumer sa paternité. Pourtant c'est Martinita qui est jugée responsable de cette situation. Les mères célibataires sont ainsi rendues responsables de leurs grossesses, et parfois même culpabilisées du départ du conjoint qui les a abandonnées elles et leurs enfants. Emilda, mère célibataire à 17 ans, me raconte que dans sa communauté on entend régulièrement que les gens critiquent les mères célibataires comme elle : « *ils disent que nos compagnons nous ont sûrement laissées car nous n'avions pas le bon comportement et que nous n'avons pas su garder notre mari. Et s'ils ne savent pas qui est le père, ils disent que tu es une pute* ». Elle raconte que son père la fait culpabiliser en permanence et lui répète qu'avec cet enfant plus personne ne va l'aimer.

Ce sont les jeunes filles qui, malgré tous les obstacles d'accès à la contraception, doivent prendre en charge le contrôle de leur reproduction, notamment en testant la fiabilité morale de leurs partenaires quand ils s'engagent à assumer les conséquences d'un rapport non-protégé, souvent initié par eux. Elles seront souvent contraintes d'assumer seules les dimensions éducative, matérielle et affective de l'enfant, d'autant qu'il est relativement difficile pour une mère célibataire de trouver un autre conjoint stable. Il arrive que les parents des jeunes filles aillent réclamer une compensation au jeune homme et à ses parents, mais cela aboutit rarement, car les pères ne reconnaissent pas souvent leurs enfants, soit pour se protéger, soit parce qu'ils sont aux États-Unis au moment de la naissance et de l'enregistrement au registre civil. Les jeunes femmes assument alors seules leur maternité célibataire dont elles sont tenues pour uniques

11. Bajos et Ferrand, « La condition foetale n'est pas la condition humaine ».

responsables aux yeux de tous, quelles que soient les circonstances au cours desquelles elles sont tombées enceintes.



Jeune femme de Todos Santos

Virgilio - Café, Huehuetenango - 20 ans - mam
- 18 mai 2014 -

A - Beaucoup de tes amis ont mis des filles enceintes avant d'être unis ?

V - Oui, la majorité. Et souvent avant leurs 18 ans.

A - Mais ils savent que la fille va tomber enceinte ?

V - Je crois que oui ils savent, des fois ils planifient même d'avoir un bébé avec elle. Le problème c'est que souvent ils regrettent parce qu'il n'y a pas de travail, il n'y a pas d'argent, et c'est trop tard. Alors il y en a qui se séparent, d'autres qui laissent juste la femme et les enfants pour aller chercher du travail loin et leur envoyer de l'argent. Si la grossesse était un accident la plupart du temps les petites amies deviennent mères célibataires parce que les gars s'éloignent d'elles, parfois sans prévenir ils disparaissent. Je connais beaucoup de cas comme ça. Des collègues qui disent qu'il y a eu un accident mais ça ne leur a pas plu qu'il y ait cet accident et donc ils fuient la femme enceinte, ils l'abandonnent définitivement.

A - Ils n'assument pas leurs responsabilités ?

V - Non, parce qu'ils n'ont pas la capacité de maintenir la femme et l'enfant.

A - Mais si la petite amie n'a pas la capacité de maintenir l'enfant seule non plus ?

V - Oui, encore moins généralement. Mais comme c'est la mère, elle doit prendre ses responsabilités si l'homme l'abandonne.

A - Et tes amis qui ont mis enceinte leur petite copine puis l'ont abandonnée, ils ne se sentent pas coupables ?

V - Pas du tout, ils trouvent ça normal, comme la majorité font ça. Il y en a un c'est déjà la troisième fois qu'il le fait. Deux fois avec la même fille et une fois avec une autre. Je crois que la fille a pensé qu'il allait assumer la deuxième fois, mais rien.

A - Mais ils ne se préoccupent pas pour leur petite amie ? Pour leur bébé ?

V - Pour elle non. Ils ne s'en préoccupent pas. Pour le bébé ce qu'ils font des fois c'est qu'ils partent aux États-Unis pour envoyer de l'argent. Mais après ils ont parfois d'autres problèmes, ils doivent rembourser le passeur, leur père tombe malade, ils se font arrêter, ou tout simplement ils fondent une autre famille là-bas, et ils n'envoient plus rien, ou très peu.

A - Et qu'est-ce que tu appelles un accident, quand tu dis que la fille tombe enceinte et que c'est un accident ?

V - C'est parce que... quand ils ont des relations ils ne se protègent pas d'une grossesse. Ils font ça sans y penser, ils ne planifient pas, ne se mettent pas bien d'accord. Parce qu'il y a des préservatifs aussi et je pense qu'ils préfèrent ne pas les utiliser, je ne sais pas trop pourquoi, soit parce qu'ils ne peuvent pas en acheter soit parce qu'ils n'aiment pas, je sais pas.



Jeune homme de Todos Santos

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam

- 21 juin 2014 -

G - Il y a beaucoup de filles qui tombent enceintes très jeunes. Peut-être parce que les parents n'orientent pas les filles donc... c'est pour ça qu'elles ne savent pas. Elles ne reçoivent pas d'orientation d'autres personnes, donc elles n'ont pas de connaissances et elles tombent enceintes.

A - Et tu crois qu'elles ne veulent pas tomber enceintes si jeunes ?

G - Oui je crois qu'elles ne veulent pas tomber enceintes si jeunes. Mais je ne sais pas vraiment ce qu'elles pensent. Mais par exemple mon épouse n'a pas voulu une grossesse jeune, on a été ensemble trois ans et après elle est tombée enceinte (à 20 ans). [...]

G - La plupart des hommes que je connais font comme j'ai fait, ils partent (aux États-Unis) à la naissance de leur premier bébé, parfois même pendant la grossesse. Mais beaucoup là-bas cherchent une autre femme, ils se marient et abandonnent leur femme avec qui ils ont eu le bébé. Ça arrive très souvent. J'ai entendu plusieurs gars comme ça qui disent après coup « *ce n'est pas mon fils* » pour ne rien lui donner, des fois certains partent aux États-Unis exprès pour ne pas assumer et donc la femme se retrouve seule, ils fuient pour ne pas payer les frais, et les femmes n'ont nulle part pour aller réclamer après.

A - Et ils utilisent des préservatifs ?

G - Je pense que non. Soit ils n'ont pas les connaissances... mais je pense plutôt que juste ils ne s'en préoccupent pas ou ils ne veulent pas. Ils ne veulent pas l'utiliser et la fille tombe enceinte et après l'homme dit « *ce n'est pas ma faute* » ou « *ce n'est pas moi* » et il s'en va, il l'abandonne et il ne s'en préoccupe plus. Mais la femme oui elle va souffrir.

La banalisation de la non-responsabilisation paternelle, de l'abandon paternel, s'accompagne du désintérêt masculin pour l'utilisation d'une contraception voire un refus de l'utilisation du préservatif. Les hommes peuvent également choisir de s'occuper matériellement de l'enfant et de sa mère dans un premier temps, puis de s'en déresponsabiliser au gré des circonstances, notamment en trouvant une autre femme. Moins fréquemment, il est possible qu'un père décide d'assumer sa paternité plus tard, lorsque l'enfant a un peu grandi. Ce cas de figure est rare mais il suffit à alimenter un espoir chez certaines femmes, accompagné de quelques promesses, qui terminent le plus souvent déçues. Ces deux cas de figure donnent l'idée que la parentalité paternelle n'est jamais définitive¹², et les pères se sentent légitimes de se dégager de leurs responsabilités à n'importe quel moment où ils en ressentent l'envie ou le besoin.

Sulana - Batzalom, Todos Santos - 32 ans - mam - Interprète R.

- 15 avril 2014 -

R - Depuis que son mari l'a chassée, elle ne fait que travailler pour que ses enfants puissent aller de l'avant... Le père ne donne pas d'argent, il ne veut pas voir ses enfants, il a une autre famille maintenant. Il vit ici à Todos Santos. Il est parti aux États-Unis mais après quand il est revenu, il l'a sortie de la maison avec les enfants, et ils se sont séparés comme ça.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète IE.

- 29 juin 2014 -

A - Elle ne s'est jamais installée avec le père de sa fille ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle dit que non, elle n'aurait pas voulu. Et en fait il est marié et il a une autre famille à part. A un moment il lui a proposé qu'ils se mettent en couple mais elle n'a pas voulu être sa seconde femme et donc elle est restée comme ça.

12. Bousbaa, « Les formes d'exclusion et de solidarité à l'égard des mères célibataires ».

A - Avant de le connaître elle a été avec d'autres personnes ?

IE et E - *parlent en mam et explosent de rire*

IE - Elle dit qu'elle n'a eu presque rien et donc je lui ai dit « *comme moi, rien, ou seulement pour quelques jours !* » (rires)

A - Le père de sa fille l'aide ?

IE - Elle dit qu'il ne l'aide en rien. Mais quelques fois il donne des habits à la petite ou une paire de chaussures, mais vraiment occasionnellement. Parfois il donne (de l'argent) si elle est très malade. Il n'a jamais rien payé pour la scolarité ou la nourriture de la petite par exemple. Il aide les enfants qu'il a avec sa femme, ils sont au collège. Mais elle dit qu'elle ne lui demande jamais, donc il donne uniquement quand il a envie de donner.

La mère d'Evelina qui écoute cette dernière partie de la conversation intervient en mam

IE - La crainte qu'Evelina a, d'après sa mère, c'est que si elle demande de l'argent ou s'il entretient la petite, à un moment il peut décider de la prendre, de la lui enlever, et elle n'est pas disposée à lui laisser emmener sa fille. Comme il a reconnu la fille, s'il l'entretient il peut vouloir la prendre.

A - Le papa de la petite c'est son conjoint encore ou ça ne l'est plus ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Oui, ils ont encore une relation.

Jovita - Abalac, Colotenango - 34 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

E - Elle nous raconte qu'elle a eu un... bon ce n'est pas un mari, on pourrait dire un petit ami ou un amant, un conjoint. Il avait déjà une femme et trois enfants, elle n'a pas su tout de suite. Et donc il a mis sa femme dehors avec les enfants et il a commencé à conquérir Jovita. Il venait la chercher chez elle, il l'a demandée en mariage à sa mère. Elle ne voulait pas puis elle a finalement accepté d'être sa petite amie. Un an après ils se sont unis, elle est allée vivre chez lui. Il insistait pour avoir un enfant et l'accusait de prendre quelque chose pour ne pas tomber enceinte. Un an après, elle est tombée enceinte. L'homme est parti aux États-Unis et la première femme en a profité pour venir la sortir de la maison en lui disant qu'elle allait vivre ici avec ses enfants parce qu'elle n'avait pas d'autre endroit. Donc Jovita est retournée chez sa mère, enceinte. Depuis l'homme ne lui a rien envoyé, il n'est pas revenu, il n'a pas reconnu l'enfant, il ne la contacte pas, elle s'occupe seule de son enfant qui a six ans maintenant.

En fait, l'abandon constitue une méthode de planification familiale très utilisée par les hommes, même si elle n'est pas pensée par les institutions en tant que telle. C'est pourquoi il n'existe, par exemple, aucune statistique officielle sur ce phénomène. Cependant, il est frappant de constater que cette pratique est répandue dans des proportions phénoménales auprès des jeunes générations des communautés et villages dans lesquels a été menée cette enquête. Elle est totalement invisibilisée et jamais prise en compte dans la conception et l'application des programmes de planification familiale. Les femmes sont quant à elles renvoyées à leurs propres défaillances (elles n'ont pas su maîtriser leur contraception) et à leurs difficultés de gérer des normes contradictoires (être mère au bon moment, réussir son couple et sa famille) ¹³.

13. Bajos et Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine » ; Ferrand, « Du droit des pères au pouvoir des mères ».

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango
- 22 février 2013 -**

Une dame amène en consultation sa belle-fille de 15 ans « *pour qu'elle planifie* » et se met à poser directement des questions sur l'injection. Evi dit qu'elle est un peu jeune pour l'injection et que ça peut « *la stériliser* ». Elle se reprend et dit que non pas la stériliser mais faire baisser sa fertilité, que les injections comme c'est hormonal c'est pour les femmes qui ont déjà eu des enfants. Elle parle alors du stérilet en disant que c'est pour 10 ans, puis elle se reprend une fois de plus en voyant que la jeune fille n'a pas l'air convaincue, et dit qu'elle peut l'enlever quand elle veut. La dame dit que le stérilet lui paraît bien et qu'il faut lui mettre ça. Elle dit qu'elle veut que la petite planifie parce qu'elle ne veut pas se retrouver à s'occuper de l'enfant de son fils. Elle-même a eu son fils à 15 ans et c'était très difficile. Evi fait la morale à la jeune fille qui ne dit rien mais dont on comprend qu'elle ne se sent pas à l'aise d'être ici. La belle-mère dit qu'elle l'a amenée pour qu'Evi la raisonne. Evi lui dit qu'elle est trop jeune pour avoir un bébé, qu'elle devrait plutôt attendre quelques années, d'avoir 19 ou 20 ans pour être plus mature, qu'elle n'est pas encore une femme. Evi dit à la belle-mère : « *vous qui avez déjà l'expérience vous pouvez lui dire* ». La belle-mère dit qu'elle lui répète sans cesse combien coûtent les choses pour le bébé, qu'il faut beaucoup d'argent, que c'est difficile. Et elle reedit que sinon c'est elle qui va finir par s'occuper de l'enfant. Les parents de la jeune fille vivent aux États-Unis. Elle s'est donc installée chez sa belle-mère. Evi commence à lui dire alors que si elle a un enfant, son conjoint va être obligé de travailler. Elle lui dit aussi qu'il va rencontrer d'autres filles et qu'il va sûrement la laisser et lui demande : « *tu veux élever seule ton enfant ?* ». Elle insiste : « *vous êtes jeunes tous les deux, les amis de ton copain vont lui présenter d'autres filles et il va te quitter* ». Sans préciser le mode d'utilisation, Evi donne des préservatifs à la jeune fille qui a l'air de dire que pour son compagnon c'est même pas la peine d'y penser, qu'il ne voudra pas en utiliser. Elle est silencieuse depuis le début de la consultation et semble très mal à l'aise. Evi lui dit : « *tu vis à la ville, tu dois comprendre qu'il faut planifier, ce n'est pas comme les jeunes filles de 14 ans des communautés qui ont déjà des bébés, et qui n'ont même pas de seins pour allaiter leurs bébés* ». Elle lui reparle du fait que son compagnon va la quitter et dit : « *l'homme ne perd jamais, c'est toi qui a la responsabilité pour l'enfant* ».

Malgré toutes les difficultés rencontrées dans l'accès à une contraception, l'expérimentation d'effets secondaires, d'échecs etc, les femmes sont tenues pour uniques responsables de la conception et de la non-conception, tant dans la famille, que dans la communauté, que dans les programmes de santé. Les hommes s'écartent et sont écartés de cette charge et de toute responsabilité, même en ce qui concerne l'utilisation ou l'échec des méthodes de planification à participation masculine.

En effet, certaines femmes se mettent d'accord avec leur conjoint pour pratiquer des méthodes qui nécessitent une abstinence permanente ou ponctuelle ou un coït interrompu (par exemple la méthode qui consiste à compter les jours de fertilité (Ch10-II)). Les conjoints qui sont d'accord d'utiliser cette méthode changent parfois d'avis et imposent des relations éjaculatoires non-consenties. L'échec contraceptif est alors imputé aux femmes. La négociation autour du préservatif étant également compliquée, tout comme pour la vasectomie, les femmes sont amenées le plus souvent à ne pas inclure leur partenaire dans la gestion contraceptive. Elles tentent autant que possible de choisir alors seules leur méthode, parfois en cachette, car, comme on l'a vu, il arrive fréquemment que le conjoint veuille décider à leur place.

2 Le refus masculin de perte de fertilité

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

A - Et elle a dit quoi quand tu lui as parlé de l'opération de l'homme ?

E - Elle s'est mise à rire et elle a dit : « *l'homme ne va jamais l'accepter* ». Elle dit qu'elle a déjà dit à son mari : « *pourquoi tu ne te protèges pas toi plutôt ?* ». Et il lui a dit : « *ah non, moi non, toi c'est mieux* ». Il ne veut pas utiliser le préservatif non plus parce qu'il dit que ce n'est pas agréable.

A - Selon elle, comment ça se fait que les hommes préfèrent que leur femme s'opère plutôt que de s'opérer eux ?

E et C - *parlent en mam*

E - Elle dit qu'elle pense que l'homme à un moment décide d'avoir une autre femme, et il peut avoir un autre enfant. Et aussi elle pense qu'il va dire que s'il s'opère il ne va plus se sentir « homme ». Elle dit que son mari lui a dit : « *opère-toi !* », mais elle ne veut pas parce que si à un moment il veut un autre enfant elle peut lui donner et il ne va pas commencer à dire qu'elle ne peut pas lui donner un autre enfant et qu'il va chercher une autre femme pour qu'elle lui donne un autre enfant... Elle dit : « *à un moment il peut me mépriser, me traiter comme il veut, il pourra décider d'avoir une autre famille, mais s'il s'opère il ne pourra plus rien faire* ». C'est pour ça qu'il ne voudra jamais s'opérer.

Le mari de Carmela veut qu'elle s'opère mais elle sent qu'elle doit résister à ses pressions parce qu'elle a peur qu'il l'abandonne si elle fait ce qu'il lui demande. La crainte de l'abandon ou de la déresponsabilisation paternelle met réellement les femmes dans une situation difficile quant à la négociation de la contraception avec leur conjoint. Le refus de la vasectomie est souvent perçu par les femmes comme une manière pour les hommes d'assurer qu'ils puissent un jour abandonner leur famille et pouvoir en fonder une autre. Elles perçoivent aussi le refus de la vasectomie comme une manière d'affirmer leur virilité par la crainte que l'on modifie leur appareil génital¹⁴. Aussi, la déresponsabilisation des hommes quant à la contraception, induit parfois la légitimation d'un contrôle médical concentré sur le corps des femmes.

Au cours de mes observations, chaque fois qu'un personnel pense à proposer une opération à l'homme quand la stérilisation est fortement contre indiquée pour la femme, il répond : « *c'est mieux que ce soit elle qui s'opère* ». De plus, la totalité des hommes auprès desquels j'ai mené mon enquête, y compris les personnels médicaux, refusent la vasectomie. Ils ne mentionnent pas qu'ils laissent ainsi ouverte la possibilité d'abandon, pourtant c'est l'explication la plus souvent perçue par les femmes. Les hommes justifient leur décision en tout premier lieu par leur refus d'une contrainte quelconque liée à la contraception, que leur conjointe devrait logiquement assumer selon eux. La justification donnée parfois par ces hommes dans un second temps est l'incapacité à travailler après l'opération.

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam

- 21 juin 2014 -

A - À Aprofam ils t'ont dit qu'il y avait une opération pour l'homme ?

G - Oui ils m'ont dit mais j'ai pensé que... c'est mieux que ce soit elle ! (rire) Aussi les gens disent que quand l'homme se met cette opération il ne travaille pas comme avant, il ne peut pas lever trop de poids, ça lui baisse un peu sa force on pourrait dire. C'est ce que disent les gens.

14. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

A - Et ils t'ont dit quoi à Aprofam là-dessus ?

G - Ils ont dit que c'était pareil, que ça ne faisait pas de mal. Mais... aller jusqu'à le faire... !

A - Et les gens disent quoi de l'opération de la femme sur le travail et les choses lourdes à porter ?

G - Ils disent aussi la même chose. Mais comme les femmes... par exemple dans mon cas, ma femme vend seulement des tissus, elle ne porte pas des choses lourdes en permanence.

A - Et avec le linge, le tissage, les enfants... Elle doit forcer et porter beaucoup ?

G - Oui les enfants sont lourds c'est vrai...

Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam

- 13 mai 2014 -

Al - Les femmes des communautés ne veulent pas planifier, elles disent qu'elles préfèrent avoir tous les enfants. Pour ne pas risquer leur vie avec les maladies qu'on a avec les vaccins (injections contraceptives). Des fois, je leur dis : « *mais il y a le contrôle naturellement où il faut faire attention pendant certains moments... bon tu sais* ». Elles répondent : « *tu crois vraiment que le mari puisse être d'accord avec ça ! ? Mon mari va chercher une autre femme* ». Parce que leur mari ne va pas vouloir faire l'effort de contrôler quand et comment avoir une relation et quand ne pas en avoir. [...] Elles ne veulent pas s'opérer parce qu'elles disent qu'il faut attendre un an, deux ans, pour recommencer à travailler après l'opération et qu'elles doivent travailler, surtout dans les communautés où elles travaillent aussi dans les champs.

A - Et l'homme il ne s'opère pas ?

Al - Il ne voudra jamais (rire). Moi-même je l'ai déjà dit à mon mari : « *tu vas t'opérer quand nous ne voudrons plus d'enfants ?* ». Il m'a dit : « *tais-toi, comment je vais ramener ta nourriture si je n'ai plus autant de force pour travailler !* » (rire)

Alma s'occupe de l'intégralité du travail domestique pour son mari, son fils et sa belle-famille, ainsi que des poules, chiens et autres animaux de la maison. Elle est également vendeuse ambulante de snacks qu'elle cuisine. Quand elle arrive à se dégager un peu de temps entre toutes les tâches professionnelles et domestiques qu'elle doit accomplir, elle en profite pour tisser à la main des vêtements qu'elle revendra après. Son mari est boulanger. Il gagne plus d'argent qu'elle en travaillant moins de la moitié du temps qu'elle travaille. Aussi, le refus de l'homme d'assumer une charge contraceptive, en justifiant de la nécessité qu'il conserve toute sa force, s'accompagne d'une dépréciation du travail féminin en quantité, en qualité et en dureté, en déconsidérant notamment le caractère physique de ce travail et son aspect bénéfique à l'ensemble de la famille, même si une partie de ce travail n'est pas rémunérée.

Enfin, les hommes se déresponsabilisent aussi de la contraception en invoquant leur manque de connaissances dans ce domaine et le fait qu'ils ne soient pas informés, les structures de santé étant fréquentées presque exclusivement par les femmes. Cette déresponsabilisation par le manque de connaissances confirme la division sexuelle des responsabilités concernant la contraception, perçue comme uniquement du ressort des femmes, tant au niveau familial et communautaire qu'institutionnel¹⁵. Ces différentes sphères viennent chacune renforcer cet état de fait et cette perception.

15. De Zordo.

III Des sources d'informations pour les hommes ?

Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 18 juin 2014 -

C - Ici ce n'est pas comme dans d'autres États, où les femmes sont souvent accompagnées par leurs époux. Ici, s'il y a un enfant malade, seulement l'épouse vient, seulement la femme. L'homme n'accompagne pas l'épouse, que ce soit pour la planification familiale, pour la maladie, jamais. Ici tu ne vas jamais entendre : « *c'est beau le monsieur vient avec sa femme et ils planifient* ». On leur dit d'accompagner leurs femmes mais ils ne le font pas, parce qu'ils ont des activités agricoles qu'ils ne peuvent pas perdre, parce que leur temps est précieux, mais ça serait important qu'ils viennent.

Contrairement à l'intégralité des femmes enquêtées, la plupart des hommes que j'ai rencontrés, quel que soit leur âge, ne s'entretenaient jamais avec un personnel du milieu médical. Les hommes se rendent généralement dans les centres de santé ruraux uniquement à la suite de blessures importantes, ou à l'Hôpital départemental en cas de contraction d'une maladie grave. La patientèle des centres de santé est constituée presque exclusivement de femmes enceintes ou qui viennent planifier et d'enfants malades ou à vacciner. À l'Hôpital, les espaces entre hommes et femmes sont segmentés. Aucun homme ne peut entrer dans l'espace de la maternité ; ils sont peu présents dans la salle de consultation de jour, principalement dédiée à la santé materno-infantile, tout comme dans les centres de santé ruraux. Le reste de l'Hôpital est divisé en trois sections : « chirurgie de l'homme », « chirurgie de la femme » et « pédiatrie ». Les hommes n'entrent pas dans les deux derniers espaces. De la même façon, les *charlas* de santé dans les zones rurales sont uniquement proposées ou imposées à des femmes, principalement enceintes ou qui ont déjà accouché (Ch5-I-3). Elles se déroulent dans des horaires où les hommes sont forcément au travail. Aussi, il semblerait que cette segmentation des espaces de la santé bio-médicale relève d'une exclusion consentie des hommes des espaces de santé reproductive.

1 Les espaces masculins d'information : la question sexuelle avant la question reproductive

Coupés du canal de transmission d'informations au sein des structures de santé, le seul discours institutionnel auquel les hommes se confrontent généralement au cours de leur vie est celui dispensé dans le cadre scolaire, pour ceux qui fréquentent assidûment à l'école.

Rubén - Huehuetenango - 33 ans - ladino
- 5 octobre 2012 -

R - On ne m'a presque rien appris sur la planification familiale. Un peu à l'école. On nous a appris à mettre un préservatif, et que pour substantier une famille, on ne peut pas avoir beaucoup d'enfants, surtout s'il n'y a pas de revenus, qu'on ne peut pas avoir une bonne manière de vivre comme ça et que c'est ce que les gens ne comprennent pas ici au Guatemala.

À l'école, la nature de l'information qui a été transmise aux jeunes hommes est tout d'abord destinée à moraliser la gestion de la vie reproductive selon les principes néo-malthusiens comme on l'a vu précédemment (Ch5-I-2). Cependant, on y transmet aussi des « rumeurs négatives » sur les méthodes contraceptives :

Virgilio - Huehuetenango - 20 ans - mam
- 18 mai 2014 -

V - On nous parle de ces méthodes à l'école. Mais j'ai entendu que des fois la femme tombe malade du vagin, de cancer pour avoir utilisé beaucoup les injections ou les pilules.

A - Comment tu as entendu que les femmes pouvaient avoir des cancers avec ces méthodes ?

V - À l'école, on nous parle de ça. En biologie. Ou on nous disait par exemple que des fois avec ces méthodes elles maigrissent d'un seul coup ! Elles ne mangent plus et le corps s'affaiblit, la matrice devient malade et commence à saigner. Et ça peut aller jusqu'à la mort.

A - Qui disait cela ? Le prof ?

V - Oui, les profs.

Comme chez les jeunes filles, il n'y a pas de transmission d'informations de parent à jeune garçon pour les questions liées à la sexualité. Les informations se transmettent alors en partie par le groupe de pairs, mais cela concerne principalement des informations sur les pratiques sexuelles et non pas sur la contraception. Certains jeunes hommes obtiennent également des connaissances de ce type en consultant des images pornographiques. Sur internet, ils cherchent et trouvent parfois des informations liées au préservatif. Ils apprennent ainsi à l'utiliser, souvent en complétant avec leurs connaissances obtenues dans le cadre scolaire.

Marco - Huehuetenango - 20 ans - mam de Todos Santos
- 18 mai 2014 -

M - Moi-même je me suis mis à penser, parce que personne ne pouvait me conseiller, ou dire, ou me parler de ça. Ce que je faisais, c'est que je me mettais sur internet pour regarder comment utiliser un préservatif, quand l'utiliser... personne ne pouvait me parler de ça. Donc j'ai pensé qu'internet pouvait m'aider pour ça, comme je savais qu'il y a tout sur internet et que ça aide à trouver de l'information. On travaille beaucoup avec internet pour l'école, on nous apprend à faire des recherches. Pour les préservatifs, les professeurs nous ont aussi dit quelque chose à l'école. C'est comme ça que m'est venue l'idée d'en utiliser mais ils en parlent souvent dans les classes où c'est déjà un peu tard, que plusieurs ont déjà eu des relations.

A - Et vous parlez de ça entre amis.

M - Oui on en parle mais seulement de temps en temps

A - Et tes amis, ils en utilisent ?

M - Il y en a certains qui utilisent et d'autres non parce que ça leur plaît plus les relations sans préservatif. Et des fois ils font ça juste par désir et pas par amour. Et comme ils ont déjà l'idée que si la fille tombe enceinte ils peuvent fuir ça leur est égal d'utiliser ou non. Mais ça je crois que c'est partout au Guatemala.

E. Chirix remarque que les jeunes hommes guatémaltèques indigènes de la municipalité rurale qu'elle étudie parlent de leurs corps (changements, sexualité, etc) plus facilement que les jeunes femmes, même si beaucoup de choses considérées honteuses sont tues. Ils obtiennent quelques informations par des détours humoristiques ou moqueurs et réussissent à parler entre eux de sexualité. Ils connaissent aussi plus facilement les corps nus, des hommes et des femmes, en raison de leur mode de vie genré qui leur permet d'espionner, d'observer lors de baignades collectives, d'avoir accès à des magazines, à internet. D'autant qu'il est moins honteux pour eux que pour des jeunes filles de chercher ces connaissances. Les modèles auxquels ils se forment

sont des modèles virils, ce qui à des effets directs dans leurs rapports aux jeunes filles de la communauté¹⁶.

**Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam
- 21 juin 2014 -**

A - Les préservatifs tu connaissais ?

G - Oui je l'ai connu à l'école, comme ils font de la prévention et tout pour les jeunes. Donc les professeurs mettent les filles à part et leur parlent et ils parlent aussi aux garçons.

A - Et tu te rappelles ce qu'ils vous ont dit ?

G - Qu'avec la première petite amie il faut contrôler avec des préservatifs. Mais des pastilles, des injections, ils ne nous en ont pas parlé, ou peut-être ça n'existait pas... ? Mais je me rappelle surtout qu'après, les garçons de la classe ont passé trois jours à ne parler que de sexe, et certains étaient de vrais menteurs ! (rire)

Les jeunes hommes ont un accès plus important que les filles à l'école, et c'est un des lieux les plus puissants de diffusion et de partage de connaissances sur les questions liées à la sexualité. Les jeunes hommes apprennent et échangent sur la sexualité surtout entre amis, dans un rapport de pouvoir entre eux. En ce sens, l'école n'engendre pas la construction de nouvelles masculinités, au contraire elle reproduit la masculinité dominante. L'information échangée est orientée vers la maîtrise de certains domaines de la sexualité, ayant pour objectif l'emprise et le pouvoir sur les femmes¹⁷.



Bande de jeunes garçons de Todos Santos

16. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

17. Chirix.

2 De l'omission de s'informer au refus de transmettre l'information

Fabricio - Huehuetenango - 24 ans - *ladino* - 4 juillet 2014 -

A - Où est ce que vous trouviez les préservatifs avec ta copine ?

F - À la pharmacie

A - Vous alliez les acheter ensemble ?

F - (rire) Non, j'y allais seul.

A - Tu savais comment les utiliser ?

F - Oui, comme je t'ai dit, on avait reçu des cours d'éducation sexuelle à l'école, c'est comme ça que j'ai appris à bien le mettre, comment l'ouvrir, ne pas ouvrir l'emballage avec les dents pour ne pas le percer (rire), tout ça.

Marco - Huehuetenango - 20 ans - mam de Todos Santos - 18 mai 2014 -

A - Et par exemple les préservatifs tu vas les chercher au centre de santé, ou à l'Hôpital, ou tu les achètes ?

M - Je les achète, à la pharmacie.

A - Tu te sens gêné d'aller les acheter ?

M - Non, pas tellement.

A - Tu en achètes à Todos Santos ?

M - Non, là-bas non ! Oui là-bas ça me gêne (rires). Parce que tout le monde se connaît plus ou moins là-bas comparé à ici (la ville de Huehuetenango). Quand je vivais à Todos Santos les quelques fois où j'ai acheté des préservatifs c'était à Huehue aussi, jamais à Todos Santos.

En étudiant les registres du centre de santé de Todos Santos je m'aperçois que, dans le fichier de distribution de préservatifs, tous les patient·e·s inscrit·e·s sont des hommes, la plupart provenant des communautés alentours. L'infirmier Camilo m'éclaire sur ce point : « *ce sont uniquement des hommes, jeunes, qui viennent chercher des préservatifs. On ne les connaît pas souvent parce qu'ils viennent des communautés et pas d'ici (du chef-lieu municipal). Ils entendent parler des préservatifs et ils viennent en chercher. Les hommes adultes ne viennent pas. Les femmes ne demandent jamais des préservatifs* ». Dans le quartier où je résidais à Huehuetenango, seulement deux boutiques propose des préservatifs à la vente. Ces préservatifs sont uniquement achetés par des hommes, presque tous de moins de vingt ans et provenant d'un autre quartier ou de communautés autour de la ville. Les jeunes hommes du quartier achètent généralement des préservatifs dans d'autres quartiers, qu'ils fréquentent peu. Hormis les jeunes hommes, un autre profil d'acheteurs apparaît en moins grand nombre : des hommes mariés qui ont des relations extra-conjugales. À la clinique de planification familiale de l'Hôpital, ce sont surtout des femmes à qui l'on distribue les préservatifs, qui y sont gratuits. L'intégralité des femmes qui viennent chercher spontanément ces préservatifs sont travailleuses du sexe. Les rares hommes qui utilisent une contraception temporaire, le préservatif, l'utilisent donc hors du cadre conjugal.

Le refus ou l'omission d'utilisation du préservatif est d'autant plus significative que les jeunes hommes en connaissent tous l'existence et en maîtrisent l'accès et le mode d'application, ce qui n'est pas le cas chez les jeunes filles, du fait de leur moindre accès à la scolarisation, à internet, à l'échange sur la sexualité, à la possibilité de se déplacer et de trouver de l'argent pour s'en procurer discrètement.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam

- 13 avril 2014 -

A - Et les hommes ont des informations sur comment les femmes tombent enceintes ?

C - Il ne cherchent même pas ! Ça ne les intéresse pas ! Avoir des relations c'est comme un divertissement pour eux. Ils ne pensent pas aux femmes, au fait qu'elles vont avoir des problèmes parce qu'elles vont tomber enceintes. Ils ne le voient pas comme une responsabilité. Comme le père de ma nièce qui dit qu'elle n'est pas de lui alors que tu verrais comme elle lui ressemble ! Tout le monde sait qu'elle est de lui, même sa femme le sait (rires) !

Paulinda et Eugenia - Abalac, Colotenango - 50, 60 ans - mam - Interprète IE.

- 29 juin 2014 -

IE - En tant que *comadronas*, elles suivent des cours au centre de santé de Colo et elles transmettent l'information dans les familles. Le problème c'est que les maris leurs disent « *vous vous prenez pour qui pour venir nous dire ça, pour nous imposer ça ? Vous votre rôle c'est de faire naître le bébé. C'est moi qui maintient les enfants, je suis l'homme de la maison et j'aurai les enfants que je décide. Et que les médecins aillent au diable (rire) parce qu'au final il ne me donnent pas à manger !* ». Eugenia disait « *bien que l'on réussisse à parler parfois aux femmes, les hommes ne veulent rien entendre et ils ne veulent pas que l'on en parle à leur femme donc on ne peut rien faire* ». Paulinda dit qu'elles essayent de parler aux hommes des préservatifs mais ils connaissent déjà et ils ne veulent pas l'utiliser. Elle a dit à son gendre d'utiliser le préservatif parce que sa fille avait des problèmes de santé avec les méthodes et il a commencé à rire : « *comment veux-tu que j'utilise ça alors que ce n'est pas agréable d'avoir une relation avec un préservatif, c'est un sac plastique que tu mets !* ». Et donc elles disaient que quand elles suggèrent aux hommes d'utiliser le préservatif ça les fait rire et ils s'en fichent.

Il semble que la déresponsabilisation contraceptive des hommes les encourage à ne pas s'informer voire à ne pas prendre en compte ou transmettre aux femmes qui n'y ont pas accès les informations qu'ils ont récoltées, dans le cadre scolaire par exemple. Beaucoup d'hommes sont réticents à intégrer les informations sur la contraception, parfois de manière directe : en refusant ostensiblement l'information proposée par leur femme ou la *comadrona*, parfois de manière indirecte : en ne se rendant pas dans les espaces où ils sont superficiellement sollicités pour la recevoir, comme les postes de santé. Si les hommes ne cherchent pas l'information et refusent de l'écouter, ils ont pourtant la possibilité d'avoir accès à une meilleure information que leur femme par la qualité supérieure du service auquel ils ont accès en terme de communication, privacité, honnêteté, respect.

Par exemple, les hommes qui demandent une vasectomie sont reçus en privé. Ils ont l'espace de poser leurs questions. Le gynécologue d'Aprofam instaure une relation privilégiée avec chaque homme en l'appelant par son prénom, en discutant de sujets variés afin d'instaurer un meilleur rapport de confiance. Contrairement aux femmes, la *plática* est donnée avant que l'homme ne soit enregistré par le secrétaire. Moins engagé, cela lui permet de disposer d'un temps de réflexion après avoir reçu l'information et posé ses questions, et de pouvoir ainsi changer d'avis une fois qu'il a réuni tous les éléments dont il a besoin pour prendre sa décision. L'entretien avec les membres de l'équipe sanitaire est aussi moins intrusif et autoritaire que pour les femmes.

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango
- 1^{er} avril 2013 -**

Un couple entre avec une fille de 4 ans et un bébé d'un an. La femme a 23 ans, 4 enfants. Elle s'est faite stériliser à 22 ans, l'année dernière, le lendemain de la naissance du petit. Depuis, elle souffre d'importants problèmes de santé gynécologique mais aussi dans d'autres endroits du corps, ce qui l'handicape au quotidien. Un médecin l'envoie depuis un autre espace de consultation pour qu'elle réalise un frottis. Pendant le frottis, le père essaye de calmer la petite fille qui s'agite beaucoup, tout en tenant le bébé dans ses bras. La petite hurle, se roule par terre, puis reste couchée par terre en émettant de petits geignements. Puis elle fait une crise de larmes, jette ses chaussures contre un meuble. Le père n'arrive pas à la calmer, ni à la lever. Il nous dit qu'il ne sait pas pourquoi elle est comme ça, qu'elle a toujours été comme ça. Il dit que même les coups de ceinture ne fonctionnent pas. Evi, l'aide-soignante, commence alors à poser des questions au père sur la petite, sur les crises, sur sa relation avec eux et sur la manière dont cela les affecte. Elle dit : « *essayez de lui parler beaucoup, de lui donner de l'affection pendant ses crises. De toutes façons les coups de ceinture elle s'habitue et ça ne lui fait plus rien* ». Le père acquiesce sur le fait que cette technique ne marche pas. Evi lui propose qu'il l'amène voir la psychologue de l'Hôpital, en le rassurant sur la manière dont va se dérouler la consultation et sur les compétences de la psy. Le père raconte que selon le pasteur elle est possédée « *par un mauvais esprit* ». Je m'attends à une réponse cinglante habituelle de la part d'Evi pour le contredire sur les bases de la médecine, d'autant qu'elle est catholique, mais elle acquiesce au contraire sur l'importance de l'appui de Dieu. Il dit alors qu'il a une dette qui lui a amené beaucoup de soucis et lie cette dette au problème de sa fille. Evi et la gynécologue l'écoutent toujours attentivement. Il raconte qu'avant il buvait beaucoup et qu'il a réussi à s'en sortir. Puis il évoque les problèmes de santé de sa femme, la dureté du quotidien, les doutes qu'ils ont, comment cela affecte leurs enfants. Il demande des informations sur les effets de plusieurs maladies dont on leur a parlé. Pendant qu'il parle, il a pris la petite dans ses bras qui se calme peu à peu et se colle contre son père. Au fur et à mesure qu'il parle, le père commence à caresser le dos et les cheveux de sa fille, il arrive à la faire asseoir lui remet ses chaussures puis elle se recolle dans ses bras. Il dit qu'ils doivent partir. Evi leur propose de revenir parler de tout ça quand ils veulent, et qu'elle pourra aussi l'orienter vers la psy pour essayer de résoudre le problème de la petite.

À l'Hôpital, les hommes qui se rendent à la clinique de planification familiale pour accompagner leurs femmes sont accueillis avec beaucoup de soins, ils reçoivent une écoute et une attention plus importante que celle accordée à leur femme, ils ne sont pas jugés ni moqués sur ce qu'ils disent ou font pendant la consultation, même s'ils évoquent des rumeurs négatives. Au contraire, les propos qui s'inscrivent hors du diagnostic bio-médical sont pris en compte dans l'attention qui leur est portée.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 11 juin 2013 -**

Après avoir fait attendre le deuxième groupe de patientes pendant deux heures, le temps que les premières soient opérées, l'aide-soignante s'aperçoit que l'une d'entre elles est à un mois de post-partum et qu'il lui manque donc dix jours pour pouvoir être opérée. La gynécologue dit à l'aide-soignante Jaylin de lui traduire en mam qu'ils ne vont pas pouvoir l'opérer car il manque dix jours de post-partum.

Un homme qui accompagne une autre patiente entend et dit que sa femme a accouché il y a seulement onze jours et qu'ils attendent depuis l'aube qu'elle soit opérée. La gynécologue lui explique longuement les raisons et les risques encourus, qui justifient pourquoi ils n'ont pas l'autorisation de l'opérer. Comme elle voit que l'homme est embêté, elle lui propose soit de revenir dans deux mois, soit de s'opérer lui, en lui disant que c'est préférable car sa femme est un peu enrobée, ce qui accroît les risques de l'opération. Elle lui explique pourquoi et lui donne de plus amples informations sur la vasectomie. L'homme la coupe tout en s'assurant que sa femme n'a pas compris la conversation et dit qu'ils reviendront dans deux mois pour que sa femme se fasse opérer. Je demande à Jaylin de me traduire discrètement ce qu'il explique à sa femme en mam et s'il lui donne l'information sur les risques de l'opération liés à son post-partum et à son poids et la solution alternative que lui se fasse opérer. Jaylin me répond qu'il lui a juste dit que ce n'était pas possible aujourd'hui parce qu'il y avait trop de monde. Jaylin, qui me sent visiblement irritée par cette situation propose de les rattraper pour qu'elle dise à la femme que ce n'est pas parce qu'il y a trop de monde qu'on ne va pas l'opérer. Je lui suggère d'en profiter pour lui expliquer les risques liés à son poids et lui parler de la vasectomie. Nous sommes coupées par un homme qui vient seul voir Jaylin et lui dit que sa femme a accouché il y a treize jours et qu'il vient d'entendre qu'ils n'allaient pas opérer les femmes qui avaient accouché il y a moins d'un mois, même si elles étaient bien remises de l'accouchement. Jaylin va chercher la gynécologue qui lui explique en détail pourquoi ils ne peuvent pas l'opérer et qu'il s'agit de 40 jours, pas un mois. Elle refait la même proposition entre l'option d'attendre deux mois ou l'option de la vasectomie mais avec moins de conviction que la fois d'avant, comme s'il était évident qu'il allait refuser. Il refuse, d'autant qu'elle le dit devant quatre autres conjoints qui sourient d'un air moqueur quand elle propose la vasectomie. L'homme part en allant chercher sa femme assise devant l'entrée sans même que la gynécologue n'ait été en contact avec elle depuis son arrivée. Je suppose qu'elle ne saura rien de plus que la patiente précédente.

Le service privilégié d'informations transmises aux hommes semble rarement profiter aux femmes quand elles ne parlent pas espagnol et/ou ne sont pas présentes au moment où l'information est dispensée, alors que souvent elles sont les principales concernées. Certains hommes privent ainsi leurs femmes de l'information qu'ils reçoivent, pourtant de meilleure qualité, ou encore ils détournent cette information. Par exemple, le mari de Carmela, infirmier, lui fait prendre depuis des années un panel de méthodes hormonales qu'elle supporte très mal sans lui proposer d'autres alternatives qu'il connaît, mais qui seraient plus contraignantes pour lui, telles que le coït interrompu, l'abstinence passagère combinée au comptage des jours ou encore la vasectomie ou le préservatif. Carmela ne connaît pas ces méthodes car son mari ne lui en a jamais parlé. Ainsi, il ne transmet à sa femme que les informations qui l'arrangent, alors qu'il a un accès privilégié à la connaissance en santé reproductive. Par ailleurs, en la privant d'information, il la met en danger physiquement car les effets secondaires qu'elle expérimente avec les contraceptifs hormonaux l'affaiblissent beaucoup. Elle n'est informée ni sur les raisons pour lesquelles elle souffre de ces effets secondaires, ni sur les méthodes contraceptives qui les lui épargneraient. Cette privation d'information renforce donc d'autant plus les inégalités de genre face à la morbidité, liée à la relation entre planification familiale et santé reproductive ¹⁸.

18. Freyermuth Enciso, *Médicos tradicionales y médicos alópatas*.

IV Articulation entre planification et santé reproductive



Après la dernière grossesse de Juliana (Ch5-II)

Après la naissance d'Elisa, sa fille issue de sa onzième grossesse, Juliana a utilisé pour la première fois de sa vie une méthode contraceptive médicalisée : la classique injection de Depo-provera de trois mois. Elle en avait déjà entendu parler avant par d'autres femmes et l'avait préférée aux autres méthodes qu'elle connaissait, telles que la pilule, car elle avait peur que ça lui « réchauffe ce qui est à l'intérieur », et la stérilisation car elle craignait que cela l'empêche de travailler pendant un moment. En allant vacciner Elisa, une infirmière du centre de santé lui a proposé de l'injecter et elle a accepté, fatiguée de ses grossesses et en raison de douleurs aux pieds. Après quelques temps d'utilisation, Juliana a commencé à sentir des douleurs fortes au ventre, surtout pendant ses règles. Elle a pensé arrêter d'utiliser l'injection mais sa fille de trois ans Elisa est tombée gravement malade et a échappé de peu à la mort. Souhaitant se consacrer à sauver sa fille à tout prix, Juliana a finalement décidé de conserver l'injection pour éviter une nouvelle grossesse. Puis elle a commencé à menstruer quotidiennement. Elle sentait qu'elle était malade et n'avait plus de force pour travailler. Elle s'est rendue à l'Hôpital où on lui a dit qu'elle était enceinte. Juliana est restée dubitative de cette réponse. Cela ne lui paraissait pas logique, car elle n'a jamais menstrué au cours de ses onze grossesses précédentes. Elle a alors fait un examen à la clinique Aprofam et on lui a confirmé une grossesse de deux mois. Le personnel d'Aprofam lui a proposé de rester à la clinique plusieurs jours pour qu'elle soit

examinée, car elle était très faible, et qu'on lui donne des médicaments. Ils voulaient la faire payer 5000 quetzales (500 euros), mais elle n'avait pas d'argent, donc elle est rentrée chez elle. À la fois émue et sceptique de sa grossesse, elle a attendu son enfant tout en continuant de menstruer et en se sentant très affaiblie. Quand les neuf mois ont passé, le bébé n'est pas né. Et Juliana continuait de menstruer. Elle s'est rendue au centre de santé où on lui a dit « *le bébé est ici* ». Elle touchait son ventre et sentait qu'effectivement elle avait une boule dans son estomac. Mais elle a commencé à douter des médecins et a décidé de ne plus retourner à l'Hôpital. Elle est donc allée voir une « *travailleuse de Dieu* », une prédicatrice évangélique de Todos Santos, qui lui a dit que ce n'était pas une grossesse mais que c'était quelqu'un qui lui avait fait ça, que c'était une maladie provoquée par quelqu'un, qu'on lui avait sûrement mis une boule à l'intérieur grâce à la sorcellerie. Elle s'est mise à prier selon les recommandations de la prédicatrice. Après quelques jours, elle a fait un cauchemar. Elle a rêvé qu'elle accouchait de trois chatons qui avaient des cornes de chevreuil. La prédicatrice lui dit alors de jeûner pendant plusieurs jours tout en continuant de prier. Et sa menstruation a retrouvé son rythme habituel, le flux a baissé petit à petit. Elle pense que si elle est tombée malade c'est parce qu'elle a durement travaillé dans sa vie et que ça s'est combiné à la fois à la sorcellerie, au *susto* que sa fille meure quand elle était malade et bien sûr à l'injection.

Les femmes auprès de qui j'ai mené mon enquête témoignent toutes avoir expérimenté des problèmes de santé plus ou moins graves au cours de leur vie. Ces problèmes sont systématiquement mis en lien avec les autres aspects de leur vie de femme. En ce sens, la catégorie opératoire de « maux de femmes » proposée par Clara Lemonnier est pertinente pour décrire l'ensemble des discours sur les troubles, douleurs, pathologies, mal-être perçus par les interlocutrices comme des problèmes de santé spécifiquement féminins, en distinguant la désignation médicale (*disease*) du vécu subjectif (*illness*)¹⁹. Fassin montre que les femmes pauvres équatoriennes auprès desquelles il a mené son enquête identifient l'origine de leurs maux dans des causes sociales liées à leurs conditions difficiles de reproduction et de travail²⁰. Dans ma recherche, on observe que beaucoup de ces « maux de femmes » ont eu un impact dans leur vie reproductive. Certains sont directement liés à l'utilisation de méthodes contraceptives médicalisées, d'autres ont simplement une influence sur leur utilisation et la manière d'appréhender plus largement la planification familiale.

1 Expériences dures en santé reproductive

Dans les discours des femmes, beaucoup de maux qu'elles ont expérimentés s'inscrivent directement comme résultats ou signes d'expériences traumatiques qu'elles ont vécues. Cela peut résulter de fausses couches, de mortalité ou morbidité de leurs enfants, de travail intensif, d'abandon, mais aussi de violences familiales et sexuelles. Comme on le voit dans le cas de Juliana, il s'agit souvent d'un combiné de plusieurs de ces expériences qui explique les problèmes gynécologiques et physiques dont les femmes souffrent. Aussi, les viols par exemple, s'incluant pertinemment comme des « maux de femme »²¹ engendrent d'autres maux, particulièrement en ce qu'ils atteignent fréquemment la santé gynécologique, sexuelle et reproductive, l'infertilité notamment.

19. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

20. Fassin, « Femmes, travail, maternité ».

21. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -

J'avais si mal à la matrice et à l'estomac, en permanence. Et je n'arrivais pas à tomber enceinte. [...] C'est que les femmes souffrent d'énormément de maladies. Il faut toujours faire bien attention à soi. D'autant plus que ce ne sont pas simplement des maladies physiques, des fois ce sont des problèmes de la famille ou d'autre chose. Dans mon cas, je t'avais raconté comment mon mari m'empêchait d'étudier et me battait, comment ça m'a coûté de continuer d'étudier. Et bien je crois que c'est ce qui m'a affectée en partie, et que c'est pour cela que je n'arrivais pas à avoir d'enfants, que j'avais la matrice aussi détruite.

Il est surprenant d'observer que certains maux secondaires issus de ces expériences traumatiques peuvent également s'inscrire comme effets secondaires des méthodes contraceptives et venir s'y combiner. Une mauvaise santé gynécologique est souvent corrélée à une mauvaise santé reproductive engendrant de l'infertilité. Certaines infections, des kystes aux ovaires, des flux anormaux, des dérégulations menstruelles peuvent être perçus comme des obstacles à la fertilité. Lorsque ces maux sont corrélés à une prise de contraceptif, ils sont perçus comme les symptômes de l'infertilité et la cause revient au contraceptif. La santé reproductive se lie aussi avec la question de la planification en ce qui concerne les fausses couches. En effet, la décision de se stériliser apparaît régulièrement après une fausse couche. Par ailleurs, les femmes considèrent souvent que les fausses couches sont une conséquence de l'usage intensif des méthodes de contraception médicalisées ou des violences de genre.

2 Impact des effets secondaires

Il existe différents types d'effets secondaires des méthodes contraceptives médicalisées reportés par les femmes et dont elles se plaignent, allant parfois jusqu'à les arrêter en raison de ces effets, surtout si elles en expérimentent plusieurs pour une seule méthode :

- les effets secondaires qui empêchent d'auto-observer si on est enceinte car ils se manifestent sous les mêmes symptômes que ceux de la grossesse (suppression des règles, nausées...)
- la diminution prolongée de la fertilité, temporairement ou définitivement
- la provocation de fausses couches
- des changements dans le rapport à l'alimentation (manger trop ou pas assez, ne plus pouvoir manger certains aliments)
- des transformations physiques visibles (grossir, maigrir, perte de la qualité de la peau, des cheveux...)
- la provocation de douleurs localisées (souvent maux de tête, de ventre) ou dans tout le corps
- des dérangements physiques faibles mais inquiétants pour la santé gynécologique (notamment perturbation de la flore vaginale)
- la perturbation de l'humeur et du moral
- des fatigues qui empêchent de travailler

Lorsque les femmes relatent leurs expériences de la contraception hormonale (pilule, injection, implant), elles mentionnent généralement plusieurs de ces affections. Certaines affections citées concernent aussi le stérilet (fatigues dues à la perturbation des menstrues, dérangements gynécologiques, douleurs de ventre) et la stérilisation (fatigues qui empêchent de travailler et

qui coupe toute motivation au rapport sexuel, douleurs au ventre, douleurs aux jambes et aux pieds).

3 La stérilisation comme solution aux effets secondaires

Les personnels de santé considèrent presque tous que le stérilet est la meilleure méthode contraceptive temporaire en raison de la limitation des effets secondaires. Cependant, ils estiment souvent qu'une patiente que l'on peut convaincre de mettre un stérilet, est une patiente que l'on peut convaincre de se faire stériliser. En effet, les deux méthodes sont des contraceptions durables et demandant une intervention au niveau de l'appareil génital. La solution d'orienter vers la stérilisation une patiente qui accepte ces deux aspects est alors jugée préférable, d'autant qu'elle engendre également des effets secondaires moindres, selon ces mêmes personnels.

Debora - Ixmucané, Huehuetenango - 16 ans - mam de Todos Santos - 28 février 2013 -

Debora me raconte que sa sœur utilisait l'injection mais qu'elle la faisait trop maigrir donc elle a arrêté, et elle est retombée enceinte. Sa belle-sœur utilisait aussi l'injection mais elle s'est injectée alors qu'elle était déjà enceinte. Après la naissance, elle s'est injectée de nouveau, mais elle a énormément grossi. Elle ne supportait pas ça, elle se sentait très mal, elle avait des difficultés à se déplacer, elle était très fatiguée. Elle a donc décidé de s'opérer. Je lui demande si elle ne voulait plus avoir d'enfants. Debora répond : « *peut-être que non, mais surtout elle ne voulait plus utiliser cette injection* ».

Une femme qui ne supporte plus les effets secondaires de la contraception hormonale, s'orientera peut-être alors vers une stérilisation, sans disposer d'informations sur des méthodes alternatives sans effets secondaires telles que le stérilet ou les méthodes non-médicalisées. Ainsi, quand je demande à Alicia, une femme mam de 27 ans, quelle est la meilleure méthode de planification, elle dit que selon elle il vaut mieux « *avoir ses enfants et après s'opérer, parce que la pastille, l'injection, ou cette chose qui se met dans le bras, ça rend malade, ça abîme le corps* ». Seulement, Alicia ne souhaite pas vraiment s'opérer à cause du risque que « *cela empêche de travailler* ». Les mauvaises expériences en santé reproductive sont souvent mises en lien avec les méthodes médicales utilisées et conditionnent la planification future et les méthodes employées.

Observation *jornada* Aprofam - Clinique Aprofam Huehuetenango - 17 mai 2013 -

Une femme de Nenton de 26 ans attend pour la stérilisation. Elle est très maigre et semble affaiblie. En discutant avec elle, elle m'explique qu'elle a un implant et veut l'enlever. Elle me raconte qu'elle a « *essayé toutes les méthodes* » et qu'elle n'arrête pas de maigrir sans arrêt. Avec l'implant, elle s'est encore plus affaiblie. Au poste de santé de Nenton, on lui a dit qu'elle ne pouvait plus continuer comme ça et qu'il fallait qu'elle se stérilise. Elle me confie qu'elle se fait opérer parce qu'elle n'a plus le choix, qu'elle n'en peut plus de se sentir mal. Elle a hâte qu'on lui enlève l'implant, car il lui « *détruit le corps* ». Elle se sent perturbée quand la gynécologue lui dit qu'on va d'abord l'opérer et qu'on lui enlèvera l'implant après l'opération.

Après l'opération, la patiente de Nenton fait une grosse chute de tension. Des personnes l'aident à descendre pour se faire enlever l'implant avec le médecin au rez de chaussée de la clinique. Elle s'évanouit encore dans l'escalier. On l'assoit devant la porte en attendant que le médecin soit disponible pour la recevoir. Elle prend sa tête dans ses mains et se met à prier. J'ai l'impression qu'elle pleure. Il lui reste encore l'épreuve de se faire ouvrir le bras pour sortir les implants. Je sens qu'elle est à bout, et je m'inquiète un peu de sa capacité à récupérer physiquement et mentalement après tout ça.

Dans son enquête brésilienne, De Zordo observe que la plupart des femmes recherchent la stérilisation féminine après une longue trajectoire contraceptive parsemée d'expériences douloureuses. Souvent, les femmes soulignent que le rapport difficile qu'elles entretiennent avec le savoir et les pratiques médicales dans le domaine contraceptif les éloigne des structures de planification familiale et des méthodes contraceptives qu'elles offrent, ce qui accroît leur volonté de stérilisation comme solution partielle à leurs difficultés²². C'est pourquoi, seulement la qualité de la relation avec les professionnel-le-s médicaux, notamment dans la construction de rapports de confiance et d'échange d'informations, permet de faire émerger une parole sur le vécu de la trajectoire reproductive, de traiter la question des effets secondaires de la contraception et de trouver une réponse adaptée à chaque patiente, qui diffère de l'orientation systématique vers une stérilisation.

Une étude menée au Vietnam explique que des femmes invoquaient parfois les effets secondaires pour se soustraire aux travaux les plus pénibles. Elles estimaient que le stérilet diminuait considérablement leurs forces. Takeshita en conclue que « *l'élaboration de stratégies contraceptives implique donc aussi pour les femmes d'optimiser leur santé face aux exigences productives et reproductives qu'on leur impose* »²³. La stérilisation est parfois vécue comme un nouveau traumatisme, notamment parce qu'elle est liée à la possibilité de continuer ses activités productives. En effet, la force ventrale régulièrement atteinte par l'opération, est nécessaire à un grand nombre de travaux réalisés par les femmes, non seulement domestiques mais aussi productifs. Pour les femmes rurales indigènes, les sources principales de revenus monétaires sont la location de leur force de travail pour des activités agricoles et le tissage. Du fait des techniques féminines utilisées dans ces deux activités, une diminution de leur force ventrale, notamment à travers des douleurs persistantes des suites de l'opération, comporte non seulement une énorme source d'épuisement mais aussi une impossibilité d'assurer des revenus. Or, on sait que l'accès des femmes à des revenus peut être une dimension importante dans le maintien des droits et des opportunités d'émancipation pour les femmes, quand on prend en compte l'interdépendance entre sphères privée et professionnelle²⁴. Aussi, au Pérou, dans les zones où les femmes ont majoritairement été stérilisées, celles-ci ont arrêté l'activité de tissage, qui était leur activité économique principale, en raison des douleurs provoquées par l'opération. Elles ont été aussi contraintes de limiter le travail au champ, qui demande un effort physique qu'elles n'arrivaient plus à fournir, en raison des conséquences physiques post-opératoires²⁵. Cette situation les a soit cantonnées à la sphère domestique et à la dépendance économique vis-à-vis de leur conjoint, soit amenées à migrer dans les villes pour améliorer leur statut économique-laboral à travers des activités de commerce notamment. Selon Alejandra Ballón, ce déracinement a occasionné un changement radical dans leur mode de vie, qui a affecté fortement l'autonomie économique des

22. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

23. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

24. Martin et al., *L'ambivalence du travail entre exploitation et émancipation*.

25. Ballón Gutiérrez, *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*.

femmes rurales et l'agriculture locale et durable²⁶. Les pratiques de planification familiale et leurs impacts sont donc intimement liés au mode de vie et peuvent renforcer certaines inégalités.

V Des pratiques liées à des modes de vie en mouvement

1 Planifier en milieu rural

L'éloignement géographique des communautés est souvent corrélé à un éloignement de services publics de qualité. Cela nuit considérablement à l'accès aux méthodes contraceptives et à l'accompagnement d'une attention médicale et sociale de qualité. Ce manque de service public se manifeste par le manque de structures médico-sociales dans les zones rurales, le manque d'approvisionnement de matériel et de produits et le manque de personnels motivés et qualifiés pour y exercer. En effet, les structures en milieu rural accueillent le plus souvent simplement des aides-soignant·e·s, qui acceptent ce poste par défaut, en attendant une meilleure opportunité près d'un centre urbain. Comme déjà évoqué, la tentation de corruption est importante en raison du salaire peu élevé et pas toujours versé, de l'éloignement et de l'absence de contrôle. Des personnels médicaux exerçant dans ces zones cherchent régulièrement à tirer un bénéfice économique du peu de médicaments et de matériel auquel ils ont accès. Ils travaillent généralement moins d'heures que ne le précise leur service et prolongent leurs week-ends et leurs vacances, personne ne venant les contrôler ou les remettre à l'ordre. Les centres ruraux de santé sont alors parfois fermés pendant plusieurs jours, voir plusieurs semaines. Il en va de même pour les services publics d'éducation, de rénovation des routes, d'approvisionnement en énergie, de transport, etc. Les personnes vivant dans les zones rurales éloignées éprouvent donc d'énormes difficultés pour avoir accès au soin et à l'information et confient peu dans les structures publiques rurales (Ch4·III·2).

C'est une dimension importante à prendre en compte dans les pratiques de planification. Prenons l'exemple de l'échec de la contraception par pilule dénoncée par les personnels médicaux. Ils évitent à tout prix de distribuer des pilules car ils jugent que les femmes ne sauront pas les prendre, car elles risquent de les oublier ou de les vomir sans s'en apercevoir en raison du manque d'hygiène alimentaire. Effectivement, dans l'enquête, il est apparu que plusieurs femmes avaient expérimenté un échec contraceptif car elles avaient vomi leur pilule. Cependant, les mauvaises conditions d'hygiène ne résultent pas d'un fait culturel mais bel et bien des conditions économiques et sociales des populations rurales. Par exemple, la plupart de ces femmes n'a pas la possibilité d'acheter un réfrigérateur, de se le faire livrer ou de l'alimenter correctement en raison des pannes récurrentes et prolongées d'électricité. Cela nuit à la conservation de certains aliments qui les rendent parfois malades. Il en va de même avec le non-ramassage des déchets, l'absence de dispositifs d'assainissement des eaux, la contamination environnementale par les grosses plantations agricoles, les entreprises minières et hydroélectriques, etc. Quand elles souffrent de diarrhées ou de vomissements, les femmes trouvent généralement le poste de santé le plus proche fermé, ou sans médicaments. Elles doivent alors se rendre dans un centre de santé plus éloigné. Peu de transports sont susceptibles de les y amener, ils sont chers, et encore faut-il que les routes soient praticables, surtout en saison des pluies où elles sont parfois coupées pendant plusieurs jours. Dans ces conditions, il est certes difficile de maintenir des conditions d'hygiène qui permettent aux femmes rurales d'utiliser la pilule comme méthode contraceptive efficace. Mais, une fois la pilule écartée pour ces questions d'hygiène, l'injection de Depo-provera se trouve confrontée aux mêmes problèmes d'approvisionnement, de trafic et d'accès.

26. Ballón Gutiérrez.

Susi - Chiabal, Todos Santos - 23 ans - mam
- 12 avril 2014 -

A - Où est-ce que tu mets l'injection ?

S - Je vais jusqu'au centre de santé au village.

A - À Chiabal il n'y en a pas ?

S - Oui, quand les infirmières viennent examiner ici, elles en amènent toujours, bon plutôt elles en amènent des fois.

A - Et chaque fois que tu pars chercher l'injection au centre de santé du village tu en trouves ?

S - Non ! Des fois il y en a pas !

A - Et comment tu fais dans ces cas là ?

S - S'il n'y en a pas là-bas, il y en a seulement à la pharmacie. Ça coûte 40 quetzales. Si je n'ai pas 40 quetzales il faut chercher d'autres solutions.

Gustavo - Todos Santos - 30 ans - mam
- 21 juin 2014 -

A - Où est-ce que ta femme trouve l'injection ?

G - Bon elle ne va quasiment plus au poste de santé de la communauté parce qu'elle le trouve tout le temps fermé. Donc elle allait souvent jusqu'au village. Mais maintenant quand elle y va ils n'en ont pas. Alors on trouve ça à la pharmacie mais ça coûte 60 quetzales. On l'achète mais pour nous c'est beaucoup. Bon jusqu'à présent on a quand même pu trouver l'argent.

A - Et donc vous n'avez jamais dépassé la date ?

G - Non, on a pas dépassé. Mais on planifie de faire un autre bébé et d'opérer pour ne plus utiliser l'injection.

A - Et pourquoi l'opération ?

G - Ben comme tu dis : par flemme ! (rires) Par flemme de toujours chercher l'injection. Bon pour l'instant on continue de l'utiliser mais si à un moment on trouve difficilement on va peut-être pas chercher partout encore. Donc on est pas sûrs qu'elle ne retombe pas enceinte dans les cinq prochaines années. Donc c'est mieux l'opération parce que si on va avoir un autre bébé, elle s'opère et voilà avec trois c'est terminé.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Santa Bárbara
- 12 juin 2013 -

Je vois que la majorité des patientes qui attendent pour se faire poser un implant ou stériliser lors de la journée ont déclaré qu'elles utilisaient l'injection de Depo-provera. Je leur demande une à une les raisons pour lesquelles elles veulent changer de méthodes contraceptive. La moitié me répond en désignant le centre de santé « *parce qu'il n'y a plus d'injections ici !* ». Plusieurs d'entre elles étaient d'ailleurs venues par hasard ce matin pour leur injection. Comme il n'y en avait pas, les aides-soignantes du poste leur ont proposé à la place de profiter de la *jornada* Aprofam pour se faire poser un implant ou se faire stériliser.

Trouver une injection à date fixe tous les trois mois est parfois un vrai parcours de combattante en raison de la fermeture prolongée des poste de santé ruraux, des ruptures de stock, de l'accès difficile aux centres de santé plus éloignés dû au manque de transports, à leur coût élevé, au mauvais état des routes. Les femmes cherchent souvent à se procurer l'injection mensuelle, qui leur provoque moins d'effets secondaires, mais elle est quasiment introuvable, et

souvent très chère. Cette situation amène les femmes à dépasser leur date d'injection parfois de plusieurs jours et à retomber enceintes accidentellement. Cette difficulté à accéder de façon fiable à l'injection est l'une des principales raisons mises en avant par les femmes rurales pour choisir la stérilisation après un ou plusieurs échecs contraceptifs dus au manque d'accès à l'injection et à l'information sur d'autres méthodes.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Juan Atitan
- 15 mai 2014 -**

Plus de quinze femmes sont venues pour la stérilisation et il n'y a pas de gynécologue pour opérer. Une aide-soignante du poste de santé annonce qu'il ne va pas y avoir d'opérations aux femmes qui patientent depuis plusieurs heures pour certaines. Je demande à Jaylin de me traduire les réponses en mam que ces patientes adressent à l'aide-soignante du poste, car elles ont l'air très dérangées par cette situation. Elles disent qu'on leur annonce tout le temps de mauvaises dates de *jornadas* et qu'elles se déplacent à chaque fois au milieu de la nuit à jeun, que le transport coûte cher, qu'elles habitent loin, qu'elles s'organisent pour venir, qu'elles doivent négocier chez elle pour ça, et qu'elles repartent chez elles sans être opérées. Jaylin me traduit alors que pour les calmer, l'aide-soignante laisse entendre que c'est la faute d'Aprofam. Jaylin s'énerve : « *on les a prévenus au centre de santé, c'est eux qui devaient prévenir les femmes, ce n'est pas de notre faute s'ils ne trouvent pas de moyens pour communiquer avec elles parce qu'elles n'ont pas de téléphone, ou qui sait, ou qu'ils ont oublié* ». Jaylin m'explique que l'aide-soignante a ajouté dans sa réponse aux patientes que l'Hôpital de Huehuetenango est, contrairement à Aprofam, une valeur sûre et que le centre de santé allait mettre en place une ambulance pour toutes les opérer à l'Hôpital un même jour. J'explique à Jaylin qu'à l'Hôpital ils ne vont jamais en opérer plusieurs le même jour étant donné qu'ils n'ont qu'une place par jour et que des fois ils reportent l'opération de plusieurs jours faute de matériel ou de personnel disponible.

L'accès à la stérilisation n'est pas éminemment plus facile à l'Hôpital, si on la recherche en dehors d'un accouchement, qui est la manière la plus accessible pour les femmes de se faire stériliser. Si elles veulent se faire stériliser en dehors de ce contexte, les femmes rurales doivent s'informer sur le prochain passage d'Aprofam dans la municipalité la plus proche et attendre, en espérant que l'unité mobile vienne opérer comme prévu. Ce n'est pas toujours le cas, en raison des désistements réguliers des gynécologues ou d'autres difficultés matérielles, notamment les coupures d'électricité. La deuxième solution est de se rendre à l'Hôpital de Huehuetenango où les opérations prioritaires sont donc celles des post-accouchements, car il est jugé préférable d'opérer les femmes à ce moment là, au cas où elles changent d'avis si la stérilisation n'est pas effectuée tout de suite. En effet, quand la stérilisation n'est pas réalisée directement après l'accouchement, il faut attendre 40 jours et selon les personnels, les patientes risquent de ne pas revenir. Si on se présente spontanément à l'Hôpital et que le matériel, l'espace et le personnel sont disponibles, reste donc à voir si d'autres femmes ne sont pas prioritaires. Il faut donc prévoir d'attendre plusieurs jours ou de revenir à plusieurs reprises à l'Hôpital, ce qui est compliqué lorsqu'on habite loin et que l'on est une femme (manque de moyens financiers, organisation du travail domestique en son absence, dangerosité de la mobilité, difficulté de maîtrise de la langue...).

Enfin, un autre élément qui obstrue l'accès à la contraception en milieu rural c'est le manque de privacité et d'intimité pour se procurer des informations et une méthode contraceptive. Les postes de santé ne sont pas conçus pour garder secrète la volonté de contraception, comme dans

le cas des jeunes filles qui ne sont pas encore unies. Camelia, 16 ans, me confie : « *je ne crois pas qu'il y ait des méthodes dans le poste de santé de ma communauté. Peut-être des préservatifs et des pastilles. Mais si tu vas au poste de santé pour demander une méthode, il ne faut pas que les gens t'entendent. Moi je n'aurais même pas confiance en l'infirmier. Surtout si je le connais déjà... ou même si je ne le connais pas ! Il va commencer à poser des questions pour savoir qui tu es, si tu as déjà des enfants, si tu es mariée. Après imagine qu'il parle de toi à quelqu'un d'autre ! Tout le monde se connaît là-bas* ».



Jeunes de Todos Santos

2 Approche générationnelle

La crainte d'une sexualité découverte aux yeux de tous peut sembler paradoxale tant la sexualité pré-conjugale est courante chez les jeunes. Toutefois, c'est un phénomène relativement nouveau. On peut la mettre en lien avec les transformations dans les modes de vies sur plusieurs générations, mais aussi avec de nouvelles formes culturelles qui répandent de nouveaux rapports au couple, à l'amour et à la sexualité. Certains comportements et attentes changent d'une génération à l'autre et semblent parfois s'inscrire en rupture. Les pratiques génésiques des jeunes filles sont vivement critiquées par les femmes des générations précédentes. Les aspirations individuelles de ces jeunes filles en terme d'itinéraire sexuel, amoureux, familial et reproductif, qui combinent des valeurs nouvelles et anciennes, réussissent rarement à prendre la forme qu'elles envisageaient, du fait de contraintes extérieures qu'elles soient d'ordre économique, social ou culturel²⁷.

2.1 Générations de femmes, générations de normes reproductives ?

**Jovita - Abalac, Colotenango - 34 ans - mam - Interprète E.
- 30 juin 2014 -**

E - Elle dit qu'elle voit que dans la communauté il y a plusieurs femmes qui disent « *je ne veux plus avoir d'enfants, je vais me protéger* ». Certaines femmes l'ont dans la tête et planifient parce qu'elles s'aperçoivent que ça coûte de maintenir un enfant. Alors qu'avant nos grands-mères avaient 13, 15, ou 8 enfants. Et maintenant c'est un peu rare d'entendre les jeunes dire : « *j'ai ou je vais avoir 10 enfants, 8 enfants* ». Même 7 ou 8 c'est déjà rare, donc ça diminue je pense.

Comme on l'a vu, la manière d'envisager la planification peut se transformer en fonction des générations (Ch8-II-1). Le facteur générationnel n'est pertinent que si on le situe historiquement et socialement. Les tendances de transformations de pratiques et de représentations sociales d'une génération sur l'autre s'intègrent dans des changements politiques, économiques... Ainsi, la diffusion d'une « culture » contraceptive est intimement liée au « savoir-pouvoir » biomédical²⁸, tout comme à la transmission générationnelle de connaissances et de pratiques contraceptives en dehors des structures de santé²⁹.

**Tila - Todos Santos - 72 ans - mam - Interprète D.
- 13 avril 2014 -**

T - Avant les enfants naissaient tous les deux ans, il n'y avait pas de médicaments pour ça, même les *comadronas* ne pouvaient pas aider pour limiter. Maintenant les mères prennent l'injection, la pastille, et les enfants grandissent de quatre ans avant que ne vienne le suivant. C'est comme ça maintenant.

On peut remarquer des effets générationnels liés à l'utilisation de l'implant par exemple, qui attire d'avantage les jeunes femmes après une première grossesse. La génération des femmes de 35 ans et plus utilise plutôt la stérilisation après de nombreuses grossesses. Mais la méthode contraceptive médicalisée qui touche les femmes de toutes les générations reste l'injection de Depo-provera. Chez les hommes, l'usage du préservatif se distingue aussi selon les âges, bien que la connaissance généralisée de cette méthode chez les jeunes générations n'engendre pas

27. Grenier-Torres, « Capacité reproductive et itinéraires génésiques chez les femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire ».

28. Foucault, *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir* ; Foucault, *Naissance de la clinique*.

29. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

une utilisation généralisée (Ch9-III). Beaucoup associent cette connaissance à l'accès au milieu scolaire et aux médias numériques des nouvelles générations d'hommes.

La mise en place et l'évolution de politiques de planification familiale ciblées est assez marquée dans le temps, tant dans son caractère sanitaire qu'éducatif. Cependant, ces changements n'accompagnent pas les transformations sociales de certaines tranches d'âge, dans les sociétés ciblées.

**Joaquima - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam - Interprète F
- 13 mai 2014 -**

J - À l'école, ils ne parlent pas exactement de ça comme je parle à mes filles (de l'abstinence). Au contraire de ce que transmettent les parents, à l'école ils disent aux jeunes... des méthodes. Et donc les jeunes garçons et les jeunes filles... le comprennent autrement... je ne sais pas comment dire...

J et F - *parlent en mam*

F - En fait ce qu'elle veut dire c'est que quand on explique aux jeunes les méthodes à l'école, ils prennent ça plutôt avec curiosité par rapport à la sexualité et ça leur donne envie de jouer avec ça.

J - Oui, donc moi je dis à mes filles : « *ces choses ne se font pas, parce que ce n'est pas un jeu mais des responsabilités, donc vous devez vous marier mais quand vous serez plus âgées* ». Parce que nous nous sommes mariées tard mais nos filles se marient plus jeunes, et elles tombent enceintes plus jeunes, souvent avant de se marier.

L'information sur la planification familiale et les méthodes contraceptives diffusée dans le cadre scolaire est régulièrement perçue par les générations autour de 40 ans, comme incitant indirectement les jeunes à expérimenter la sexualité. Cette théorie ne se vérifie pas car l'initiation aux expériences sexuelles n'est pas corrélée à l'éducation sexuelle transmise dans le cadre scolaire. Cependant, cette information dispensée n'est pas vraiment corrélée non plus aux pratiques contraceptives. Paradoxalement, ce n'est pas la diffusion de l'information et des méthodes contraceptives médicalisées qui semblent avoir transformé les pratiques reproductives des très jeunes générations, mais plutôt un accès facilité et parfois contraint à la sexualité, qui ne s'est pas accompagné d'un accès, ni facilité, ni contraint, à la contraception.

Il existe très peu d'ouvrages en sciences sociales sur la sexualité au Guatemala, d'autant plus sur la sexualité des femmes indigènes. L'anthropologue Emma Chirix a toutefois mené une recherche poussée sur les rapports à la sexualité de femmes mayas-kaqchikels³⁰. Elle y analyse la manière dont facteurs historiques, politiques, économiques et socio-culturels jouent dans la construction de ces rapports. Elle observe des distinctions fortes liées aux dimensions de genre, ethniques, sociales mais aussi générationnelles. Ces changements générationnels n'effacent pas une moralisation des comportements des femmes et jeunes filles, liés à des représentations particulières de la sexualité³¹. Elle observe par exemple que les initiations sexuelles sont « *fréquemment motivées par un mélange de curiosité et de désir, qui, dans beaucoup de cas apporte l'établissement d'unions conjugales prématurées* »³². Cette analyse peut être légèrement nuancée sur le terrain huehuetèque, compte tenu du taux énorme de mères célibataires.

Dans les centres de santé, les jeunes filles qui se présentent en consultation parlent régulièrement de leur « *époux* » ou de leur « *mari* ». Cette terminologie peut surprendre, non

30. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

31. Chirix.

32. Córdova Plaza, *Los peligros del cuerpo*. p.201

seulement parce qu'il s'agit de filles très jeunes, autour de 15 ou 16 ans, mais aussi parce que la pratique d'officialisation d'une union par un mariage religieux ou civil est extrêmement peu répandue chez cette génération de population indigène rurale. Lors des entretiens, les jeunes filles évoquent aussi régulièrement un « *époux* », même lorsqu'elles ne résident pas chez celui-ci, ou qu'il n'a pas reconnu leur enfant dont il est le géniteur. Le mot « *petit-ami* » est très peu employé pour parler d'un jeune homme avec lequel elles considèrent avoir une relation amoureuse et sexuelle. Ces deux dimensions de la relation - amour et sexualité - fait souvent passer le jeune homme directement dans la catégorie « *époux* » dans la perception des jeunes femmes. Les nombreuses jeunes filles indigènes avec lesquelles j'ai vécu au quotidien durant mon terrain et celles avec lesquelles je me suis entretenue dans les communautés accordaient presque toutes une place fondamentale au sentiment amoureux. Ce sentiment était pour elles le facteur le plus important qui permettait d'envisager la conjugalité. Elles se distinguaient ainsi de leurs aînées qui considéraient plutôt d'autres facteurs pour envisager une mise en couple, tels qu'avoir atteint un âge « correct » pour se marier, le présage d'une bonne relation avec la belle-famille et le conjoint, la situation sociale du conjoint et surtout le fait qu'il soit travailleur et qu'il ait « *peu de vices* », notamment concernant son rapport aux femmes et à sa consommation d'alcool. La dimension essentielle accordée à l'amour par les jeunes filles dans la constitution de leur projet familial implique généralement une attention moindre à ces facteurs anciennement limitants. Très vite amoureuses, elles décident alors souvent de fonder officiellement un couple sur ce critère, et donc plus tôt que ne l'ont fait leurs aînées. Cet effet est renforcé par leurs difficultés dans ce contexte amoureux de refuser une relation sexuelle à leur petit-ami, souvent présenté par les jeunes hommes comme une « *preuve d'amour* ». Beaucoup de jeunes hommes admettent eux-mêmes jouer régulièrement d'un rôle romantique pour convaincre des jeunes filles qu'ils fréquentent d'avoir des relations sexuelles. Cette « attitude romantique » des jeunes hommes, réelle ou simplement affichée, est valorisée au sein du groupe de pairs masculins.

De manière assez récurrente, les jeunes filles comme les jeunes garçons font référence à des éléments de la culture populaire, notamment de la culture musicale récente pour décrire leur perception des rapports de genre qu'ils et elles valorisent, qu'ils soient amoureux, sensuels... Les jeunes filles puisent les références aux sensations amoureuses dans les tubes récents de musique bachata, et les jeunes hommes dans la musique ranchera, les narco-corridos ou le reggaeton. Ces musiques jouent un rôle extrêmement important dans l'imaginaire local car leur écoute constitue une pratique culturelle essentielle chez les jeunes huehuetèques indigènes. Très peu d'entre elles/eux possèdent une télévision ou un ordinateur. Les médias de diffusion culturelle qu'elles/ils utilisent le plus restent les radios musicales et le partage de musique sur leurs téléphones. La bachata écoutée par les jeunes filles guatémaltèques est chantée par des hommes porto-ricains ou dominicains résidant aux États-Unis. Dans leurs chansons, ils mêlent romantisme et subordination des femmes au désir de l'homme. Ces chansons valorisent énormément les rapports de séduction, notamment par téléphone ou sur les réseaux sociaux, les femmes comme objets de désir des hommes et la sexualité comme un espace à conquérir par l'homme pour qu'il y déploie toute sa puissance. Les jeunes filles qui m'évoquaient leurs histoires de cœur utilisaient régulièrement des chansons de bachata pour décrire les rapports que les jeunes hommes entretenaient avec elles et qui les mettaient souvent à la fois en émoi et en crainte vis-à-vis d'eux : « *tu sais ce qu'il m'a dit l'autre jour au parc, c'est comme les promesses comme dans la chanson de Prince Royce 'solo quiero darte un beso'. J'ai trop aimé mais je ne sais pas si c'est vrai* ». La relation de Kely à Dani (voir le début du chapitre) marque bien cette ambivalence entre attrait et danger que représente la relation amoureuse pour la jeune fille. La bachata la plus diffusée et écoutée au cours des années 2013 et 2014 au Guatemala était aussi la plus régulièrement citée par les jeunes filles de l'internat dans lequel

je résidais pour faire référence aux pressions exercées par leurs petits-amis pour qu'elles cèdent à une relation sexuelle non-consentie. Le chanteur Romeo Santos y déclare :

« Si je t'offre un verre et que je m'approche de ta bouche, si je te vole un baiser, tu oserais t'énerver contre moi ? Que dirais-tu si cette nuit je te séduis dans ma voiture, que les vitres se remplissent de buée, et la règle c'est que tu prennes du plaisir. Si je te manque de respect et qu'après je prends l'alcool comme excuse, si je soulève ta jupe, me laisseras-tu le droit d'évaluer ta raisonnable ? »

Romeo Santos - *Propuesta indecente*



Scène de séduction lors d'une fête de Todos Santos

Si l'image d'un homme à la fois séducteur, romantique et oppressif transparaît dans les bachatas, les jeunes hommes prennent plutôt pour modèles les héros des narcos-corridos et les chanteurs de reggaeton. Ces derniers valorisent une sexualité masculine débordante et les narco-corridos, musique racontant les épopées des grands narcotrafiquants mexicains et

centraméricains, valorisent une virilité violente et protectrice ainsi que l'argent et la réussite personnelle. Si la plupart des jeunes hommes auprès desquels a été menée l'enquête valorisent la protection familiale, économique et physique des narcos vis-à-vis de leur famille, compagne et enfants y compris, ils insistent sur le fait que cette protection ne rentre que dans le cadre d'un « vrai » mariage, c'est à dire d'un véritable engagement officiel et volontaire.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam

- 13 avril 2014 -

C - Je n'ai jamais vu une fête de mariage de personnes jeunes, ni même à l'église. Ils ne se marient pas ! Mais pour nous les femmes en partie ce n'est pas bien parce que l'homme n'a pas d'engagement légal. Et il y a beaucoup d'hommes qui vont aux États-Unis et abandonnent leurs enfants. Ils fondent une autre famille là-bas parfois ou même pas. Et comme ils n'ont pas de relation légale ici, les mamans ne peuvent rien faire.

A - Tu penses que pour les femmes c'est comme une sécurité de se marier légalement ?

C - Je pense oui. L'homme serait plus contraint d'assumer ses responsabilités envers ses enfants et sa femme. Parce que là c'est comme si de rien n'était ! Ils se sentent totalement libres.

Aussi, on observe à travers les différents modèles de références, dont ceux de la culture musicale populaire, une valorisation inchangée d'une forme de conjugalité hétéronormée, de conjugalité subordonnée comme aspiration pour les femmes, et une valorisation de l'épanouissement personnel et de la sexualité récréative pour les hommes. Ces modèles culturels populaires sont l'une des explications proposées dans les communautés pour éclairer le phénomène d'union et de maternité des jeunes filles à un âge très précoce, contrairement à leurs aînées qui critiquent fortement cette transformation culturelle. On note que cette critique est liée à une vision négative de la sexualité hors union et de ses probables douloureuses conséquences sur les familles en cas de grossesse.

2.2 La critique de l'union précoce

Jovita - Abalac, Colotenango - 34 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

IE - Elle dit qu'antérieurement il y avait moins de femmes qui s'unissaient tôt. Avant il y en avait moins parce que les femmes n'avaient pas vraiment l'accès, la possibilité d'être dans la rue. Les femmes étaient enfermées, elles allaient travailler avec leurs parents, ils ne les laissaient pas seules. Mais maintenant il y a des filles qui se marient à 14, 13, 15 ans, elles ont leurs enfants à cet âge là. Elles ont plus de libertés mais aussi elles se perdent parce que c'est très jeune pour s'unir, avoir des enfants...

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

IE - Elle dit que si les filles s'en vont maintenant c'est à cause du portable. Avant il n'y avait pas de portable. Donc il y avait plus de respect, parce que si l'homme voulait voir la fille il devait aller chez ses parents, c'est là qu'ils se connaissaient. Ce qui détruit la vie en ce moment c'est ce portable. Le garçon appelle la fille et lui dit : « *je t'attends à tel endroit* », alors la fille dit chez elle : « *je vais faire une course* », et elle va le voir. Et avant comment ils auraient pu faire ? Le garçon devait forcément aller chez elle. Et de toutes façons on ne sortait pas faire une course parce que nos parents nous amenaient toujours travailler.

Et maintenant les portables ne coûtent que 100 quetzales, le garçon même l'offre à la fille pour communiquer avec elle. Au début c'est juste pour parler avec elle quand il veut, après c'est pour qu'elle s'arrange pour sortir quand il veut la voir. C'est pour ça que les filles tombent enceintes jeunes et qu'elles se marient jeunes, sans même que les familles connaissent le garçon ou sa famille, et des fois elles ne savent pas très bien ce qu'elles font parce que souvent le garçon lui dit des choses et après il agit autrement. Et après elle regrette mais c'est trop tard. Comme ma fille qui a eu son bébé à 16 ans et qui est mère célibataire. Elle dit qu'elle voulait avoir un époux et ce qu'elle a c'est un bébé qui n'a pas de père. Les jeunes filles pensent que c'est mieux d'avoir un mari et elles veulent l'avoir vite. Mais moi je ne lui ai jamais dit à ma fille de se chercher un mari à son âge. Mais je ne peux pas l'attacher ni être toujours derrière elle à la surveiller ou à chercher à savoir ce qu'elle fait. Quand on s'en aperçoit le ventre est déjà gros.

La valorisation de l'union et de la maternité présente chez toutes les générations de femmes est fortement nuancée par les aînées concernant l'anticipation de cette étape chez les plus jeunes. La première raison invoquée est le risque d'abandon lié aux risques de la sexualité pré-conjugale. Les femmes plus âgées accordent également beaucoup d'importance au fait de prendre le temps de choisir, de tester son compagnon et la famille de celui-ci, notamment par soucis de protection des violences conjugales et de l'exploitation familiale³³. Elles trouvent aussi essentiel d'éloigner les jeunes filles des garçons jugés « *malfamés* » en raison de leur apparente proximité (vestimentaire, gestuelles, codes) avec la culture de gang³⁴. Souvent les femmes aînées regrettent ce phénomène d'union précoce qu'elles observent dans leur communauté parce qu'elles considèrent que cela prive les jeunes filles d'opportunités futures. Surtout quand elles étudient, car souvent une grossesse ou une union s'accompagne de l'arrêt de l'apprentissage scolaire ou des études, par manque de soutien étatique aux jeunes mères scolarisées. Une autre raison invoquée est le risque lié à l'accouchement pour les grossesses précoces comme en témoigne une *comadrone* septuagénaire de Todos Santos :

**Tila - comadrone - Todos Santos - 72 ans - mam - Interprète D.
- 13 avril 2014 -**

T - Avant les femmes étaient déjà mûres quand elles accouchaient, elles étaient déjà grandes quand elles s'unissaient avec l'homme, elles avaient plus de 18 ou 20 ans, donc elles avaient déjà de la force. Ce n'est pas comme ça maintenant. Maintenant comment elles sont toutes petites, mon Dieu ! De 12 ans parfois, et elles n'ont même pas envie de manger ou elles ne veulent pas que leur papa voit qu'elle est enceinte si elles mangent beaucoup, et donc elles n'ont pas de force. Des fois elles ne peuvent pas supporter que leur corps s'ouvre pour sortir l'enfant. Quand une femme est plus grande, elle a de la force pour sortir l'enfant, et donc elle peut tranquillement accoucher, elle peut accoucher à la maison. Mais ces petites filles c'est si difficile de les faire accoucher, leur corps n'est pas prêt, elles ne sont pas prêtes. Et elles ont peur d'aller à l'Hôpital, elles veulent seulement accoucher à la maison. Et ça arrive qu'elles meurent, ou que le bébé meure, ou qu'elles ne récupèrent jamais bien.

Enfin, dans l'explication des grossesses précoces, la critique de certaines valeurs contemporaines de la jeunesse liées à la diffusion de modèles culturels populaires, se mêle parfois à

33. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

34. Little et Smith, *Mayas in Postwar Guatemala*.

une critique plus large de la globalisation, de la pauvreté et du manque de perspectives futures offertes pour les jeunes guatémaltèques indigènes, particulièrement pour les filles, qui peinent à trouver d'autres aspirations de vie que la maternité et la conjugalité précoce :

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam

- 12 mai 2014 -

A - Et donc tu penses que les jeunes s'unissent tôt à cause des médias ?

F - Oui mais pas seulement. Il y a certaines attitudes... en tant qu'institutrice on observe chaque enfant, et on voit lequel a déjà la mentalité de chercher les filles, de les toucher. Et du coup c'est un facteur aussi qui fait que les jeunes s'unissent tôt... Et beaucoup la pauvreté aussi ! Je l'ai expérimenté parce qu'un jour j'ai arrêté d'étudier et j'ai perdu une année. Et je me suis dit que j'ai appris à travailler, j'ai appris à tisser, j'ai appris à laver, j'ai appris tout, et qu'est ce que je vais faire de plus ? Où est ce que je vais être ? Et donc il me vient à l'esprit que c'est la raison pour laquelle beaucoup de femmes se marient tôt. Parce qu'on a besoin d'avoir une occupation qui donne du sens, qui donne envie de continuer, un quelconque projet de vie. Et donc tant que les filles n'ont pas d'autre information et ne sont pas éduquées comme ça... Elles sont simplement éduquées à devoir apprendre à travailler, à devoir apprendre à tisser, à s'occuper de son époux... elles n'ont pas de projet de vie, elles n'en ont pas...

A - En raison du manque d'opportunités ?

F - C'est cela, en raison du manque d'opportunités. Imagine, maintenant ils disent que le diplôme pour enseigner ne va plus rien valoir, ni le CAP comptabilité. Je suis mille fois d'accord que tout le monde devrait aller à l'université, mais dans ce cas que le gouvernement installe un centre universitaire ici. C'est absolument nécessaire. Mais imagine pour aller étudier à Huehuetenango combien il faut dépenser ? ! Ça coûte déjà énormément à certains jeunes des communautés de venir étudier ici dans la municipalité. Et donc imagine avec la mauvaise alimentation, le manque d'opportunités, et la souffrance due aux maladies, les problèmes intrafamiliaux, et si le père est alcoolique, ou la mère. Actuellement l'alcoolisme c'est ce qui affecte beaucoup de familles, comme tu peux le voir dans la mienne. Et quand les enfants arrivent à l'école, je me rends compte qu'on peut à peine les contrôler, et qu'il faut étudier chacun des enfants. Mais regarde avec les 120 enfants que j'ai à ma charge comme institutrice, comment je peux étudier chacun d'eux ? Tu finis de les étudier quand ils finissent leur cursus. Le temps s'échappe rapidement et il est déjà trop tard. Et quant à parler des méthodes de contraception aux jeunes... des fois beaucoup de parents sont contre. Qu'on leur explique quelles sont les étapes de vie, qu'on parle de l'adolescence, de comment est une femme, comment est un homme, quels corps ils ont. Les parents sont très opposés à ce qu'on donne cette information à leurs enfants. Parce que ça provoque des fois des curiosités, de vouloir expérimenter les choses. Je crois qu'à l'adolescence c'est adéquat de leur expliquer, et ils doivent le prendre correctement, avec respect envers tous, pas comme un jeu. [...] Il y a beaucoup de familles qui laissent les enfants seuls, livrés à eux-mêmes, car ils vont travailler très loin. Et souvent cela génère d'autres mentalités chez ces enfants. Et comme je disais l'influence d'autres cultures, ces musiques qu'ils écoutent, les films pornographiques. Et tout cela encourage ces jeunes à expérimenter les choses sous certaines formes. Et cela inclut les unions précoces. [...] Mais oui, il faut chercher beaucoup d'informations, trouver comment éduquer et orienter les enfants dans le contexte dans lequel nous vivons actuellement. Et encore moi j'ai la chance d'avoir une profession et d'avoir un travail. Et cela nous aide beaucoup avec mes enfants.

En très fort lien avec son potentiel reproductif, le corps des femmes est sujet à un important contrôle familiale et communautaire et dans le cadre des politiques de santé reproductive (lois, campagnes éducatives, programmes médico-sociaux). Ces contrôles découlent de nombreux enjeux de pouvoir, qu'ils soient domestiques, politiques, économiques, démographiques. Les contraintes violentes et normalisatrices en terme de santé reproductive affectent les femmes dans leur rapport au corps, leur expérience et leur conception de la famille³⁵. La gestion extérieure et autoritaire de la capacité reproductive des femmes n'aboutit pas à l'amélioration de leurs conditions de vie, car elle se pose nullement en terme d'accès aux droits. Finalement, des programmes de santé dont les perspectives affichées visent à la réduction des inégalités, tendent au contraire à les accroître. Quels sont alors les moyens d'information et de résistance ? Quels espaces de liberté se construisent les femmes dans leur gestion reproductive, dans un contexte de contrôle important sur leur corps ?

35. Jullien, « Du bidonville à l'hôpital ».

Chapitre 10

Stratégies féminines de planification familiale

Si les femmes indigènes ont des représentations et des pratiques de la planification familiale qui leur sont propres, comment gèrent-elles la confrontation avec des milieux institutionnels et communautaires normatifs auxquels elles adhèrent peu ? Comment trouvent-elles de l'information alternative ? Comment résistent-elles aux injonctions ? Comment planifient-elles ? En faisant quelles concessions ? Comment cherchent-elles à garder un pouvoir sur leur corps ? Comment y arrivent-elles ?

« *Les patientes respectent-elles l'autorité et le savoir imposés dans l'espace de la clinique ou essayent-elles de se libérer de cette relation de dépendance du savoir-pouvoir médical ?* », telle est la question que se pose De Zordo à partir de son étude sur la contraception au Brésil. Selon elle, le recours à certaines méthodes contraceptives non-médicales et le taux élevé des ligatures de trompes expriment la méfiance des patientes face aux médecins et aussi leur distance par rapport au savoir proposé dans l'espace médical. Elles développent parallèlement des pratiques et des savoirs sur le corps, la fertilité, la contraception, transmises par des relations familiales ou amicales, principalement féminines, en dehors de l'espace de la clinique¹.

I Trouver de l'information

Camila, quarante ans, m'expliquait lors d'un entretien les difficultés qu'elle rencontrait pour trouver de l'information. Elle n'a eu qu'un accès limité à l'école, en raison du manque de moyens financiers de ses parents. Il était nécessaire que Camila aide au travail domestique et agricole familial. Camila n'a donc pas pu apprendre à lire et à parler l'espagnol. Elle s'est mariée à seize ans et a eu quatre enfants puis elle a fait une fausse couche. Entre ces grossesses, elle planifiait « *de manière naturelle* », en comptant les jours. Elle a appris cette technique de planification avec une *comadrona*. Les grossesses survenaient alors, moins parce qu'elles étaient planifiées, que par des accidents tolérés dans l'usage de cette méthode, parfois approximative. Mais les deux dernières grossesses étaient vraiment non-désirées et elle a voulu changer de méthode. Elle a entendu une voisine qui parlait de l'injection et a demandé à son mari de l'aider à s'en procurer. Celui-ci l'a accompagné au centre de santé car elle ne pouvait pas s'exprimer en espagnol. Le personnel médical s'est contenté de lui administrer l'injection sans lui parler d'autres méthodes contraceptives, ni lui expliquer le mode de fonctionnement et les potentiels effets secondaires. Souffrant de menstruations trop abondantes et de fortes fatigues,

1. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

elle entend parler de la pilule par une autre femme qui l'utilise. Elle retourne au centre de santé, et se confronte aux réticences des personnels médicaux qui pensent que la prise de pilule sera trop contraignante pour elle. Ils essayent de minimiser les effets secondaires qu'elle ressent avec l'injection et lui proposent de l'injecter une nouvelle fois jusqu'au prochain passage de l'unité mobile Aprofam qui pourra la stériliser. Ils ne la questionnent pas plus sur les effets secondaires qu'elle ressent, ni sur la manière dont cela l'handicape au quotidien. Ils ne l'informent sur aucune autre méthode que la stérilisation, et ne donnent comme information sur la pilule que des éléments pour chercher à la dissuader de l'utiliser. Elle a honte de se renseigner auprès des femmes de la communauté qu'elle connaît sur la stérilisation car elle n'a pas bien compris si c'est définitif ou pas, et elle a peur de se confronter à des jugements ou des questions angoissantes telles que : « *mais si tu t'opères ton mari peut t'abandonner tu penses ?* ». Elle essaye donc de plutôt mieux se renseigner sur l'injection et la pilule auprès des personnes ressources qu'elle identifie dans sa communauté. Elle doit alors faire face à un flot d'informations contradictoires, qu'elle tente de trier, en prenant en compte différents critères de fiabilité des interlocuteurs (Ch8-I-3). Finalement elle continue d'utiliser l'injection, n'ayant pas obtenu les informations qu'elle juge nécessaire pour faire le choix de l'arrêter ou de changer de méthode. Cela fait 14 ans maintenant qu'elle s'injecte le Depo-provera.

Cristalia - Todos Santos - 25 ans - mam

- 13 avril 2014 -

A - Tu penses que dans le poste de santé, les travailleurs de santé et d'éducation discutent avec les femmes des méthodes contraceptives ?

C - Oui et non. Ça ne sert presque à rien ce qu'ils font. Les travailleurs là-bas ne veulent pas assurer leurs obligations de donner des informations de qualité. Peut-être que les services sont mal organisés, ou la direction n'est pas très stricte. Donc ils font ce qu'ils veulent. Ils doivent donner des informations tous les jours sur les méthodes de contraception mais ils ne le font pas. Ils se contentent d'injecter toutes les femmes qui viennent simplement.

Comme on l'a vu, la communication dans les structures de santé se fait presque uniquement en espagnol. Quelques fois, dans les centres de santé ruraux, certains personnels parlent la langue locale, mais cela se réduit à un nombre très réduit d'interlocuteurs sanitaires à qui demander des informations. À Todos Santos, où la plupart des femmes parlent uniquement le mam, l'éducatrice en santé reproductive et planification familiale parle uniquement l'espagnol. Il est donc tout simplement impossible pour les femmes qui ne parlent pas espagnol de lui demander des informations, à moins de se faire accompagner, ce qui engendre d'autres problèmes, liés à la confidentialité ou à la gêne notamment. Et la barrière linguistique n'est que le premier obstacle à franchir pour les femmes désireuses d'informations. Les personnels de santé, soupçonnés, souvent à raison, de biaiser l'information (Ch6-II-2), sont peu identifiés par les femmes comme des sources d'informations fiables et privilégiées. Ils sont perçus comme fainéants et corrompus, mais aussi peu discrets, jugeants, maltraitants et discriminants.

1 Des réseaux de partage d'expériences entre femmes

Confrontées aux différentes difficultés exposées plus haut, les femmes interrogées préfèrent s'abreuver de leurs expériences ou de celles de proches comme principale source d'information pour mettre en place une planification familiale qui leur convienne. Elles se forment principalement hors des structures institutionnelles, auprès d'autres femmes, tant sur les méthodes contraceptives que sur les stratégies à adopter pour résister aux injonctions familiales, communautaires et institutionnelles dans la gestion de leur vie sexuelle et reproductive. Plusieurs

auteur·e·s ont d'ailleurs montré qu'en matière de santé reproductive, les pairs sont régulièrement des sources d'informations importantes².



Discussion entre deux femmes de San Ildefonso Ixtahuacán

**Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam - Interprète F.
- 12 mai 2014 -**

A - Les méthodes tu les connais par tes copines ou par le centre de santé ?

C - Non, toujours par mes copines.

A - Dans le centre de santé ils ne te disent rien là-dessus quand tu vas vacciner tes filles ?

C - Non. Dans le poste de santé elles disent des méthodes que oui c'est mieux, que c'est bien, qu'on doit les utiliser. Elles disent toujours ça, que la femme doit utiliser ça.

Les informations que les femmes récoltent par leurs propres expériences, et partagées à celles des autres, constituent d'après elles une meilleure information que celle des institutions. C'est aussi car les femmes se transmettent une information factuelle et émotionnelle, donc d'une autre nature que l'information à connotation morale qu'elles entendent dans les centres de santé. Elles critiquent régulièrement ce rapport moralisateur à la planification familiale, car non seulement il les stigmatise et les contraint, mais aussi parce qu'il évacue la dispense de réelles informations, ainsi qu'une écoute bienveillante de la part des personnels de santé.

2. Vinel, « Mémoires de sang ».

Les femmes critiquent le rapport moral à la planification, qu'il provienne des institutions, des membres de la communauté ou de la famille (Ch10-III). Il s'agit alors pour elles de trouver des interlocutrices privilégiées pour échanger leurs connaissances, basées le plus souvent sur des récits d'expériences contraceptives, corporelles, émotionnelles. . .

Dans sa thèse, Clara Lemonnier met en avant le rôle de l'usage de la confiance entre femmes dans le partage des représentations et des expériences en santé reproductive. Elle montre que ce registre de la confiance entre femmes émerge de trois phénomènes : l'absence de discours socialement partagés sur ces sujets, les normes de pudeur et les tabous, une représentation des maux en santé reproductive comme illégitimes³. Le silence des femmes auprès desquelles elle a enquêté proviendrait alternativement ou conjointement d'un manque d'habitude à aborder ce type de sujet, de l'identification comme normale de certains maux tels que les douleurs au ventre, du caractère invisible des organes reproducteurs entraînant des difficultés pour identifier et localiser les douleurs « anormales », du caractère asymptotique de certaines infections et pathologies gynécologiques qui ne font pas ressentir aux femmes les signes d'un problème dans leur corps. D'autre part, C. Lemonnier montre que si les femmes utilisent le registre de la confiance c'est pour éviter le discrédit. En effet, parler de thèmes liés à la santé reproductive fait appel au sentiment de tabou et de pudeur car cela renvoie notamment à une sexualité déviante. On prête volontiers aux troubles perçus comme menstruels, hystériques ou sexuels des caractéristiques négatives, comme des difficultés à gérer leur corps et leur fécondité, à se contrôler sexuellement, à maîtriser ses émotions, et à ne pas se laisser aller à la folie. Ces troubles agissent sur les femmes comme des stigmates latents et ne sont dévoilés que dans la confiance, au risque de jeter sur soi le discrédit. Elle note par exemple que la clandestinité des discours sur les règles implique une surveillance autonome du cycle, et la responsabilité individuelle et privée de la détection d'un problème de santé gynécologique ou la survenue d'une grossesse.

De Zordo montre que le réseau relationnel féminin sur lequel les femmes s'appuient dans leur vie quotidienne peut devenir plus important que les ressources médicales. En effet, les femmes s'appuient sur ce réseau pour exprimer des plaintes qui seraient considérées comme infondées et irrationnelles par les médecins, car exprimées dans un langage émotionnel non-scientifique, particulièrement en ce qui concerne la contraception. Dans le milieu médical, la technicité l'emporte largement sur les aspects sociaux, corporels et affectifs. Or, l'inclusion ou l'exclusion de l'émotivité de la relation de soin est un élément fondamental dans le processus de construction des trajectoires contraceptives⁴. L'invisibilisation et la dévalorisation des savoirs de l'expérience des femmes sont liées à la configuration postcoloniale de la société car elles permettent d'ancrer les pratiques de pouvoir et de reproduire les inégalités. Cependant, les échanges de savoirs entre femmes, dans les marges créées par leur exclusion, engendrent des pratiques d'autonomisation⁵.

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 28 février 2013 -

Deux femmes qui ne se connaissent pas discutent dans le couloir en attendant l'aide-soignante. L'une consulte pour vérifier son stérilet, l'autre pour qu'on lui injecte du Depo-provera. Elles parlent de leur méthode contraceptive respective.

3. Lemonnier, « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des " maux de femmes " et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ».

4. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

5. Rodary, « De l'exclusion à la résistance ».

Celle qui s'injecte demande à l'autre si la pose du stérilet est douloureuse. Comme l'autre répond que oui, elle dit que c'est pour ça qu'elle ne veut pas mettre le stérilet, pour la douleur. L'autre dit qu'elle comprend, et que quand elle a dit à la médecin au moment de la pose qu'elle avait peur de la douleur, cette dernière s'est moquée d'elle. La seconde lui raconte qu'hier elle a attendu l'aide-soignante pendant deux heures pour faire son injection et elle n'est pas venue pour l'injecter donc elle a dû partir pour travailler sans avoir fait son injection. Elle demande à l'autre si elle va s'opérer. Comme l'autre répond que non, elle lui demande si elle veut d'autres bébés. Elle lui dit non mais elle fait la moue en pensant à l'opération. L'autre répond : « *moi non plus ça me dit rien...* »

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Rafael Pétzal
- 16 mai 2013 -**

Une femme de 19 ans se présente avec son bébé pour une pose d'implant. Elle ne connaît pas sa date de naissance. Le secrétaire lui répète trois fois : « *vous ne connaissez pas votre date de naissance!?* ». Elle retrouve le jour et le mois mais pas l'année. Finalement elle dit qu'elle connaît son âge, donc on retrouve l'année avec son âge. Elle parle tout doucement, n'est pas à l'aise, ne comprend pas bien. Elle essaye de signer, n'y arrive pas et n'ose pas demander à poser une empreinte à la place. Elle s'assoit ensuite discuter avec d'autres patientes en mam à l'écart et elle leur raconte sa mésaventure en imitant le secrétaire : « *date de naissance! date de naissance!* ». Elles rigolent et se lancent dans une grande discussion qui semble porter sur la manière dont elles ont été traitées par les personnels Aprofam, puis elles commentent ensemble ce qu'elles ont compris de l'implant et encouragent certaines à poser des questions lors de la présentation collective que va faire le médecin.

Les échanges entre femmes concernent principalement les effets secondaires des méthodes contraceptives. Mais aussi elles font circuler à la fois des informations sur les maltraitements médicaux, les stratégies pour accéder à telle ou telle méthode, ou encore pour contrer les injonctions institutionnelles. Dans le partage, l'accumulation d'expériences ne permet plus de banaliser les faits et elles acquièrent la conviction que le système les défavorise. À travers le partage d'expériences, on assiste à une reconfiguration identitaire. Les femmes se redéfinissent individuellement et collectivement à partir de leur histoire commune, découvrant par là même leur puissance d'action, leur capacité à jouer un rôle⁶.

**Alma - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

A - Il y a même des femmes qui ne vont même pas voir le guérisseur ou la *comadrona*. Les femmes qui aiment se soigner de façon naturelle des fois elles ont l'expérience de comment soigner telle ou telle maladie. Elle peuvent dire aux autres qu'est ce qui a guéri cette maladie et quel type de médecine prendre. Elles s'aident entre femmes. Les femmes sont plus intelligentes que les hommes parce qu'elles savent tout de la médecine maintenant, elles sont presque docteurs! (rire) La vie est très dure ici. C'est notre réalité. Et quand à quelqu'un il ne lui arrive rien on dit que... il n'a pas l'expérience d'aller à un hôpital, il ne sait pas ce qu'il s'y passe. Mais quand une personne a déjà l'expérience, juste de penser à ce qu'ils font dans ces hôpitaux et... C'est ça.

6. Bulot et Poggi, *Droit de cité pour les femmes*.

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

La belle-sœur de Carmela nous a rejoints après l'entretien pendant que l'interprète traduit les informations que je donne sur les méthodes contraceptives. J'explique qu'il existe aussi des méthodes pour les hommes. Je leur parle de la vasectomie et de la manière dont se déroule l'opération et comment cela fonctionne. Pendant que l'interprète traduit, elles parlent longuement entre elles et poussent de grands éclats de rire.

IE - Elles disent qu'on sort les couilles des hommes et elles sont mortes de rire ! Elles disent que c'est dommage que ça les rende pas impuissants pour qu'ils nous laissent tranquilles ! (rires). Là du coup elles discutent de comment elles font pour que leur mari ne les embête pas au lit ou je ne sais pas où (rires).

Les femmes dans les communautés tissent un réseau social, de parenté, économique, émotionnel, de soins et de service. Elles commencent à tisser ces réseaux principalement au moment des accouchements avec les visites d'autres femmes, des *comadronas*, et les échanges de connaissances au moment des visites, notamment sur les questions liées à la sexualité et au corps⁷.

Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam - Interprète F.

- 12 mai 2014 -

A - Et tu as entendu parler d'autres méthodes que l'injection, la pastille ou l'opération ?

C - Ben non tu vois. On m'a parlé du naturel mais je ne l'ai pas essayé. Ce qu'on m'a dit c'est... le jus de citron avec... je me rappelle plus... je ne sais pas si c'est de la coriandre et... de l'aspirine. Ça c'est une dame, qui sait d'où elle est, mais vers Conception ou par là. Elle vend des habits à Colo. Elle m'a expliqué qu'elle a utilisé ça pendant trois ans et qu'elle n'a pas eu d'enfant. Elle m'a dit aussi qu'on peut prendre de la citronnelle, pour avoir un enfant à nouveau après. Parce qu'après avoir pris ça c'est difficile d'avoir un enfant à nouveau [...]

A - Et c'est la *comadrona* qui donne ces...

C - J'imagine que oui ! Bon je lui ai pas bien demandé qui. La discussion est arrivée comme ça parce qu'elle m'a vue avec les deux petites chargées sur le dos avec très peu d'écart entre elles. C'est pour ça qu'elle m'en a parlé. On m'a parlé aussi de la feuille d'avocat qu'il faut prendre quand on menstrue mais je ne l'ai pas essayé.

Souvent, les femmes échangent hors de leur cercle de connaissances rapprochées. Les rencontres dans les centres de santé et le sentiment de partage d'une expérience commune permettent notamment cet échange informatif. Demander des informations à son entourage féminin ne va pas forcément de soi. Les jeunes femmes n'ont par exemple aucune idée de la manière dont leur mère planifie. De la même manière, les mères informent très peu leurs filles sur la planification familiale. Comme on peut le voir aussi sur le terrain brésilien de De Zordo, les mères sont rarement renseignées de la vie sexuelle de leur fille, au moins jusqu'à la première grossesse⁸. Beaucoup de femmes, surtout chez les plus jeunes, déclarent ne pas parler de questions liées à la sexualité avec leurs amies. Ce sont donc ces jeunes femmes qui disposent du moins d'informations, de soutien et de ressources pour en obtenir. Elles disposent également de peu d'informations et de réseau de soutien quand les petits amis exercent des pressions pour avoir des rapports sexuels non-protégés.

7. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

8. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».



Deux amies mam - San Ildefonso Ixtahuacán

2 S'informer hors du cercle proche

Il arrive que la sphère communautaire féminine ne satisfasse pas le besoin d'informations des femmes, en raison des tabous dans l'évocation de sujets ayant traits à une vie sexuelle cachée, voire secrète, ou tout simplement en raison des limites dans l'information disponible au sein de cette sphère. Elles ont alors parfois recours à d'autres interlocutrice/eur·s.

2.1 Les travailleuses du sexe

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -

A - Tu connais le préservatif ?

R - On m'en a parlé mais je ne le connais pas. C'est des filles que je connais qui m'en ont parlé.

A - Elles ont dit quoi ?

R - En fait c'est des amies qui travaillent dans les *cantinas* (bars), et après les bières il y a certains qui cherchent une femme donc ils leur demandent si elles peuvent sortir et ils vont leur donner de l'argent si elle va avec eux, comme 100 quetzales. Et je leur ai demandé une fois pourquoi elles travaillaient là parce que c'était dangereux comme travail. Elles m'ont dit : « *oui mais on utilise des préservatifs* ». Elles l'utilisent pour ne pas tomber enceinte. Une disait qu'avant elle utilisait juste l'implant et elle a eu une maladie alors elle dit que maintenant elle utilise aussi le préservatif pour les maladies. Elle dit qu'il peut se casser parfois, et que s'il se casse elle peut avoir des maladies, mais elle ne va pas tomber enceinte. C'est ce qu'elle m'a expliqué si j'ai bien compris.

Les travailleuses du sexe sont quelques fois identifiées par les femmes qui en connaissent comme des sources fiables d'informations, possédant de nombreuses connaissances sur la santé reproductive et les méthodes de planification familiale, mais aussi sur les rapports hommes-femmes et les stratégies de résistances aux violences et pressions masculines et des institutions. D'après les observations au sein de la clinique de planification familiale de l'Hôpital de Huehuetenango, les femmes les mieux informées sont indiscutablement les travailleuses du sexe. Notons que, sur la trentaine de travailleuses du sexe observées en consultation, toutes étaient alphabétisées, et au moins un tiers d'entre elles étaient étrangères, originaires du Honduras, du Salvador, du Nicaragua, ou du Chiapas mexicain frontalier. Elles sont mieux informées également car elles abordent moins les questions liées à la sexualité et au corps de manière tabou, elles ont testées de nombreuses méthodes, elles sont en contact direct avec les structures de santé car elles s'y rendent à intervalles très réguliers pour récupérer des préservatifs. Elles y sont considérées assez expertes de ces questions, notamment parce qu'elles expriment leurs connaissances pratiques et affirment clairement leurs choix. Elles y demandent peu d'informations, car elles s'informent presque uniquement entre elles, dans l'échange d'expériences.

2.2 Les femmes étrangères occidentales

De la même manière que les travailleuses du sexe, les femmes étrangères occidentales peuvent être identifiées comme des sources privilégiées d'information.

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam - 13 avril 2014 -

A - Comment tu as connu cette méthode de compter les jours ?

P - Par une dame des États-Unis. Elle m'a expliqué pour les règles et comment compter, combien de jours sans faire... (rire) quand j'avais 15 ans. Elle travaillait pas loin, à Chiabal, elle étudiait les plantes il me semble. Elle vivait de temps en temps par ici, comme toi.

A - Et elle a commencé à t'apprendre à compter les jours d'elle-même ?

P - Bon... qui sait comment s'est déroulée la discussion. Je ne sais plus... mais bon... je crois que... c'est moi qui lui ai demandé. Parce que j'en avais déjà entendu parler et bon je me suis dit que je pouvais lui demander à elle. J'ai trouvé que c'était mieux de demander des informations auprès d'elle.

Comme dans la manière de voir les travailleuses du sexe, Petra témoigne d'une appréhension moindre avec des femmes occidentales à aborder des sujets quelque peu tabous, car ayant trait à la sexualité. Ces femmes étrangères sont également considérées comme de meilleures connaisseuses, car elles évoluent dans différents milieux, dont institutionnels, et ont ainsi accès à un panel plus large d'informations, alternatives et plus globales que celles disponibles par ailleurs, dans la communauté ou les structures de santé. Tout comme pour les travailleuses du sexe, les femmes indigènes valorisent à l'échange avec les femmes étrangères présentes localement si elles en connaissent, car elles se montrent parfois d'une bonne capacité d'écoute et formulent peu de jugements. Il s'agit le plus souvent de travailleuses d'ONGs ou de chercheuses, plus rarement des femmes missionnaires religieuses. Coralia, responsable espagnole d'un internat de jeunes filles qui distribue également des bourses d'études, raconte que les jeunes filles, mais aussi leurs mères ou leurs sœurs, la sollicitent régulièrement pour des informations liées à la contraception. Elle admet en profiter parfois pour évoquer des questions sexuelles. Les femmes font souvent mine de timidité mais en profitent alors pour poser de nouvelles questions.

En menant mes entretiens, je me suis souvent trouvée sollicitée dans la transmission d'informations liées à la santé sexuelle et reproductive (Ch3-II-2), mais aussi plus largement au corps, à la violence sexiste, aux fonctionnements institutionnels... Si les femmes me demandaient des informations presque à chaque entretien réalisé, ce n'est pas seulement parce qu'elles me percevaient extérieure aux enjeux institutionnels, communautaires et familiaux. C'était aussi parce que mon intérêt ethnographique concernant leurs manières de penser et de faire les choses, mais aussi leurs vécus, permettait de créer un espace dans lequel elles se sentaient plus libres d'échanger, de s'exprimer, de questionner. Cela est apparu clairement dans les structures de santé lorsque je me retrouvais seule avec les patientes. Le fait que je sois en disposition d'écoute et d'intérêt faisait que les patientes en profitaient pour me poser de nombreuses questions, ce qu'elles faisaient rarement face à des personnels de santé se montrant peu à l'écoute, ne créant pas des conditions de confidentialité et manifestant leur empressement ou leur désintérêt. C'est en observant ce fait que l'on peut mesurer chez les femmes l'ampleur des doutes qui sont tus, par manque d'espace pour poser leurs questions. Toutes expriment des besoins informatifs auxquels pourraient répondre des personnels de santé, mais ces besoins sont rarement satisfaits. Cependant, dès qu'elles ressentent un intérêt de la part d'un personnel de soin, une ouverture ou la possibilité d'en créer une, les femmes en profitent le plus souvent pour demander des informations.

2.3 Trouver une brèche informative auprès des professionnel-le-s de santé

Les professionnel-le-s, comme on l'a vu, donnent des informations ciblées, peu exhaustives ou détaillées, sur les méthodes contraceptives et uniquement après une première grossesse. Il est donc difficile pour les femmes d'obtenir de l'information de qualité de leur part, voire impossible pour des jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfants. Les ouvertures identifiées par les patientes pour poser leurs questions ou témoigner de leurs doutes peuvent se manifester de plusieurs façons. Ces questions surgissent par exemple dans un moment d'attente au cours duquel le personnel de consultation est plus disponible pour écouter car il ne fait rien d'autre. Mais ces occasions sont rares, car les personnels ont généralement beaucoup de travail en attente et font passer une autre patiente en parallèle de l'attente d'un résultat ou du matériel nécessaire pour s'occuper de la patiente en cours. La confidentialité aide beaucoup également, tout comme le fait que le personnel pose une première question pour s'intéresser à la patiente telle que : « *vous allez bien ?* » ou « *ça se passe bien avec votre méthode ?* ».

Observation clinique de planif. familiale, Hôpital de Huehuetenango - 22 mars 2013 -

Une patiente de 19 ans se présente pour son injection de Depo-provera. L'aide-soignante Evi lui demande comment ça se passe avec sa méthode. Je suis surprise parce qu'elle pose rarement ce type de question. La patiente a l'air aussi surprise que moi. Elle dit que ça se passe bien et, comme elle a l'espace de parler, elle ajoute : « *juste une question... c'est normal que je ne vois pas mes règles ?* ». Evi répond oui et se tourne vers l'infirmière stagiaire, dont la présence explique sûrement sa question à la patiente, car c'est à destination de la stagiaire qu'elle donne quelques explications sur l'injection : « *cette patiente vient pour une injection, c'est pour planifier sur trois mois, ça peut faire partir la menstruation, donner des malaises parfois* ». La patiente réagit à ces mots qui ne lui sont pas adressés et demande : « *donc c'est normal que ça donne des malaises ? Et des maux de tête aussi ? Comment on peut éviter ça ? Il y a des méthodes qui ne provoquent pas ces malaises ? Parce que moi ça m'empêche de travailler parfois et je me demandais si...* »

Si dans ce cas la patiente réussit à saisir la brèche offerte par l'aide-soignante pour poser ses questions, car il n'est pas toujours facile lors d'une consultation classique de le faire. Le fait d'utiliser l'injection trimestrielle de Depo-provera, et donc de se présenter au minimum tous les trois mois face à un personnel de santé permet de multiplier les potentielles occasions d'interactions ouvertes avec le personnel médical. Les femmes qui utilisent l'injection ont alors plus souvent accès à de l'information adaptée qu'une femme qui est stérilisée ou à laquelle on a posé un stérilet ou un implant. Leur suivi médical est également mieux assuré grâce à cette multiplication des occasions d'ouverture et de privacité potentielles qui lui permettent de s'exprimer.

Lors des interventions de l'unité Aprofam, les femmes n'ont aucun espace de privacité. Ce qui les encourage à poser les questions dans l'espace dédié, la *plática*, c'est le fait que d'autres en posent. Ainsi, lors des *pláticas*, il y a généralement soit aucune question, soit énormément. Je remarque également dans les services de santé que, lorsque je pose des questions au personnel pendant la consultation, la patiente en profite pour poser elle aussi des questions et demander des informations et précisions.

Observation service de planification familiale du C.A.P de Todos Santos - 19 juin 2014 -

Je demande à l'infirmière qui me montre le carnet d'injection qu'elle va délivrer à la patiente : « *comment ça se passe si la date est dépassée pour l'injection suivante ?* ». Elle me répond que pour deux ou trois jours de retard ils appliquent quand même l'injection, sinon ils font passer un test de grossesse. Comme de façon assez récurrente lorsque je pose une question au personnel médical en consultation, la patiente commence elle-aussi à en poser, ici en mam, et demande plus d'informations.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Gaspar Ixchil - 7 mars 2013 -

Le gynécologue demande à la fin de la *plática* sur la stérilisation s'il y a des questions. Tou-te-s se regardent, une des femmes demande discrètement à son mari d'en poser une. Il prend la parole un peu gêné : « *et on ne vas plus pouvoir avoir d'enfant ?* ». Une autre souffle également à l'oreille de son mari qui demande : « *et elle peut manger quand ?* ». Après la réponse du gynécologue la première femme qui avait soufflé la question à l'oreille de son mari demande cette fois-ci directement : « *mais cette opération n'est pas l'opération de 10 ans ?* ». La seconde femme souffle encore une question à son mari qui demande : « *c'est nécessaire que ma femme fasse la consultation de l'urine (le test de grossesse) si on sait déjà qu'elle n'est pas enceinte ?* ». Les femmes commencent alors toutes à chuchoter des questions à leur mari. Après qu'ils aient posé leurs questions, une des femmes demande directement : « *mais si l'anneau (de ligature) tombe, on ne peut pas tomber enceinte une nouvelle fois ?* ». Deux autres femmes commencent alors à poser leurs questions sans plus passer par leur mari.

Les femmes posent régulièrement leurs premières questions par l'intermédiaire de leur mari lorsqu'elles n'osent pas les poser directement. Parfois, c'est simplement en raison des barrières linguistiques, mais pas seulement. Souhaitant visiblement conserver l'illusion d'une docilité et d'une ignorance apparente (III.1), car elles sont généralement perçues sous ces deux traits par les personnels médicaux (Ch6-I-1, Ch7-I-2), les femmes indigènes rurales favorisent les intermédiaires pour obtenir des informations. Les hommes obtenant plus facilement qu'elles un

espace de privacité dans les structures de santé, même lorsque c'est leur femme qui est concernée par la méthode contraceptive. Il arrive donc régulièrement qu'une patiente d'Aprofam souffle un ensemble de questions à son mari et l'encourage à réclamer un espace à l'écart pour pouvoir les poser. Lorsqu'elles ne viennent pas accompagnées, les patientes ciblent parfois des personnels de santé de la structure avec lesquelles elles ont un rapport privilégié, qui accepteront de demander les informations à leur place.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Santa Eulalia
- 24 avril 2013 -**

Une secrétaire du centre de santé vient voir le secrétaire de l'unité mobile d'Aprofam. Elle demande un peu gênée : « *une des dames que vous avez opérées aujourd'hui vient de m'appeler sur mon portable pour que je vous demande des précisions. Parce que l'un de vous lui a dit à un moment que le docteur voulait discuter de quelque chose avec elle et après personne n'est venu lui parler. Et comme après l'opération l'aide-soignante lui a dit qu'elle pouvait partir, elle n'a pas osé demander et elle est restée avec le doute qu'il y avait quelque chose. Et comme elle a écouté des rumeurs que l'une des femmes était enceinte, elle voulait s'assurer que ce n'était pas elle, savoir comment ça s'était passé pour elle...* »

Énoncer la rumeur, comme déjà évoqué (Ch8-I-3), fait également partie des techniques mobilisées par les femmes pour récolter de l'information auprès des structures de santé. Elles ne la formulent qu'après avoir constaté une ouverture de la part du personnel qui les reçoit.

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango
- 22 février 2013 -**

Trois patientes *ladinas* attendent pour leur injection de Depo-provera. Je leur demande comment ça va avec leur injection. Elles me disent que ça leur provoque de forts maux de tête. Une d'entre elles me demande si c'est vrai que ça fait des kystes de sang dans la matrice parce que les règles ne sont pas pareilles qu'avant. Elle me dit que beaucoup de gens disent ça.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 10 juillet 2014 -**

Une des patientes, opérée en avril, profite du passage bimensuel de l'unité à Colotenango pour consulter le gynécologue sur les effets secondaires liés à la fatigue. Elle parle très bien l'espagnol. Le gynécologue lui diagnostique une anémie et lui dit qu'elle doit prendre du sulfate de fer. Elle lui demande de l'écrire et lui demande qu'est ce qui a pu causer cela. Il lui répond qu'elle ne consomme peut-être pas assez d'aliments qui contiennent du fer et lui fait une liste de ceux dans lesquels elle peut en trouver. Elle hésite un moment puis se lance et dit : « *c'est que dans la communauté... ils disent que c'est pour l'opération que ça fait ça...* ». Le gynécologue dément et lui explique pourquoi ça ne peut pas être lié. Plusieurs patientes qui vont se faire opérer écoutent attentivement la conversation puis commencent à énoncer d'autres rumeurs qu'elles ont entendues et récoltent attentivement les informations que le gynécologue donne dans son démenti.

Énoncer la rumeur est parfois gênant pour les patientes qui préfèrent éviter le risque de stigmatisation et de maltraitance si les personnels estiment qu'elles croient fermement à cette rumeur. Ces patientes énoncent alors la rumeur en précisant bien leurs soucis de vouloir croiser les sources et que ces rumeurs sont issues d'autres personnels médicaux.

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango
- 19 avril 2013 -**

Une jeune fille mineure débarque dans la salle de consultation et me demande : « *une question, le docteur m'a dit je devais me faire le frottis mais je suis enceinte, est-ce que je peux le faire ? Parce que l'infirmière m'a dit que c'est possible qu'après huit mois que le bébé soit né, mais le docteur m'a dit que non, que c'était urgent. Mais... aussi d'autres personnes m'ont dit que quand on se fait un frottis et qu'on est enceinte le bébé sort directement et qu'on doit attendre jusqu'à un an que le bébé soit né* ».

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango
- 18 avril 2013 -**

La patiente demande à la docteure de regarder son stérilet qu'elle a depuis sept mois, parce qu'elle pense qu'elle a un problème à cause de la dérégulation de ses menstrues. La docteure lui prescrit une pilule pour les réguler et accepte finalement de regarder son stérilet par crainte que la patiente ne cherche à l'enlever dans le poste de santé de son quartier si elle ne la rassure pas que son stérilet va bien. La patiente, étonnée et satisfaite de voir la docteure céder à sa demande, se met à l'interroger : « *ma belle-sœur est tombée sept mois après qu'on lui ait posé la T. Dans le poste de santé ils ont dit que la T s'était déviée et qu'elle pouvait tomber enceinte et elle avait peur. C'est possible ?* ».

Dans cette dernière observation, on constate que la patiente parle très probablement d'elle-même en prétextant qu'elle demande l'information pour sa belle-sœur. C'est une autre technique utilisée par les patientes pour obtenir des informations de la part des personnels médicaux (Ch3-I-2). Elle est particulièrement utilisée par les jeunes patientes non-unies, qui n'ont pas encore eu d'enfants et souhaitent accéder discrètement à de l'information sur la contraception. Jessica est l'une de ces patientes. Elle va chercher à obtenir une pilule en feignant qu'elle n'en a pas besoin. Elle obtiendra ainsi des informations et une contraception plus adaptée à sa situation.

**Observation à la maternité de l'Hôpital de Huehuetenango
- 22 avril 2013 -**

Jessica, une jeune fille *ladina* de 14 ans passe en consultation en disant qu'elle voudrait des pilules « *pas pour ça mais parce que ma sœur a dit que ça contenait des vitamines* ». La gynécologue sourit, Evi et moi nous regardons en nous retenant de rire. La docteure lui dit : « *tu sais pour être bien protégée et discrètement il existe l'injection qu'il faut mettre tous les trois mois ou la T. La pastille des fois on l'oublie et on n'est plus protégée. Il y a le préservatif aussi mais il peut y avoir des accidents, ce n'est pas très sûr car il peut casser, mais il protège bien des maladies car avec les petits amis on ne sait jamais* ». La Dra lui dit que le problème avec la pilule c'est qu'elle va l'oublier tout le temps. Jessica dit : « *Ah bon... pour l'instant je voudrais bien voir avec la pastille et après je reviendrai* ». La docteure lui donne aussi des préservatifs, que Jessica ne refuse pas et cache soigneusement dans son sac en précisant : « *bon on ne sait jamais, je les donnerai à ma sœur... La pastille je la prends le mois prochain ?* » La docteure cesse de jouer le jeu et dit « *tu vas tomber enceinte si tu attends le mois prochain!* ». Jessica : « *sans avoir de relation!?* ». Nous lui sourions et elle nous raconte que dans un autre centre de santé elle a demandé des pilules et on l'a jugée. Elle imite l'infirmière qui l'a reçue : « *Et toi pourquoi tu veux planifier?!* ».

Evi et la docteure sortent en faisant une blague sur 'les vitamines' pendant que Jessica ramasse ses affaires. Nous discutons un peu et elle me confie qu'elle a eu des relations sexuelles. Elle s'est protégée avec des préservatifs mais le garçon voudrait ne plus en utiliser. Elle me demande si dans mon pays « *c'est facile de demander pour la contraception sans que les gens te disent 'pute' ?* ».

Pour de nombreuses femmes ou jeunes filles, l'obtention d'informations dans les structures de santé est parsemée d'épreuves. On peut le voir à travers l'exemple de Candelaria, une femme mam de cinquante ans. Candelaria a eu huit enfants, les trois premiers sont morts avant leurs trois ans. Un autre est mort à dix-huit ans sur la route pour les États-Unis. Elle a eu sa première grossesse à quinze ans mais a quitté son conjoint et s'est remariée. Elle me dit : « *avec mon mari nous avons beaucoup de problèmes, il ne voulait pas saluer ma maman, et comment il me tapait !* ». Son dernier enfant a quinze ans maintenant. Six ans après la naissance de ce dernier, elle a utilisé l'injection pendant deux ans et demi puis elle a arrêté et elle est tombée enceinte. Elle a fait une fausse couche. C'était il y a cinq ans. Elle est venue « *se faire nettoyer* » de sa fausse couche à l'Hôpital et les infirmières lui ont dit de « *remettre l'injection de contrôle* ». Elle a protestée en demandant si elle pouvait utiliser autre chose à la place mais elle n'a pas eu d'informations, à part sur la stérilisation qu'elle a refusée, et on l'a de nouveau injectée. Je rencontre Candelaria à la clinique de planification familiale de Huehuetenango. Elle accompagnait son mari qui faisait une série d'examens depuis trois jours, pour de graves problèmes de santé. En écoutant une *charla* sur les méthodes contraceptives dans le hall elle a retenu que « *que pour les femmes déjà âgées ce n'est pas bon de s'injecter, que ça abîme. Et moi comme j'utilise l'injection et j'ai des douleurs très fortes dans les pieds, et mes doigts se bloquent quand je lave les habits, et j'ai mal au dos aussi. Et comme la dame a dit cela de l'injection je pense que c'est pour cela, donc je venais demander des détails* ». L'aide-soignante Evi arrive et demande à Candelaria : « *vous venez pour quoi ?* ». Celle-ci lui répond : « *eh bien mes pieds me font très mal, et j'ai entendu la charla hier et comme j'utilise l'injection...* ». Evi la coupe et demande : « *vous avez votre carnet (où l'on note les injections) ?* ». Candelaria répond : « *non, je me suis injectée le mois dernier mais...* ». Evi la coupe à nouveau : « *donc ça sera en juin la prochaine injection !* ». Candelaria tente de se faire écouter : « *oui mais ce qu'il y a c'est que l'infirmière de la charla...* ». Evi la coupe : « *c'était moi qui donnais la charla hier !* ». Armée de patience, Candelaria poursuit : « *donc vous avez dit hier que quand une femme est déjà âgée...* ». Evi a l'air de faire enfin un lien entre son âge et l'injection non-recommandée, elle la recoupe : « *Quel âge avez-vous ?* ». Candelaria : « *cinquante* ». Evi s'adresse alors à elle sur un ton paternaliste : « *ce qu'il se passe c'est que vous ne pouvez plus utiliser d'injections, vous devez revenir ici lundi et on va vous mettre une T de cuivre. Avec la T vous allez voir vos règles, vous allez laver vos habits chaque mois (autre façon de dire que ses règles vont couler), et ainsi vous allez voir quand vous entrerez dans la ménopause* ». Candelaria demande à Evi si elle peut lui donner quelque chose pour la douleur. Evi lui donne une ordonnance d'Ibuprofène sans poser de questions. Candelaria dit qu'elle a prit du Diclofénac, de l'Ibuprofène, et que rien n'y fait depuis deux ans. Evi lui dit : « *vous voyez ! ? Vsus voyez ! ? C'est parce que vous avez la ménopause ! C'est ça qui vous donne des douleurs de jambes, de tête, dans tout le corps* ». Evi se sent très fière d'avoir donné son diagnostic alors qu'elle ne voulait rien écouter depuis le début de la consultation. Candelaria ne cherche pas à se réhabiliter, elle répète simplement les informations qu'elle a tirées de cet échange, même si elle se sent visiblement un peu bousculée par son caractère violent.

II Planifier non-médicalisé

Les femmes interrogées utilisent rarement un seul type de méthode de planification au cours de leur trajectoire reproductive. Au contraire elles testent généralement plusieurs méthodes et alternent entre méthodes médicalisées et non-médicalisées. La plupart ont déjà testé une méthode hormonale au cours de leur vie, et l'ont abandonnée provisoirement ou définitivement en raison des effets secondaires vécus ou supposés, tel que le risque entendu de stérilité. Les méthodes naturelles et à participation masculine sont alors parfois choisies malgré le fait qu'elles comportent des risques d'échecs conséquents, d'après la plupart des femmes interrogées. Les femmes alternent donc les méthodes selon les périodes, en fonction d'une évaluation des types et des niveaux de risques qu'elles sont prêtes à encourir.

1 « Planifier naturel »

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Ildefonso Ixtahuacán - 14 mai 2013 -

Je discute depuis un moment avec une patiente qui m'explique que si certaines femmes ne veulent pas planifier c'est parce que le mari ne veut pas ou bien elles planifient avec des méthodes naturelles. Je suis étonnée de voir qu'elle reprend l'idée commune au sein du corps professionnel en santé reproductive que planifier avec des « méthodes naturelles » ce n'est pas vraiment planifier. Je lui demande : « *c'est quoi les méthodes naturelles ?* ». Elle me répond qu'elle ne sait pas. Elle réfléchit et ajoute : « *elles se contrôlent seulement peut-être* ». Je lui demande sous quelle forme elles se contrôlent. La patiente : « *je ne sais pas... elles disent juste qu'elles utilisent des méthodes naturelles mais je ne sais pas bien lesquelles* ».

L'idée de « *planifier naturel* » est une notion qui apparaît dans la majorité des entretiens. Si les femmes y font autant référence cela ne les empêche pas d'avoir le plus souvent une idée floue de ce que cela veut dire concrètement. Elle peut désigner différentes manières de contrôler sa reproduction : par des remèdes à base de plantes, ou par des méthodes dites « *naturelles* ». Les femmes y ont recours régulièrement au cours de leur parcours contraceptif, surtout suite à de mauvaises expériences d'effets secondaires avec des méthodes contraceptives médicalisées, ainsi que lorsqu'elles craignent une stérilité potentiellement provoquée par ces méthodes. Elles restent lucides toutefois sur le manque de fiabilité de cette « *planification naturelle* » pour s'assurer d'éviter une grossesse. Elle ne l'utilisent donc que lorsqu'elles acceptent de prendre le risque de peut-être tomber enceintes malgré leur utilisation contraceptive. Dans la classification savante, les méthodes dites « *naturelles* », incluant notamment le contrôle de température, diffèrent des méthodes dites « *modernes* » (hormonales, stérilet, stérilisation...). Dans le langage des enquêtées, la méthode « *naturelle* » identifiée en premier lieu correspond à des remèdes à base de plante. Elle est désignée comme « *méthode traditionnelle* » dans la classification savante⁹.

1.1 Remèdes à base de plantes

L'existence de remèdes contraceptifs à base de plantes est évoquée par presque toutes les femmes lors des entretiens. Toutefois, nombre d'entre elles les mentionnent plutôt sur le registre de la rumeur qu'affirmant leur existence certaine. Très peu en connaissent les recettes, gardées par certaines *comadronas* qui les préparent et parfois les administrent elles-mêmes. Les *comadronas* interviewées déclarent soit ne pas connaître les recettes, soit préférer ne pas

9. De Zordo.

les préparer par manque de fiabilité de ces remèdes (risques de stérilité ou manque d'efficacité contraceptive). Les femmes identifient généralement les feuilles ou le noyau de l'avocat comme étant l'ingrédient principal dans ces remèdes.

Paulinda et Eugenia - Abalac, Colotenango - 50, 60 ans - mam - Interprète IE.
- 29 juin 2014 -

IE - Elles disaient que dans leur cas, en tant que *comadronas*, elles ne donnent aucun médicament naturel à une femme. Des fois, il y a des femmes qui arrivent chez elles et disent : « *je suis enceinte, mon époux est aux États-Unis et je veux que vous me donniez un médicament* ». Elles disent qu'elles ne le donnent pas parce que « *si les gens l'apprennent, ils peuvent nous incarcérer, parce que nous n'avons pas l'autorité, l'autorisation de leur donner des médicaments comme ça. Et en plus elles n'ont pas à avorter, qu'elles aient leurs enfants ! Si elles se mettent là-dedans, qu'elles aient leurs enfants, pourquoi elles devraient avorter ?* ». Donc elles sont contre ça et elles n'aident pas les jeunes femmes pour qu'elles puissent avorter. Et pour planifier elles les envoient simplement au poste de santé. Elles ne donnent pas de remèdes naturels. Et sûrement elles pourraient en procurer puisqu'elles disent qu'elles ont des connaissances là-dessus. Mais à un moment une d'elles a dit : « *la ruta, mais elle est abortive* ». Et donc elles ne la donnent pas parce qu'elles ne sont pas dits en faveur de l'avortement, et elles ne veulent pas non plus qu'on les mette en prison ou qu'on les empêche d'exercer leur travail. Elles ne veulent pas qu'on les accuse d'aider à l'assassinat d'un bébé.

A - Et elles ont connaissance d'autres remèdes pour planifier. . .

IE, P et E - *parlent en mam en rigolant*

IE - Elles disent qu'elles ont utilisé par exemple. . . le noyau de l'avocat. Elles ne voulaient pas avoir plein d'enfants, mais Paulinda en a eu huit, et Eugenia en a eu treize ! (rires). Elles voulaient se soigner avec ce remède mais ça n'a jamais marché ! Elles ont parlé aussi de la poudre d'une machette ou de n'importe quel matériel en fer. Elles le limaient, mettaient la poudre dans un verre avec du citron et de l'eau et elles le buvaient. Parce que les gens disaient que c'était bon pour ça. Mais ça n'a jamais marché ! Elles buvaient les remèdes et elles tombaient enceintes en même temps ! (rires) Et donc pour cela elle dit que ces remèdes naturels ne fonctionnent pas parce que ce ne sont pas des médicaments. Bon mais tu as vu tout à l'heure elles disaient que les méthodes, les injections tout ça, c'était pas bien non plus, donc je ne sais pas !

Si ces remèdes sont aussi souvent évoqués sous le mode de la rumeur c'est que très peu de femmes les utilisent, et surtout parce qu'ils comportent une dimension subversive, notamment car ils seraient des remèdes dilués de remèdes abortifs. Comme les méthodes médicalisées, ces remèdes ont une connotation stérilisante et dangereuse pour la santé reproductive d'après la plupart des femmes interrogées. Mais certaines ont une vision différente :

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -

F - Sur les méthodes, il y a des dames qui racontent qu'il y a des plantes médicinales. Elles disent qu'elles utilisent les feuilles d'avocat il me semble, avec la *comadrona*. Quand elles arrêtaient d'en prendre elles retombaient enceintes apparemment. Donc cela n'a aucun effet néfaste sur le corps, elles sont bien. Pas comme les méthodes. . .

Pour certaines femmes, comme Fernanda, la dimension subversive des remèdes à base de plantes provient d'avantage du fait qu'ils découleraient de savoirs ancestraux mayas. Ce profil de femmes considèrent que ces méthodes « naturelles » ne sont pas nocives pour les femmes

mayas car, au contraire, elles seraient cachées pour préserver ce savoir adapté à leurs corps et les maintiendraient en bonne santé. Toutefois, cela n'implique pas forcément que ces femmes qui proposent une vision souvent idéalisée de ces méthodes cherchent à les utiliser elles-mêmes. Aucune femme interrogée n'a utilisé ces remèdes durablement et la plupart les critiquent souvent. Ces remèdes sont donc souvent identifiés par les femmes de la même manière que les méthodes contraceptives médicalisées alors même que leur existence est totalement invisible au sein des milieux médicalisés, voire même niée. Les femmes ne les évoquent jamais face aux personnels médicaux car elles savent qu'elles recevront une forte désapprobation pouvant engendrer de la moquerie ou de l'infantilisation, mais aussi une accusation d'avortement clandestin ; tout ceci aboutissant certainement, à la fin de la consultation, à l'administration contrainte d'une méthode médicalisée.

Aussi, pour les femmes, la différence opérée entre les remèdes naturels et les méthodes contraceptives médicalisées résulte plus des lieux ou des personnes ressources auprès desquelles se les procurer et de leur dimension subversive *versus* approuvée, que d'une différence fondamentale dans la nature de la méthode. De Zordo note également sur son terrain brésilien les fortes analogies tracées par les femmes entre ces deux groupes de méthodes, notamment sur le fait que les unes et les autres peuvent échouer de la même façon¹⁰.

1.2 « Méthodes naturelles »

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Et avant d'avoir ton bébé tu planifiais avec une méthode contraceptive ?

P - Non. Juste avec le naturel disons. Pas d'injection tout ça. J'utilisais les colliers. C'est celui où on doit compter quand... quand... je sais pas... quand on peut tomber enceinte et quand on ne peut pas. [...]

A - Cette méthode t'a plus plu que l'injection ou une autre... ?

P - Oui c'est mieux, parce qu'on ne tombe pas malade. Parce qu'il y a beaucoup de personnes qui utilisent des méthodes contraceptives, des pastilles, des injections, *Jadelle*, T en cuivre, je ne sais pas s'il y a d'autres. Et donc elles m'ont raconté que certaines meurent parce que... je ne sais pas si la matrice a été... comme si la matrice a grossi d'un seul coup [...]

A - Et quand tu n'as plus utilisé ça tu es tombée enceinte.

P - Mhm.

A - Et là tu vas réutiliser la méthode du collier ?

P - Pas encore parce que j'allaité, et mes règles n'ont pas encore coulé, je ne sais pas quand elles vont couler.

A - Et quand elles vont couler tu penses utiliser encore cette méthode ?

P - Mmm peut-être que oui [...]

A - Mais quand tu es tombée enceinte c'est parce que tu voulais ou parce qu'à un moment la méthode n'a plus fonctionné ?

P - Mmm... bon... peut-être que la méthode n'a plus fonctionné... (rires) [...]

A - Mais vous allez continuer à utiliser la même de toutes façons ?

P - Oui ! Obligés ! Parce que je ne veux pas utiliser une méthode [...]

A - Quand tu es malade ou que ton fils est malade tu fais comment pour le soigner ? Tu vas au poste de santé ? Tu vas voir une *comadrona* ? un autre type de docteur ?

P - Non, je vais au poste de santé.

10. De Zordo.

Le terme « méthodes naturelles » est utilisé au sein des structures de santé. Elle fait référence dans ces structures à la « méthode du collier » qui consiste à s'aider d'un collier de perles pour identifier les jours fertiles du cycle et à « l'allaitement exclusif » qui consiste à donner uniquement le sein au nourrisson pendant les premiers mois qui suivent l'accouchement, ou du moins jusqu'à ce que les règles réapparaissent. Les femmes interrogées y ajoutent fréquemment le coït interrompu, considéré comme une méthode « à participation masculine » dans la classification savante¹¹. Les femmes sont toutefois très peu informées de ces méthodes dans les centres de santé comme nous l'avons vu. Ce sont généralement les femmes qui ont suivi des études, qui ont un important capital culturel et diverses ressources qui les connaissent assez pour être sûres de les maîtriser.

**Natalia - San Ildefonso Ixtahuacán - 57 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

Ce qui m'a plu, c'est la méthode du collier. Il suffit de compter la date et la femme elle-même sait quel jour va couler sa menstruation... quel jour elle va être fertile, pour faire attention, ne pas avoir de relations avec son mari. Et j'ai même écouté d'autres méthodes comme ça qui sont bonnes, mais ce que j'ai vu c'est que l'homme doit faire attention. Dans les jours fertiles on ne doit pas faire de relations ou au moins l'homme ne doit pas rester... Bon mais pour moi, ce que j'ai pensé quand j'ai appris cette méthode, c'est que c'est plus pratique si c'est moi la responsable. Bon moi je n'ai pas utilisé l'injection ni rien. J'ai parlé avec mon mari et il était plus ou moins d'accord pour la méthode naturelle de compter les jours dont je parlais, mais bon il n'a pas coopéré beaucoup non plus. Et bon j'ai eu les neuf enfants dont je t'ai parlé.

Le second élément essentiel et indispensable à l'utilisation de la méthode du coït interrompu et de compter les jours ou des deux combinés, c'est la participation du conjoint pour se retirer ou s'abstenir de pénétration ou de rapport sexuel quand il y a des risques de grossesse. Ces méthodes changent donc la perspective d'une responsabilité contraceptive uniquement féminine pour en faire une responsabilité plutôt masculine, même si l'initiative et la transmission de connaissances sur ces techniques vient plutôt de la femme. Celle-ci doit s'assurer de la coopération totale du conjoint si elle ne veut pas risquer une grossesse, ce qui n'est pas évident pour beaucoup de femmes interrogées qui se voient mal négocier avec leur conjoint des modalités strictes régissant les relations sexuelles durant certains jours du cycle, ou en permanence hors périodes de règles, largement identifiées par les femmes comme des périodes où le risque est quasi nul.

2 Des méthodes « impensées »

**Rogelia - Huehuetenango - 30 ans - popti' de Jacaltenango
- 20 avril 2013 -**

A - Comment tu as planifié après la naissance de ton second enfant ?

R - En fait j'étais célibataire depuis ma grossesse, le père du bébé était parti aux États-Unis et il m'a laissée. J'ai eu de gros problèmes de santé dans la matrice et l'accouchement s'est mal passé, j'ai perdu beaucoup de sang. Donc quand j'ai commencé à sortir avec un autre homme je n'ai pas voulu vivre avec lui pour ne pas tomber enceinte une troisième fois. J'avais peur de mourir, et puis quand le second est né, le premier a beaucoup souffert de l'attention que je donnais au second et je ne voulais pas qu'il ressent ce qu'avait senti le premier si j'avais un nouvel enfant.

11. De Zordo.

L'homme a accepté que nous ne vivions pas ensemble. Mais nous nous sommes séparés aussi trois ans plus tard. Heureusement que je n'étais pas tombée enceinte! [...] C'était ça... c'était comme ma manière pour ne pas tomber enceinte sans utiliser l'injection qui pouvait abîmer ma santé, j'ai refusé de vivre avec lui, et ça a marché.

« Planifier naturel » par les remèdes à base de plantes, et les diverses techniques exposées précédemment (allaitement exclusif, coït interrompu, compter les jours...) n'est pas accepté par les personnels de santé comme une « vraie planification ». Pour eux/elles, on ne peut « réellement planifier » ou « planifier pour de vrai » qu'avec des méthodes dites « modernes » (injection, stérilet, stérilisation, implant, pilule). Pourtant, les femmes interviewées ont généralement une conception très large de la manière dont on peut « planifier sa famille ». Elles y incluent même, au delà des méthodes médicalisées et naturelles déjà citées, d'autres formes de planification familiale qui ne sont jamais pensées en tant que telles par les institutions, ni par les personnels médicaux, même lorsque les femmes les présentent comme leurs méthodes de planification, et prouvent leur efficacité par les faits. Dans la citation précédente, Rogelia décrit par exemple le choix de la résidence séparée avec son conjoint comme une méthode de planification familiale à laquelle elle a pensé et qui a été efficace.

Lorsque je demande à Doña Pepa, femme q'anjob'al de 42 ans si elle a planifié ses enfants, elle me répond que oui. Pour m'expliquer comment, elle me raconte qu'elle a planifié la naissance de son premier enfant en attendant de se marier pour entrer dans la sexualité, et en se mariant tard. Son mari ayant prévu de migrer aux États-Unis après la naissance de son second enfant, elle a donc planifié que son troisième serait reporté à quelques années, en s'abstenant de rapports sexuels en l'absence de son mari. Finalement, son mari a tardé à partir et elle est tombée enceinte. Elle a envisagé l'option de l'avortement, mais l'a finalement écarté car cela lui paraissait trop cher et compliqué. Elle a alors confié son troisième enfant à sa sœur qui vivait dans la maison voisine et n'avait jamais pu avoir d'enfants. Cet enfant reste celui de Doña Pepa, mais sa sœur est devenue l'adulte de référence pour ce dernier et c'est elle qui subvient aux besoins matériels et affectifs de l'enfant. Doña Pepa a ensuite eu une nouvelle grossesse qu'elle a acceptée. Elle pensa alors se faire stériliser dans l'année qui suivrait la naissance de l'enfant. Dans les premiers mois de l'enfant, son mari est mort. Elle a alors considéré qu'il était inutile de s'opérer, car elle souhaitait vivre son veuvage de manière abstinent. Elle me raconte de manière sarcastique que son dernier fils, qui a dix ans à présent, lui a reproché récemment de ne pas s'être opérée en lui disant : « *mais si on te viole!?* ». Elle rit un peu puis reprend sérieusement : « *dans ce cas je m'étais dis que je reconsidérerais l'avortement je crois... ou qui sait... parce que là avec mes trois enfants, et sans mon mari, et bon le quatrième avec ma sœur, pour moi c'est ce qui me paraît bien, par rapport à mon travail, leurs frais et tout ça...* ».

Si les femmes mentionnent des méthodes de planification familiale que l'on pourrait appeler « sociales », c'est qu'elles jugent que cela est pertinent dans la manière dont elles gèrent leur vie reproductive. En les analysant, on s'aperçoit qu'elles transforment le rapport à la conception familiale, à l'enfantement, à l'organisation du nombre et de l'espacement des grossesses et des naissances... Ce sont donc des données essentielles pour observer, comprendre et analyser les pratiques de planification familiale des femmes huehuetèques et mener une action qui prenne en compte ces différents aspects, liés à une représentation et une pratique large de la planification familiale. D'autant que ces pratiques de planification familiale ne sont pas propres aux personnes indigènes, pauvres et/ou rurales. Les familles *ladinas*, même de niveau social élevé, présentent régulièrement des formes de planification distinctes de celles proposées par les institutions médicales prônant les méthodes « modernes ». Il est répandu dans toutes les strates sociales que des enfants soient confiés à un proche quand ils n'arrivent pas au bon moment ou encore que des

enfants soient adoptés illégalement. Aussi, le modèle de deux parents qui élèvent intégralement leurs enfants biologiques, prôné pour planifier et élever les enfants est calqué sur une réalité qui n'y ressemble pas, même chez les acteurs qui le prennent pour acquis (Ch5-II). Il n'est pas représentatif d'une réalité locale, quelque soit le groupe social ou culturel d'appartenance.

Pourquoi considère t'on que le processus de « donner la vie » est la seule voie pour accéder à la maternité, alors qu'il est facile de s'apercevoir que, dans de nombreuses sociétés, il existe plusieurs moyens socialement reconnus pour exercer la maternité ?¹² On peut penser au programme éducatif de WINGS-ALAS et du Rotary (Ch5-I-2) en questionnant : Qu'est-ce qu'un foyer planifié ? Qu'implique planifier sa famille ? À partir de quel moment peut-on considérer qu'une grossesse ou un enfant est planifié quand une grossesse n'implique pas forcément avoir un enfant à vie ? Dorlin note qu'à l'âge classique, le nombre de méthodes contraceptives ou abortives, médicinales ou mécaniques, est comptabilisé par centaines. Dans ce compte entrait l'infanticide, les aliments aux vertus stérilisantes, des sortes de spermicides ou le coït interrompu¹³. Aussi, envisager la planification familiale dans un sens large permet de ne pas se focaliser uniquement sur les pratiques féminines de planification familiale, mais aussi de prendre en compte les pratiques masculines.

Les différentes méthodes de planification, « impensées » des institutions mais explicites chez les femmes, se regroupent en deux aspects : des stratégies d'abstinence sexuelle (virginité, retard de l'âge du mariage, études, migration, développement de sexualités non-pénétratives...) et des stratégies de (dé)responsabilisation parentale suite à une grossesse non-désirée (adoption, confiage, abandon, infanticide...). On peut aussi y ajouter l'avortement, impensé car tabou et jamais envisagé par les personnels et institutions locales comme une manière de planifier sa famille, contrairement aux femmes interrogées qui le conçoivent comme une méthode, qu'elles l'approuvent ou non. J'ai volontairement écarté la pilule du lendemain car celle-ci n'a jamais été mentionnée spontanément lors des entretiens et, lorsque j'en ai parlé, les femmes ne connaissaient pas son existence et renvoyaient l'image qu'elles en avaient à une variante de l'avortement, en raison de son mode d'action et de son accès difficile et limité.

2.1 La virginité et le retard de l'âge du mariage

**Rosana - San Ildefonso Ixtahuacán - 20 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

A - Imaginons que tu rencontres un garçon qui te plaît. Il te propose de se marier rapidement, tu vas dire oui ?

R - Maintenant oui (rires).

A - Et si par exemple tu as un petit copain mais il ne veut pas encore se marier, tu vas avoir des rapports avec lui ?

R - J'attends de me marier. Parce que sinon ils profitent, ils profitent d'avoir des relations (sexuelles) avec une femme. Après ils en rencontrent une autre et ils laissent tomber la petite amie, et des fois ils la laissent comme ça enceinte. C'est ce qui nous arrive...

Souvent, dans les discours des jeunes femmes interrogées, la question de la virginité avant le mariage va bien au-delà d'une simple injonction liée à la réputation sociale, à l'honneur familial... Ce n'est pas tellement par principe ou pour préserver son image au sein de la communauté que Rosana reste vierge, mais c'est plutôt pour ne pas se retrouver dans une situation

12. Ginsburg et Rapp, « The Politics of Reproduction ».

13. Dorlin, *La matrice de la race*.

difficile de mère célibataire très courante, avec un petit ami qui se déresponsabilise d'une grossesse potentielle. L'idée qu'il est important de rester vierge avant de se marier est une valeur à laquelle la plupart des jeunes filles interrogées adhèrent, mais plutôt dans une perspective de pratiquer l'abstinence en tant que méthode contraceptive à une période pré-conjugale ou l'accès à la contraception est difficile. Elles adhèrent par contre peu au discours socio-religieux de valorisation de la virginité liée à la pureté et à l'honneur. Toutefois, elles le maîtrisent et l'utilisent régulièrement avec leurs petits amis pour justifier de leur volonté de ne pas avoir de rapports sexuels. Elles trouvent généralement qu'il est plus simple qu'un garçon accepte le fait qu'elles souhaitent s'abstenir de rapports sexuels sur le motif de la valorisation sociale de la virginité, plutôt qu'il accepte l'utilisation du préservatif ou le coït interrompu par exemple.

Fabricio - Huehuetenango - 24 ans - ladino
- 4 juillet 2014 -

F - Elle avait 19 ans, moi 21. Je ne trouvais pas de travail en électronique, j'allais jouer au foot là où elle étudiait et on a commencé à sortir ensemble deux ans après qu'on se soit connus. Mais on avait pas de relations (sexuelles). C'est elle qui ne voulait pas.

A - Elle te disait pourquoi ?

F - C'était par éthique...ou culture... se préserver... Bon moi je n'insistais pas, je respectais son choix. Elle disait : « *d'abord le mariage* ». Moi je travaillais pas donc pour moi le mariage c'était pas possible, je pouvais pas l'amener vivre avec moi alors que je ne donnais même pas d'argent à mes parents.

A - Et vous n'avez jamais eu de relations sexuelles du coup ?

F - Si on en a eu. Après que j'ai trouvé enfin du travail. Ça faisait un an qu'on était ensemble. On sortait plus, comme j'avais mon argent, tout le monde savait qu'on était ensemble. Peut-être elle attendait en réalité que ce soit plus officiel ou quelque chose comme ça.

Les jeunes filles qui étudient sont d'autant plus attachées à cette pratique d'abstinence que l'enjeu lié à la poursuite de leurs études est important. La plupart des étudiantes témoignent s'être engagées contractuellement avec leurs parents à rester vierges, au moment où elles ont négocié avec eux pour qu'ils financent leurs études. Plus que pour préserver la réputation familiale, les parents de jeunes filles qui étudient voient également la virginité comme une méthode contraceptive. Ces familles tiennent énormément à préserver la virginité de leurs filles pour s'assurer qu'elles terminent leurs études dans lesquelles ils ont durement investi, et pour cela elles ne doivent pas tomber enceintes. Les garçons qui étudient reçoivent ces mêmes recommandations de virginité de la part de leurs parents, mais ils y sont moins contraints. En effet, un garçon a facilement la possibilité de ne pas reconnaître un enfant, et les parents insistent peu pour qu'il le fasse quand celui-ci affirme qu'il n'est pas le père. Il peut alors continuer paisiblement d'étudier. En revanche, il est très difficile pour une jeune fille qui tombe enceinte de poursuivre ses études. Elle n'a pas toujours de possibilité de faire garder son enfant pendant qu'elle est en cours ou en stage. Elle n'a plus les mêmes moyens financiers qu'avant avec un enfant à charge. Elle est parfois contrainte de s'installer chez sa belle-famille loin de l'endroit où elle étudie. Les parents n'essayaient pas tant de protéger la virginité de leurs filles en soi, mais plutôt ils identifient la virginité comme un moyen de contraception qui permettra qu'elles terminent leurs études, qu'elles accèdent à un métier et par conséquent qu'elles se marient plus tard, en ayant mieux choisi leur conjoint et plus librement leur mode de vie.

Le retard de l'âge du mariage est aussi perçu comme une méthode pour limiter le nombre d'enfants, comme en témoigne Doña Pepa (voir plus haut). Natalia en parle également en ces

termes :

**Natalia - San Ildefonso Ixtahuacán - 57 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

N - La planification je crois que ça dépend beaucoup à quel âge va se marier une femme. Celles qui vont se marier à un jeune âge peuvent avoir treize ou quatorze enfants. Moi je me suis mariée un peu plus tard et déjà ce n'est pas pareil. J'en ai eu neuf, et par la grâce de Dieu les neuf sont vivants ! Et j'ai eu une fausse couche. Mais si je m'étais mariée plus tard encore j'aurais eu moins d'enfants, mais je n'y ai pas pensé à ce moment là. Mais j'ai des amies qui ont fait ça, et elles ont eu cinq, six ou sept maximum.

Chez les jeunes femmes des communautés, celles d'entre-elles qui se marient et enfantent le plus tard sont le plus souvent celles qui ont étudié. Les institutions estiment que les jeunes femmes qui font des études sont « mieux éduquées » à la planification et par conséquent ont peu d'enfants, et plus tard. Toutefois, on remarque que c'est moins le résultat de la diffusion d'un contenu éducatif ou le recours à une contraception médicalisée, que le fait même d'avoir la volonté de rester vierge jusqu'à la fin de ses études, et jusqu'à trouver un emploi. Le fait de suivre des études est un facteur de réduction des naissances en soi car cela est envisagé par les jeunes filles comme une ouverture vers de nouvelles opportunités et perspectives de vie. Une jeune femme mam me disait un jour sur le ton de l'humour : « *dans ma communauté, le contraceptif que préfèrent ou que veulent toutes les femmes c'est les études ou le visa pour les États-Unis !* ».

2.2 La migration



Livret de photos d'une jeune femme d'Ixtahuacán - à gauche elle et son enfant, à droite son conjoint qui a migré aux États-Unis avant la naissance de l'enfant

Laurence Tain observe que l'image des femmes migrantes à forte fécondité qui ressort des représentations communes est erronée. La lecture des dossiers médicaux montre que la séparation entre hommes et femmes restreint la durée des périodes potentielles de conception. D'autre part, l'exil semble provoquer des déséquilibres physiologiques réduisant la fécondité ¹⁴.

Pour les femmes interrogées dans la présente étude, la migration est en effet envisagée comme une méthode de planification familiale. On a d'ailleurs déjà vu que, dans cette région, les organisations familiales sont traversées et transformées par le phénomène migratoire. Dans le discours des femmes, la migration féminine en tant que moyen pour contrôler les naissances peut aller du grand départ « *au Nord* » (Mexique, États-Unis), à la ré-installation temporaire chez ses parents dans le hameau d'à côté, en passant par une saison de travail dans une ville plus loin. L'idée étant que leur absence à la maison permet de ne pas partager le lit avec leur conjoint, donc de rester abstinente, et donc d'éviter une grossesse. La migration du conjoint entre aussi dans l'éventail de planification familiale comme en parle Rosa à propos de son père :

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam

- 14 mai 2014 -

A - Combien de temps après que ta maman soit décédée ton père s'est-il remarié ?

R - Dans l'année qui a suivi ! Il a voulu quelqu'un pour s'occuper de mes deux petits frères comme j'étais encore jeune pour m'en occuper. Il a eu trois enfants avec ma belle-mère.

A - Et tu sais si ton père et ta belle-mère planifient ?

R - Oui, ils planifient. En fait mon père il part chaque fois travailler à Cancún trois ou quatre ans puis il rentre pour un an, c'est là que ma belle-mère tombe enceinte, et il repart. C'est comme ça qu'ils font. Un bébé tous les quatre ans.

Souvent, seul le père migre, finissant parfois par former une nouvelle famille aux États-Unis et abandonnant sa première famille. Dans ce cas, les conditions matérielles d'existence deviennent très difficiles, particulièrement pour les femmes, qui décident parfois de confier un ou plusieurs de leurs enfants pour pouvoir travailler et mieux subvenir à leurs besoins. Les parents migrent parfois à deux, et ils n'emmènent pas toujours tous leurs enfants avec eux. Dans ce cas, ils les confient à des proches qui les élèvent souvent une grande partie de leur vie, car il est courant que les parents mettent longtemps à revenir, ou ne reviennent pas. La migration impacte donc aussi la planification familiale par la circulation des enfants.

2.3 La circulation des enfants : confiage, adoption, maternage

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango

- 17 avril 2013 -

Santos, qui va se faire stériliser aujourd'hui, a 23 ans. Elle raconte qu'elle est tombée enceinte vers 14-15 ans de son petit ami de 27 ans. Quand sa fille a eu un mois, il est parti aux États-Unis. Au bout d'un an, il l'a appelée pour lui dire que c'était fini. Dans la communauté on lui a dit qu'il était revenu avec sa première femme avec qui il avait eu un enfant avant ça et qui était partie elle aussi aux États-Unis, laissant l'enfant avec sa grand-mère. Quand sa fille a commencé à poser des questions, Santos lui a simplement dit que son père était aux États-Unis. Un autre homme de la communauté est rentré des États-Unis et à demander à Santos de s'unir avec lui.

14. Tain, « Corps reproducteur et techniques procréatives ».

La petite a alors pensé que c'était son père, ils l'ont laissée croire cela et il est allé la reconnaître à l'état civil. Cette situation n'a pas plu à l'une des sœurs du géniteur qui est allée raconté à la fillette qui était son « vrai père ». Santos sourit en racontant cet épisode un peu difficile puis conclut : « *les parents sont ceux qui s'occupent des enfants, en prennent soin et donnent (l'argent) pour qu'ils étudient* ».

Il est extrêmement fréquent de rencontrer des familles dans lesquelles les géniteurs diffèrent des parents, pour des raisons variées. Les hommes délaissent assez facilement leurs responsabilités familiales ou refusent régulièrement de reconnaître les enfants. Certaines femmes, comme Santos, font alors reconnaître parfois leur enfant par un autre homme, si elles s'unissent pendant qu'il est encore bébé. La paternité biologique n'est pas toujours cachée, mais cela arrive qu'elle le soit. Il arrive également que ce soit la mère qui ne soit pas la génitrice, surtout quand cette dernière décède lors de l'accouchement. Le père de famille cherche alors une nouvelle femme, notamment pour s'occuper des enfants et de la maison, comme en parlait Rosa à propos de son père. Il arrive enfin que les deux parents décèdent, ou préfèrent déléguer la responsabilité et le soin d'un ou de plusieurs enfants. Les enfants sont alors confiés à une personne proche.

Adelaina - Batzolom, Todos Santos - 17 ans - mam - Interprète R.
- 15 avril 2014 -

R - Son petit ami vit maintenant dans une autre communauté. Il a 19 ans. Il est parti quand elle était enceinte. Peut-être qu'il va revenir. Il est encore célibataire. Il ne s'est pas marié. Il ne donne rien pour le bébé d'Adelaina. Il ne veut pas donner. Quand elle est tombée enceinte son papa l'a engueulé et lui a dit de partir avec son petit ami. Mais comme le petit ami ne lui a pas dit de venir... Les parents d'Adelaina lui ont dit de donner l'enfant en adoption à une autre personne. Ils avaient même déjà trouvé quelqu'un, mais elle elle n'a pas voulu.

A - Comment on adopte un enfant ici ?

R et A - *parlent en mam*

R - Bon ici à Todos Santos quand une famille veut adopter le bébé d'une jeune fille qui est enceinte, déjà ils prennent soin de la fille. Ils lui donnent des vitamines. Après ils s'arrangent pour déclarer le bébé à leurs noms quand il naît, même s'il naît à l'Hôpital, ils s'arrangent.

Si on refuse totalement la parenté de l'enfant, on cherchera à le faire reconnaître par des personnes éloignées dès sa naissance. Ces personnes sont souvent des couples en situation d'infertilité, ou des femmes seules qui veulent une compagnie, une aide à la maison, de l'affection, avoir une descendance, assurer une solidarité familiale pour leurs vieux jours. . . C'est pourquoi, il est important pour ces personnes de reconnaître l'enfant afin qu'il ne puisse pas être réclamé par la suite¹⁵. Mais il arrive aussi que l'enfant soit reconnu, puis confié à un proche, parfois dans l'urgence, sans qu'on ne sache très bien combien de temps ce confiage va durer. Cette situation est plus ambiguë dans la manière dont l'enfant et son nouveau tuteur vont être amenés à tisser des liens et à mettre en place des responsabilités familiales classiquement assumées dans une relation parent-enfant. On observe cela dans l'histoire rapportée par Dominga sur la manière dont son père s'est occupé de son « cousin » :

Dominga - El Pajon, Todos Santos - 18 ans - mam
- 14 avril 2014 -

A - Le père de ton cousin il vit encore ?

15. Moutassem-Mimouni, *Naissances et abandons en Algérie*.

D - Non il est mort... Quand sa femme est partie, elle l'a laissé avec mon cousin qui était tout petit. Et bon mon oncle il s'est perdu d'un seul coup. Plus rien ne lui importait. Il ne voulait plus refaire une famille. Il errait juste par-ci par-là, à se saouler. Comme mon père n'avait pas encore d'enfant, il prenait mon cousin. Mon oncle n'allait jamais le voir, presque comme si son fils n'existait pas. C'est pour ça que mon père s'en est occupé [...] Donc au final c'est mon père qui s'est occupé de mon cousin. Il a donné (l'argent) pour ses études, il a eu son diplôme. C'est pour ça que lui il considère que... mon père est son père. Nous sommes ses frères et sœurs. Bien que pas exactement, mais on le considère comme ça. Il a grandi avec nous, ma mère a pris soin de lui. Des fois il dit que ma mère est sa mère... Bon maintenant des fois il va voir sa mère, il reconnaît que c'est sa mère, mais c'est trop tard. Sa mère veut qu'il aille vivre avec eux, qu'il participe aussi, mais lui il ne veut pas (il a maintenant une bonne situation dans la communauté, il gère une coopérative agricole et présente de nombreux signes extérieurs de richesse tels qu'une grosse voiture, une belle maison, la scolarisation de ses enfants dans une école privée de la capitale du département où il paye un second logement la semaine pour sa femme et ses enfants. Il occupe aussi des fonctions politiques au sein d'un important parti de droite conservateur). Parce qu'il a grandi avec nous et c'est mon père qui lui a donné pour ses études donc il ne veut pas donner pour sa mère qui n'a rien fait pour lui. Quand il s'est marié il vivait encore avec nous. Ses deux premiers enfants, mes petits cousins, sont nés avec nous. Il s'est diplômé à 23 ans puis a commencé à construire sa maison à côté, c'est mon père qui lui a donné le terrain et qui l'a aidé à construire la maison. Il est parti à 25 ans quand la maison était construite. Pour mon père ça a été dur cette période parce qu'il donnait (de l'argent) à mon cousin à la fois pour ses études et aussi pour maintenir sa femme et ses enfants, en plus du reste de la famille.

A - Et maintenant ton cousin il donne à ton papa ?

D - Je ne sais pas. De ce que j'ai compris non. Des fois il donne peut-être. Mais vu comment mon père a du mal pour payer nos études, je ne crois pas qu'il l'aide. Il n'a jamais donné pour nos études à nous. J'aimerais qu'il nous aide maintenant qu'il a de l'argent. Des fois quand on arrive pas à trouver l'argent pour payer les frais de scolarité, je lui demande, mais lui il dit non, il dit qu'il n'a pas, mais... bon tu sais bien. Bon il a raison sûrement, nous ne sommes pas exactement frère et sœur... c'est juste que mon père lui a donné pour ses études, pour sa famille, pour sa maison, il lui a tout donné. Il s'est acharné au travail dans les plantations pour lui. C'est pour ça qu'il a réussi à être là où il est aujourd'hui. Je crois que mon père pensait qu'après lui aussi nous aiderait...

Pour les enfants confiés temporairement, on cherchera plutôt une personne proche, de l'entourage familial ou amical, qui dispose de l'espace, de l'envie, des moyens et de la disponibilité nécessaire pour répondre à une demande solidaire de garder l'enfant quelque temps. La durée peut être définie dès le départ puis finalement se modifier au fur et à mesure.

Le confiage temporaire est une pratique de plus en plus courante pour les jeunes mères célibataires des communautés huehuetèques. Elles s'adressent le plus souvent à une femme de leur entourage proche (mère, sœur, tante). Ce maternage « par solidarité »¹⁶ s'accompagne assez souvent d'une compensation financière de la part de la mère. Ce phénomène important de maternité célibataire soulagée par le maternage est ce qui permet souvent aux jeunes femmes d'assumer leur maternité, évitant d'avoir recours à l'abandon notamment¹⁷. Comme je l'avais

16. Rahou, « Les mères célibataires ».

17. Moutassem-Mimouni, *Naissances et abandons en Algérie*.

développé plus haut (Ch8-II-1), ces jeunes femmes mettent alors en place des stratégies d'émancipation pour dépasser leur situation de précarité, en déléguant en partie leur maternité, pour assumer un emploi ou finir des études. En s'écartant de la conjugalité pour accomplir avec conviction leurs responsabilités parentales, elles s'assument comme sujet autonome. La conception de l'enfant doit alors être pensée au-delà d'une catégorie binaire de fatalité ou de finalité. Devenir mère et formuler le choix de l'enfant n'est pas un processus figé et il peut s'étaler d'avant la conception jusqu'à ce que l'enfant soit grand ¹⁸.

2.4 L'infanticide par l'abandon

Toutes les femmes et jeunes filles ne souhaitent cependant pas assumer la maternité, même partielle ou déléguée, d'un enfant. L'accès à l'avortement étant compliqué, trouver de nouveaux parents pour l'enfant n'est pas toujours évident non plus, surtout lorsqu'on souhaite cacher sa grossesse.

Joaquima - *comadrona* - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam - 13 mai 2014 -

A - Vous avez déjà accompagné un accouchement pour des femmes très jeunes, de quatorze ans... ?

J - Non, maintenant les jeunes filles qui tombent enceintes s'en vont, elles ne s'en occupent pas, elles le laissent. Elles laissent le bébé abandonné

A - Comment ça ? Avec quelqu'un d'autre... ?

J - Elles le laissent comme ça... dans la rue. Ça arrive souvent. On le voit, mais les autorités locales... comment dire... ils contrôlent, ils visitent les environs. Ils commentent que dans la fête locale il y a un bébé qui a été abandonné, dans les poubelles à côté du pont. Je ne sais pas ce qu'ils ont fait mais ils l'ont donné en adoption j'imagine. Mais qui est la mère ? Qui sait... Donc elles l'abandonnent, ou elles l'avortent, elles le tuent, qui sait ce qu'elles font...

A - Comment elles l'avortent ?

J - Qui sait comment elles font ! Elles ne vont pas avec la *comadrona*. Quand le bébé naît, ils se débrouillent pour qu'il ne soit plus là. Il y a pas longtemps une femme est venue me voir, elle avait mal à l'estomac. J'ai vu qu'elle était enceinte, elle n'y croyait pas. Son mari est aux États-Unis depuis des années. Je l'ai revue la dernière fois il manquait quinze jours pour que le bébé naisse. Qui sait où elle l'a laissé, mais elle ne l'a plus. Qui sait si quelqu'un l'a pris. C'est ce que font certains maintenant. Ils l'offrent à quelqu'un d'autre.

Certaines femmes dont les conjoints sont absents ou des jeunes filles célibataires abandonneraient ainsi leurs enfants, en les laissant mourir parfois. J'emploie le conditionnel car presque toutes les histoires d'abandon/infanticide par les mères que l'on m'a rapportées semblent relever de la rumeur. Ces histoires racontées sont nombreuses, de bébés morts qui auraient été retrouvés au cimetière, dans la rue ou dans les champs parce que leurs mères les y auraient déposés. L'abandon paternel, voire l'infanticide, quand la mère de l'enfant décède ou disparaît, est par contre normalisé et raconté objectivement. Car finalement, l'abandon ou de la non-reconnaissance des enfants constitue probablement chez les hommes une des principales modalités de choix en terme de planification familiale, quand on conçoit celle-ci dans un sens large. Joaquima, qui a un discours un peu dur avec les femmes sur leur gestion d'une maternité non-désirée sur la base de la rumeur, a fait l'expérience directe d'un abandon paternel de l'ordre de l'infanticide :

18. Bousbaa, « Les formes d'exclusion et de solidarité à l'égard des mères célibataires ».

Joaquima - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam
- 13 mai 2014 -

J - J'avais à peine six mois quand ma mère est morte. De maladie. Mon père ne me voulait pas. Quand ma mère est morte, selon ce que l'on m'a raconté, il m'a mise avec ma mère, dans la boîte. Il voulait m'enterrer avec elle. Ma grand-mère est arrivée et a dit : « *où est la petite ?* ». Mon père a répondu : « *je l'ai déjà mise avec sa mère, qu'elle meure comme ça c'est tout* ». Ma grand-mère m'a sortie et s'est occupée de moi, et après elle m'a laissée à ma tante et on est parties au village quand j'avais quatre ans. On ne m'a pas donné l'opportunité d'étudier. Ma tante ne m'aimait pas et me maltraitait alors je suis partie. J'avais treize ans. Il y a un père d'une église qui m'a aidé. Il m'a trouvé un internat. Là j'ai pu étudier. Puis j'ai travaillé dans une auberge avec un prêtre, puis j'ai rencontré mon mari.

A - Vous avez des frères et sœurs ?

J - Non, je suis la seule. Mes frères sont ceux de ma tante. Eux, elle les traitait bien parce que ce sont ses enfants. Mais avec moi non, comme je n'étais pas sa fille. Mon oncle ne me maltraitait pas. C'était lui qui était mon père. Quand mon père venait chez ma tante, il ne me parlait même pas.

2.5 L'avortement

La grossesse non-désirée d'Estela

Estela a un jour pensé à l'avortement. Elle explique sa grossesse et ses choix par une histoire beaucoup plus large, qui s'inscrivent dans des conditions sociales particulières. Estela est une jeune femme mam, originaire d'une communauté éloignée de Todos Santos, d'une famille de huit enfants. Elle a étudié à Huehuetenango pour devenir aide-soignante, grâce à de l'argent envoyé par ses deux grands-frères qui travaillent aux États-Unis, où ils ont migré illégalement avec un oncle, mort sur le trajet. L'année d'obtention de son diplôme basique, un des frères d'Estela, Moisés, est expulsé des USA. De retour à Todos Santos, Moisés ne trouve pas de travail. Il se met dans des petits trafics et commence à boire. Ses revenus ne servent alors même pas à subvenir aux besoins alimentaires de son enfant de cinq ans. Il cesse donc d'aider Estela dans le financement de ses études. Son père emprunte alors l'argent nécessaire pour aider à compléter la somme nécessaire à Estela pour finir son année et la valider. Estela envisage de poursuivre ses études tant bien que mal l'année suivante, en cherchant un emploi de travailleuse domestique à Huehuetenango. Mais Moisés meurt d'une crise cardiaque avant la rentrée, à 24 ans. Le père d'Estela s'endette encore pour financer les funérailles. Estela reporte alors son projet d'études, pour participer à l'économie familiale et aider son père à rembourser les dettes. Elle se met à travailler pour une entreprise pharmaceutique qui lui propose de vendre des médicaments dans la communauté. Cela ne lui permet pas de récolter les bénéfices escomptés, car elle est payée en fonction des ventes et l'entreprise a créé de la concurrence en fournissant des médicaments à vendre à d'autres personnes de la communauté.

Un jour, en allant chercher un stock de ces médicaments au chef-lieu municipal de Todos Santos, elle en profite pour demander une injection contraceptive au centre de santé, se faisant passer pour mariée. Estela est encore vierge, mais elle fréquente un garçon depuis quelques temps, Cayden, qui insiste pour avoir des rapports sexuels. L'infirmière qui la reçoit lui dit qu'elle doit préalablement amener un test de grossesse négatif pour qu'on puisse lui injecter le contraceptif, car si elle est déjà enceinte « *le bébé peut naître avec les malformations* ». Le centre de santé de Todos Santos a pourtant parfois des tests de grossesse en stock, mais les personnels

les gardent pour les cas considérés plus « urgent » : les femmes qui ont déjà « trop » d'enfants. Estela n'a pas l'argent sur elle pour acheter le test, et de toutes façons elle est trop gênée d'aller à la pharmacie en demandant un, car elle a peur de rencontrer quelqu'un qu'elle connaît. L'expérience au centre de santé a été déjà assez difficile, donc elle abandonne momentanément l'idée d'accéder à une contraception. Elle se dit qu'elle résistera encore aux insistances de son petit ami Cayden, qu'elle voit finalement peu fréquemment car il habite dans une communauté à plusieurs heures de route. Quelques mois plus tard, alors qu'elle avait commencé à mettre en place son plan de poursuite d'études, elle cède finalement pour la première fois à une relation sexuelle. Elle demande à Cayden de se retirer avant l'éjaculation mais il « n'y parvient pas ». Elle tombe enceinte.



Centre de santé de Todos Santos - Une preuve de non-grossesse délivrée par la pharmacie pour accéder à une méthode contraceptive

Estela préfère cacher sa grossesse, car elle craint que son père l'expulse de la maison et qu'elle n'est pas sûre que son petit ami « se responsabilise de la grossesse ». Elle contacte alors une jeune femme européenne d'une ONG qu'elle connaît, pour demander si elle sait comment « enlever la grossesse ». Elle est gênée de se confier sur sa grossesse et sur son désir d'avortement auprès de quelqu'un d'autre. Informations en mains, elle décide finalement d'en parler à sa mère, pour qu'elle l'aide à réunir la somme nécessaire pour l'avortement et pour se rendre à la capitale. Dans un premier temps, la mère d'Estela accepte de la soutenir dans ce choix, mais elles ne parviennent pas à trouver l'argent, n'ayant aucune des deux une source suffisante de revenus. Estela décide alors d'informer Cayden de la grossesse et lui demande de l'aider financièrement pour sortir de cette situation.

Son petit ami refuse de lui donner la somme qu'elle lui demande et tente de la convaincre de garder l'enfant et de s'installer dans sa famille une fois qu'il sera né. Estela se dit qu'elle pourra peut-être négocier des conditions d'études avec sa famille et que Cayden l'aidera financièrement car il compte partir aux États-Unis. La mère d'Estela propose alors d'abandonner l'idée de l'avortement et de convaincre son père de ne pas la mettre à la porte si elle garde l'enfant et

que le petit ami décide finalement de l'abandonner. Et c'est effectivement ce qu'il se passe un mois avant la naissance de l'enfant. Cayden est injoignable et Estela apprend d'un proche à lui qu'il est parti aux États-Unis et qu'il « *ne veut plus se responsabiliser* » d'elle et de l'enfant. Cela fait deux ans, et elle n'a plus jamais eu de nouvelles de lui.

Aujourd'hui, Estela n'étudie toujours pas. Ses parents sont partis illégalement aux États-Unis, avec les deux plus jeunes sœurs en vendant leurs terrains pour payer le passeur. Ils n'ont gardé que la maison, où vit Estela avec son enfant, ses grands-parents, et sa petite sœur de 19 ans, qui est partie avec son bébé du domicile de son conjoint car elle y était maltraitée. Estela et sa sœur s'occupent de leurs enfants, de leurs grands-parents et de quelques animaux fermiers. Elles ont aussi une petite épicerie qui génère peu de revenus.



Jeune mère célibataire de Todos Santos

Les femmes qui ne veulent pas accéder à la maternité choisissent parfois l'avortement même si celui-ci semble plus compliqué que l'abandon ou le confiage, bien que les trois pratiques soient illégales. Selon Boltanski, l'avortement a sans doute existé dans toutes les sociétés humaines, comme l'infanticide, sous des formes et avec des incidences diverses. Il demeure pourtant l'objet d'une forte réprobation morale et sociale et sa pratique se doit de rester « discrète » (pour les sociétés qui l'autorisent), voire « secrète » (pour celles qui l'interdisent)¹⁹. L'avortement fait ainsi l'objet d'une certaine sous-déclaration, et il est difficile de constater l'ampleur du phénomène. Il peine à être envisagé comme un moyen de contraception, alors qu'il entre pleinement dans les pratiques de planification familiale. Il existe ainsi une position idéologique qui continue à opposer arbitrairement un « bon comportement », l'usage de la contraception, et un « comportement déviant », l'avortement, alors que leur finalité est identique : éviter une naissance²⁰.

**Rebeca - Huehue - étudiante institutrice - 18 ans - mam de Todos Santos
- 30 mars 2014 -**

R - Quand j'étais à l'école à Todos Santos, il y avait une fille de douze ans, son petit ami lui a mis la pression pour avoir du sexe, et elle est tombée enceinte. Et après, moi je l'ai vue plusieurs fois mettre des coups sur son ventre pour l'avorter. Elle avait peur d'avoir un bébé, parce que c'est difficile quand même de s'occuper d'un enfant...

L'avortement est peu condamné par les femmes auprès de qui j'ai mené mon étude. Très peu d'entre elles disent y avoir eu recours. Celles qui disent avoir hésité, en ont finalement abandonné le projet, principalement par manque de moyens, de personnes ressources auprès de qui se tourner, et par la conviction qu'elles trouveront peut-être d'autres solutions après l'accouchement, telles que le confiage. Presque toutes n'étaient pas encore unies. Un facteur assez déterminant dans l'abandon du projet d'avortement c'est le discours du futur père sur les responsabilités et dispositions qu'il envisage de prendre par rapport à la jeune femme et à l'enfant. Malheureusement, une fois que le bébé est là, celui-ci ne tient pas toujours parole. Dans tous les cas, celles qui disent avoir hésité n'ont convoqué aucun motif religieux ou moral dans l'abandon de leur projet. Ce qui préoccupe les femmes interrogées, concernant plus généralement l'avortement chez les jeunes femmes de la communauté, c'est le risque élevé sur la santé des femmes. L'avortement clandestin reste un problème sérieux car c'est une des causes de mortalité maternelle, surtout chez les femmes jeunes, appartenant aux couches sociales défavorisées, qui sont celles qui ont moins de choix dans le domaine des services de planning familial, moins d'accès aux différentes méthodes disponibles sur le marché et qui ne peuvent pas payer pour un avortement clandestin pratiqué dans une clinique privée en toute sécurité²¹. Le discours de certaines femmes est parfois un peu plus dur concernant les femmes qui avortent en l'absence de leur mari, mais elles condamnent plutôt l'adultère que l'avortement en soi.

**Fabiana - Café Huehuetenango - militante féministe - 30 ans - mam
- 29 avril 2013 -**

F - Ce qu'on entend souvent c'est des cas où les hommes sont aux États-Unis et les femmes tombent enceintes d'un autre homme. Et donc elles avortent le bébé, ou des fois elles cachent la grossesse et elles donnent le bébé. Pour que les époux ne les tuent pas. Parce que depuis les États-Unis ils les menacent de les tuer ou de tuer le bébé si elles tombent enceintes pendant leur absence.

19. Boltanski, *La condition foetale*.

20. Bajos et Ferrand, « L'avortement ici et ailleurs ».

21. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

III Contourner les injonctions contraceptives

Si les femmes préfèrent planifier hors du secteur médical quand elles en ont la possibilité, cela ne les empêche pas de venir chercher des conseils, des informations, des méthodes, auprès des personnels des structures de santé quand elles estiment en avoir besoin, même si ces personnels ont mauvaise réputation (voir I et II de ce chap). Parfois, elles s'y rendent pour confronter les discours qu'elles rencontrent dans la sphère communautaire ou familiale²². Mais adhèrent-elles ou se soumettent-elles aux injonctions contraceptives lorsqu'elles se trouvent face à un discours et des pratiques autoritaires et normées, que ce soit dans les structures de santé, dans la communauté ou dans le foyer ? Quels sont les différents arrangements qui émergent entre les femmes et les régulations du dispositif de santé²³ ? Selon Chikako Takeshita :

« Lorsque les femmes cherchent à jouer un rôle actif dans le contrôle de leurs grossesses, elles sont motivées par de multiples facteurs, y compris le contexte sociopolitique, les croyances religieuses, les normes culturelles et leur situation personnelle. Dans les sociétés où la capacité d'agir des femmes est strictement limitée, où l'État exerce un contrôle étroit sur leur corps, leurs stratégies nécessitent diverses formes de manœuvres et de manipulations contraceptives. Si ces efforts ne modifient pas en profondeur leur statut d'opprimées, ils leur permettent néanmoins d'agir en tant qu'actrices de la reproduction, en exploitant au mieux les ressources dont elles disposent et en composant avec les restrictions qui leur sont imposées. »²⁴

Durant mes observations prolongées au sein des structures de santé, j'ai commencé à repérer peu à peu certains comportements mis en place par les femmes pour contourner des injonctions contraceptives à la fois médicales et familiales. Ces comportements semblaient contenir un aspect subversif tout en feignant entrer totalement dans un schéma normé et attendu d'interactions. Bien que son analyse ne concerne pas la domination dans les démocraties libérales, on pourrait rapprocher ces comportements, à la fois invisibles et subversifs, à « l'infra-politique des dominés » décrite par James C. Scott, c'est-à-dire à des pratiques de micro-résistance qui relèvent d'un « texte caché »²⁵.

Selon la perspective de Scott, dans la plupart de leurs interactions avec les dominants, les dominés veulent apparaître selon un ordre des choses qui légitime la hiérarchie sociale instituée. Les dominés n'adhérant jamais en réalité aux justifications idéologiques des dominants, ils ne consentent pas à leur domination, même si cela transparaît dans la plupart de leurs attitudes publiques. Ils ne seraient donc pas aliénés par l'hégémonie culturelle des dominants, mais feindraient leur adhésion aux hiérarchies de normes et de valeurs d'un « texte public » qui tend à naturaliser la domination. Ce « texte public » en adéquation avec les attentes des dominants est joué par les dominés afin de se protéger de potentielles répressions et de résister « en coulisse » à l'emprise des dominants. Les positions sociales de pouvoir et de subordination se performent donc, par la reproduction volontaire par les acteurs des attentes du système de domination. Cependant, en coulisse, les dominés développent un « texte caché » qui se manifeste sous forme d'expressions (orales, gestuelles, pratiques...) qui agissent sur ce qui transparaît dans le texte public. Se crée alors une subculture dissidente, avec ses propres codes et normes. Le « texte caché » vise aussi à tester l'équilibre en place pour connaître le rapport de force²⁶.

22. De Zordo.

23. Faya Robles, « De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. »

24. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ». p.118

25. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

26. Scott.

Souvent, après avoir établi une relation de confiance dans les entretiens réalisés auprès des femmes des communautés, celles-ci me demandaient des informations et des conseils dans le but de limiter l'emprise de l'autorité institutionnelle, communautaire et familiale sur leurs corps. Elles me demandaient par exemple des informations sur les personnels de santé que j'avais fréquenté, sur leur manière de travailler, d'interagir avec les patientes. Certaines me demandaient si des femmes avec lesquelles je m'étais entretenues utilisaient une contraception à l'insu de leur conjoint et comment elle s'y prenaient, ou quels arguments elles avaient utilisé pour les convaincre. . . Encore, elles me demandaient mon opinion sur des idées de techniques ou stratégies qu'elles avaient élaborées elles-mêmes ou à plusieurs, ou qu'elles avaient entendues, en insistant sur le fait d'être efficaces dans le contournement d'injonctions, tout en ne se faisant pas découvrir.

1 Stratagèmes de contournement des injonctions institutionnelles

Dans son étude brésilienne, De Zordo constate qu'au sein de structures de santé conçues pour réduire le taux de naissances dans les couches sociales défavorisées par des méthodes contraceptives efficaces, les patientes peuvent difficilement exprimer des besoins ou des volontés qui s'écartent des prérogatives mises en avant. Elles doivent donc user de tactiques efficaces pour obtenir ce qu'elles viennent chercher. De Zordo observe que ces tactiques impliquent parfois de supporter des maltraitements. Les patientes essayent toutefois de les éviter en s'attirant la sympathie des personnels de santé, par un jeu émotionnel subtil. Elles accèdent alors plus facilement à ce qu'elles veulent ²⁷. Sur le terrain huehuetèque, je relève également ce jeu émotionnel mis en place par certaines patientes pour s'obtenir la bonne volonté des personnels médicaux. Cela leur permet aussi de mieux observer, connaître et expérimenter différentes techniques pour obtenir des traitements particuliers de la part de ces personnels, tels que l'introduction ou le prolongement de la consultation par un moment d'écoute, la permission d'utiliser une méthode supposément non-recommandable pour une patiente de son profil social, l'obtention d'une consultation avec un médecin particulier, l'obtention d'un médicament ou d'un examen spécifique...

Face aux médecins, les patientes passent plutôt par un rapprochement avec des personnels moins élevés dans la hiérarchie de la structure, afin qu'ils intercèdent auprès de la personne qui a l'autorité concernant une demande particulière. L'organisation des rapports entre personnels de santé et patientes se matérialise ainsi systématiquement sous forme de négociations informelles. Par exemple, à la clinique de planification familiale il n'y a pas de numéros distribués. Quand l'aide-soignante Evi arrive, la dizaine de patientes qui attendent doivent trouver la bonne manière de s'adresser à elle pour passer le plus tôt, car c'est Evi qui décidera de l'ordre de passage. Pour cela, les patientes usent de différents stratagèmes. Elles s'adressent à elle d'une manière assez flatteuse, en insistant sur les formules de politesse, ou au contraire en utilisant le registre familier si elles sont déjà venues, pour marquer une proximité et une complicité. Elles montrent des ordonnances ou des recommandations en insistant sur le nom du médecin si elles savent que c'est un médecin qui a une certaine autorité. Si elles connaissent déjà le lieu, elles se positionnent sur les chaises vers lesquelles Evi se dirige souvent en premier pour demander les raisons de la consultation aux patientes. Parfois, les patientes donnent même un motif erroné de consultation quand elles savent que grâce à celui-ci elles passeront dans les premières. Une fois l'ordre de passage décidé, celles qui ont été placées en dernier et qui parfois n'auront pas le temps de passer, reviennent le lendemain en utilisant des stratégies qui ont marché pour les premières.

27. De Zordo, « «La douleur est dans la tête» ».

1.1 Instrumentaliser les représentations sur l'indigénéité

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam
- 13 avril 2014 -

A - Quand tu as eu ta césarienne à l'Hôpital, ils t'ont demandé si tu voulais utiliser un moyen de contraception ?

P - Oui, ils m'ont proposé. Moi j'ai seulement accepté.

A - Comment ça tu as seulement accepté ?

P - Et bien quand ils venaient me proposer une méthode, je disais : « *oui, c'est bon* ». Comme je ne voulais pas, je disais : « *d'accord, peut-être un peu plus tard* ».

A - Quelles méthodes ils t'ont proposées ?

P - Plusieurs, ils m'ont dit qu'ils me laissaient choisir celle que je voulais. Moi j'acceptais juste et ils me disaient qu'ils allaient me mettre ça plus tard. S'ils insistaient, qu'ils disaient : « *on la met maintenant* », moi je répondais : « *plus tard si vous avez des choses à faire comme ça pendant ce temps je décide laquelle de ces méthodes* ». Ils répondaient : « *d'accord* » et ils partaient.

A - Ils insistaient beaucoup ?

P - Pas tant que ça. Ils insistaient surtout avec celles qui disaient simplement : « *je ne veux pas* ». Pour elles oui c'était plus difficile. Ils essayaient de les convaincre quoi. C'est pour ça que moi j'acceptais seulement.

Souvent, il s'agit pour les patientes de maîtriser à la fois les codes des dominants pour bien les interpréter, et à la fois ceux attendus des dominés, bref de respecter le jeu du « texte public » au sens de Scott et de tirer l'épingle de ce jeu. On peut considérer ici que les femmes ont recours à un « texte caché » qui se constitue à la fois d'un discours de délégitimation et d'une pratique clandestine d'appropriation. Effectivement, les patientes indigènes instrumentalisent très souvent les représentations de l'indigénéité développées par les personnels de santé et tentent de s'en rapprocher, quand cela leur est nécessaire, pour contourner les injonctions dictées par la norme contraceptive les concernant. Hormis le fait de créer une relation privilégiée avec certains personnels de santé qu'elles ciblent, comme développé précédemment, elles instrumentalisent principalement deux représentations de l'indigénéité qu'elles identifient au sein des structures médicales et autres institutions *ladinas* : celle de l'ignorance et de la docilité (tant dans la sphère privée que publique) des femmes indigènes. Nous allons voir qu'en feignant cette ignorance et/ou cette docilité, elles obtiennent un espace de manœuvre dans les possibilités d'opérer des choix. Cette ignorance et cette docilité attendues de la part des patientes indigènes par les personnels médicaux implique une domestication de l'impulsion d'opposition de ces femmes alors qu'elles subissent des injustices. Scott montre d'ailleurs que l'ignorance feinte des esclaves constitue un des stratagèmes discrets et pratiques visant à minimiser l'appropriation²⁸. Ponciano del Pino repère également qu'après avoir participé à un assassinat de journalistes dans leur communauté, des paysans quechuas péruviens avaient joué une posture d'ignorance, qu'on leur attribuait par ailleurs en raison de leur indigénéité et paysannerie andine, pour marquer leur distance avec toute accusation d'ordre politique²⁹. Afin de disposer d'une marge de résistance, voire de pouvoir, il s'agit alors de convaincre les agents placés au dessus dans le système de domination que l'on est bien ce que l'on prétend être, en cherchant à correspondre à des modèles attendus de leur part³⁰.

Jouer la docilité apparente est régulièrement utilisé par les femmes comme stratégie de

28. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

29. Del Pino, « Uchuraccay ».

30. Hill-Collins et Bilge, *Intersectionality*.

privacité. Par exemple, lors d'un entretien informel, Bertilia, une très jeune mère célibataire m'explique qu'en consultation post-natale, un personnel médical a insisté auprès d'elle pour lui administrer une injection contraceptive trimestrielle à partir de la prochaine consultation. Ce n'était pas prévu mais cela lui a paru une bonne idée car elle voulait continuer à avoir des rapports avec l'homme de qui elle était tombée enceinte, tout en évitant une nouvelle grossesse. Cependant, comme sa famille lui avait interdit de le revoir car il est marié, Bertilia tenait à ce que le fait qu'elle utilise une méthode contraceptive reste secret dans la communauté, sinon sa famille apprendrait qu'elle était toujours sexuellement active. Elle me raconte qu'elle a alors us  d'un stratagème pour garantir la confidentialité de sa contraception. Elle a fait croire à l'infirmière du poste de santé qu'elle était unie et que son mari ne voulait pas qu'elle planifie. Bertilia a déclaré à l'infirmière : « *mon mari ne veut pas et je dois lui obéir - jouer la docilité au mari -, mais puisque vous d tes que c'est mieux vous avez sûrement raison - jouer la docilité aux normes contraceptives - parce que mon mari et moi on ne connaît pas tout ça - jouer l'ignorance -. J'aurais bien aimé faire comme vous d tes mais le problème c'est que toujours à la consultation il y a beaucoup de monde qui écoute et qui voit ce qu'il se passe, et imaginez si quelqu'un part raconter à mon mari ou à ma belle-mère que je mets une injection...* ». La jeune fille me déclare alors très fière : « *et maintenant quand je vais au poste de santé, l'infirmière elle me reçoit toujours seule, elle ne laisse personne voir ce qu'elle fait avec moi et elle s'occupe bien de moi. Elle me demande si je n'ai pas trop de problèmes de fatigues avec l'injection pour ne pas que mon mari, enfin mon mari imaginaire (rire), se rende compte que j'utilise une méthode* ».

J'ai ainsi constaté au cours des observations et entretiens, l'utilisation par les femmes indigènes de la figure du mari machiste (Ch7-II-1), pour justifier de ne pas pouvoir prendre de décisions sur le moment par exemple.

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 3 avril 2013 -

En attendant que la gynécologue arrive je discute un bon moment devant la salle de consultation avec une patiente de 35 ans qui vient pour retirer son stérilet qu'elle a depuis trois ans. Elle m'explique que son mari est parti aux  tats-Unis et l'a quitt e depuis un an. Elle n'a pas de rapport régulier et elle préfère « *s'arranger autrement* » parce que le stérilet lui provoque des règles abondantes et des démangeaisons parfois. La gynécologue arrive et je lui dis que la patiente vient pour retirer son stérilet. Avant même d'avoir entendue la patiente, la gynécologue lui annonce qu'elle trouve qu'à son âge c'est une mauvaise idée d'enlever son stérilet. Puis elle me demande si je peux finir de remplir des formulaires de statistiques qu'Evi a laissé traîner sur le bureau. La patiente, voyant que je n'écoute pas et que la gynécologue ne semble pas très disposée à lui retirer son stérilet exagère l'état de démangeaisons qu'elle m'avait décrit devant la porte : « *la T en cuivre est très au fond, j'ai une inflammation très grave,  a me fait très mal, mes règles coulent beaucoup, j'ai des démangeaisons tout le temps* ». La gynécologue reste ferme « *c'est une infection qui n'a rien à voir avec la T, je vais regarder mais je suis sûre qu'elle est bien positionnée. En même temps je vais regarder l'infection, et vous repartirez avec quelque chose pour traiter l'infection, la T elle peut rester ça n'a rien à voir* ». La patiente un peu d contenanc e réplique alors : « *c'est que mon mari m'a dit de l'enlever. Je dois l'enlever* ». Elle voit que je l'ai entendue parler ainsi de sa soumission à la volonté de son mari alors qu'elle est célibataire. Je lui fais un sourire complice et elle ajoute à la gynécologue : « *il n'acceptera pas que j'ai gardé la T. Je ne peux pas revenir à la maison avec la T. Mon mari il va me... qui sait ce qu'il va me faire. J'ai besoin que vous me l'enleviez, j'irai faire l'injection discrètement au centre de santé dès demain* ». La gynécologue s'exécute et lui enlève la T en marmonnant à mon intention : « *toujours ces maris, toujours ce machisme...* ».

Il est ainsi très fréquent que l'on entende de la part de patientes dans des situations critiques du point de vue du consentement face à l'autorité médicale des phrases du type : « *non mais mon mari ne veut pas* » ou « *il faut que j'en discute d'abord avec mon mari* ». Les femmes conservent ainsi une docilité apparente, mais loyale à leur mari. Elles se réapproprient également de cette manière le discours institutionnel sur la domination masculine qui serait exacerbée dans la culture indigène. Ce stratagème leur permet de ne pas se plier à une injonction contraceptive d'un-e professionnel-le qui serait déterminé-e à ne pas accéder au service demandé par une patiente. Cette stratégie de déresponsabilisation est utilisée ponctuellement auprès des professionnel-le-s pour justifier d'un choix contraire aux attentes de l'institution : par exemple, pour refuser d'utiliser une méthode contraceptive qu'un personnel médical cherche à lui imposer, une jeune femme feint l'obligation de demander préalablement l'avis de son mari. Cela lui permet de bénéficier d'un délai supplémentaire pour chercher des informations sur la méthode proposée et réfléchir davantage à son projet de planification familiale.

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango - 1^{er} avril 2013 -

Une jeune fille mam de seize ans de Colotenango attend devant la clinique de planification familiale accompagnée de son petit ami. Elle regarde ce qu'il fait sur son téléphone et elle en profite pour lui caresser subtilement les mains, il penche sa tête un peu vers elle et elle lui fait un bisou dans le coup. L'aide-soignante Evi a demandé rapidement il y a vingt minutes les raisons de la consultation à la jeune fille qui a répondu de manière un peu évasive : « *je viens de me faire poser la T, j'ai des pertes et j'ai fait un frottis la dernière fois donc je venais voir* ». Evi lui demande : « *vous venez chercher vos résultats ?* ». La jeune fille répond de manière aussi évasive que la première fois : « *oui mais c'est que je voulais voir si la T... qui sait si les pertes...* ». Evi la coupe et lui dit : « *alors je vais vous faire passer avec la docteure* ». La jeune fille semble satisfaite. Quand la gynécologue arrive, Evi l'informe de la manière suivante : « *je vais faire passer avec vous en premier la jeune fille avec son traie, elle vient pour vérifier que tout va bien avec sa T* ». La gynécologue vérifie la T, lui pose quelques questions, la jeune fille en profite pour lui en poser à son tour. Elle semble un peu inquiète de pertes vaginales qu'elle observe depuis un moment et qui la démangent parfois. La médecin la rassure. La jeune fille s'habille et demande les résultats de son frottis de la dernière fois. La gynécologue en regardant son dossier s'aperçoit que c'est la troisième fois en deux mois que la jeune fille fait vérifier son stérilet. Elle râle gentiment après Evi en lui disant qu'elle n'a pas bien contrôlé pourquoi venait la patiente, qu'il fallait simplement lui donner les résultats de son frottis et rien de plus. La gynécologue dit à la fille : « *je vous avais dit la dernière fois de revenir juste pour demander les résultats à Evi et qu'il n'était plus nécessaire que ce soit moi qui vous reçoive ! Pourquoi vous ne m'avez rien dit quand j'ai regardé votre T ?* ». La fille baisse les yeux en faisant un sourire timide et désolé. Je comprends qu'elle avait besoin d'échanger avec la médecin et d'être rassurée sur son stérilet. Elle s'est visiblement arrangée pour laisser planer le doute sur le motif de sa visite afin que la gynécologue accepte de la recevoir et de l'ausculter pour la troisième fois en deux mois. Elle ne voulait pas se contenter de recevoir simplement les résultats du frottis qu'Evi lui aurait donné avec le minimum de commentaires en quelques secondes dans le couloir.

Pour obtenir quelque chose qui leur sera difficilement accordé par l'autorité médicale, les femmes indigènes combinent souvent la docilité apparente à l'institution médicale au fait de

feindre l'ignorance, facilité par leur supposée difficulté à comprendre l'espagnol. Par exemple, lors des *jornadas* Aprofam il arrive fréquemment qu'après s'être inscrites pour un implant ou une stérilisation et après avoir écouté le discours de présentation de la méthode, des patientes disent « *s'être trompées* » et être venues en réalité pour une autre méthode ou pour une consultation qui n'avait rien à voir avec la contraception. Les personnels médicaux d'Aprofam râlent alors légèrement sur les désagréments au niveau de la désinscription ou du changement d'inscription des patientes mais tolèrent cette « *erreur* » de la part de patientes qui « *ne comprennent pas la langue* », qui « *peinent à maîtriser la manière dont une institution comme Aprofam fonctionne* », qui « *ne savent rien des différences entre les méthodes contraceptives* »... Pour résumer, l'ignorance supposée de ces patientes leur permet de changer ou d'annuler plus facilement leur engagement concernant la méthode pour laquelle elles s'étaient inscrites. Une patiente qui dit « *avoir changé d'avis* » va se confronter à beaucoup plus de résistances de la part des personnels médicaux, surtout si elle dit avoir changé d'avis alors qu'elle était inscrite pour une stérilisation et qu'elle a déjà plusieurs enfants. Toute argumentation ou affirmation de son choix sera alors considérée comme une marque d'indocilité. Elle a alors tout intérêt à feindre de s'être trompée, et pour cela à feindre son ignorance et son manque de maîtrise de l'espagnol.

J'ai d'ailleurs très fréquemment remarqué que les patientes parlaient et comprenaient généralement beaucoup mieux l'espagnol que ce qu'elles ne laissaient paraître face aux personnels médicaux. Plusieurs femmes m'ont confié utiliser cette technique dans des institutions *ladinas*, telles que les structures de santé mais pas seulement, pour « *voir ce qu'ils disent dans mon dos en pensant que je ne les comprends pas, me rendre compte s'ils me cachent quelque chose* ». Cependant, non-seulement les femmes indigènes simulent souvent comprendre moins l'espagnol que dans la réalité, mais elles doivent aussi simuler de « donner l'avion », c'est à dire faire semblant d'avoir compris quelque chose qu'on n'a pas compris et donner une réponse potentiellement erronée volontairement (Ch3-I-2).

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Gaspar Ixchil - 7 mars 2013 -

Après avoir refusé d'opérer les deux patientes précédentes qui étaient à moins de 40 jours de post-parto, le gynécologue demande à la patiente qui suit la date de naissance de son nouveau-né qu'elle porte. Elle répond : « *oui* ». Le gynécologue cherche quelqu'un pour traduire mais ne trouve pas. Il demande : « *votre bébé a un mois ?* », elle répond : « *pas loin* ». Il lui demande : « *votre bébé est né il y a plus de 40 jours ?* », elle répond : « *oui* ». Le gynécologue lui demande si elle a déjà été opérée. Elle dit : « *oui* ». Il repose la question de manière plus insistante, alors elle répond : « *non* ». Il lui demande si elle a mangé quelque chose avant de venir. Elle hésite puis répond : « *non* ». Le gynécologue insiste : « *vous êtes sûre ? Rien du tout ?* ». Elle répond : « *rien* ». Puis elle répond « *non* » à toutes les questions qui suivent en les écoutant à peine. Quand le médecin lui dit que c'est bon qu'elle va pouvoir être opérée elle se lève et échange discrètement un sourire satisfait avec une femme un peu plus âgée qui l'accompagne, comme si elle venait de passer victorieusement un test.

Une autre technique qui permet de laisser ambigu le fait que l'on n'a pas compris, d'obtenir ce qu'on veut sans être frontal et de donner des réponses vagues, est de répondre « *qui sait ?* » à une question à laquelle on ne veut pas répondre de manière tranchée. Un personnel de santé demande à une femme qui a quatre enfants et qui vient pour l'injection si elle ne veut pas plutôt s'opérer car quatre enfants c'est suffisant. Si elle ne veut pas, au lieu de répondre « *non* », elle va

répondre « *qui sait ?* » (« *saber...* »), ce qui lui permettra de passer au travers de l'injonction à s'opérer à travers diverses pressions, tout en ne s'opposant pas frontalement au personnel médical qui la prend en charge (Ch3·I·2).

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Santa Eulalia
- 24 avril 2013 -**

Une patiente de dix-huit ans inscrite pour le stérilet dit à l'éducateur d'Aprofam qu'elle s'est trompée et qu'elle veut s'inscrire pour la stérilisation. L'éducateur essaye de la tester en lui disant qu'il vaut mieux qu'elle se mette un stérilet pour l'instant le temps de bien réfléchir. Elle sourit timidement et lui redit : « *c'est que je me suis trompée, c'est l'opération que je veux* ». L'éducateur l'envoie avec le secrétaire, Yadiel, qui remplit le formulaire de stérilisation sans presque lever la tête. Quand elle lui donne son jeune âge, il s'arrête d'écrire et je l'entends pour la première fois demander à une patiente : « *et pourquoi vous voulez vous opérer ?* ». La fille ne répond rien et se contente de sourire timidement. Yadiel lui demande si elle est mariée, sans que je ne comprenne bien le rapport. La fille se contente de sourire timidement à nouveau et ne répond pas. Yadiel lui tend le consentement en disant : « *c'est vous qui décidez de toutes façons* ». Elle le signe. Yadiel va tout de même signaler le cas à la gynécologue qui appelle la jeune fille. La gynécologue demande à un homme de traduire. Je vois que la jeune fille maîtrise bien l'espagnol, mais elle laisse systématiquement l'homme traduire les questions de la gynécologue qui essaye de s'assurer qu'elle est certaine de vouloir se faire opérer, puis elle lui adresse un sourire timide en guise de réponse. La gynécologue dit : « *ok comme vous voulez* » et elle coche tous les items de sa feuille sans lui poser les questions et sans s'assurer qu'elle est à jeun (alors qu'elle a sûrement mangé car elle ne venait visiblement pas pour se faire stériliser au début).

La tendance systématique, visible et commune à toutes les femmes indigènes de la pratique « donner l'avion » permet à chacune de disposer d'une marge pour annoncer qu'elle s'est trompée, qu'elle a répondu « *oui* » alors que c'était « *non* », qu'elle a opéré tel choix en voulant en opérer un autre, etc., sans paraître indociles. Cette technique harmonisée entre ces femmes leur ouvre un espace de négociation du consentement plus important et donc un espace de liberté.

1.2 Banalisation du mensonge face aux personnels médicaux

Les femmes s'habituent de cette manière à mentir assez facilement, ou du moins troubler la vérité, face aux institutions médicales afin d'obtenir ce qu'elles sont venues chercher.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 14 mai 2014 -**

Une troisième femme est sortie positive au test de grossesse, mais on découvre que c'est parce qu'elle a rempli le flacon avec de l'urine qu'elle a pris dans la cuvette des toilettes directement. Elle se justifie en disant qu'elle n'avait pas envie d'uriner et que de toutes façons elle était sûre de ne pas être enceinte.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Sebastián Coatán
- 25 avril 2013 -**

La gynécologue s'entretient avec la dernière patiente à s'inscrire. Elle lui demande si elle planifie. La patiente répond qu'elle ne planifie pas. La gynécologue lui demande quel âge a son enfant le plus jeune, et la patiente répond qu'il a sept ans. La gynécologue reste perplexe sur le fait que la patiente n'ait pas eu d'enfants depuis sept ans. Elle repose la question sur la planification familiale, elle lui demande : « *vous utilisez l'injection ?* ». La patiente répond : « *oui, j'utilise l'injection* ». Puis la gynécologue lui demande si c'est la première fois qu'elle vient à une *jornada* Aprofam. La patiente hésite puis répond que c'est la deuxième fois, qu'elle est venue il y a un an. La gynécologue, surprise, demande si elle a déjà été opérée ou si on lui avait mis un implant. La patiente répond : « *non, la T de cuivre* ». La gynécologue demande « *mais vous l'avez encore ?* ». La patiente : « *oui, elle est encore dans ma matrice...* »

Si parfois le mensonge dessert la volonté ou la santé des patientes ou encore les font repérer, comme dans ces deux cas, globalement elles mentent mieux que les hommes et maîtrisent mieux la nécessité du mensonge en fonction des contextes qu'elles ont préalablement observés et analysés. Certaines femmes estiment d'ailleurs que les hommes ont au contraire tendance à se « laisser berner » par les personnels de santé et elles jugent préférables qu'ils ne les accompagnent pas en consultation pour ne pas perturber leur jeu. De fait, dans plusieurs cas de stérilisations réalisées à l'insu des femmes opérées, c'est l'homme qui avait signé le consentement à l'issue d'un ensemble de ruses des personnels médicaux pour le convaincre sur la base d'arguments fallacieux, tel que l'enjeu de survie pour la femme ou le bébé. Au cours de mon terrain dans les différentes structures médicales, plusieurs fois des personnels de santé m'ont fait la remarque qu'ils préféreraient discuter directement avec les hommes s'ils étaient présents aussi parce qu'ils dissimulaient moins la vérité que les femmes et qu'on pouvait les convaincre parfois plus facilement quand les femmes les « menaient en bateau ». Par exemple, lorsque le secrétaire de l'unité Aprofam soupçonne une femme de ne pas être à jeun avant l'opération comme elle le dit, il tente une ruse auprès du mari pour la démasquer et faire avouer au mari qu'elle a bu un café ou mangé une *tortilla* (Ch5-IV.4).

Les femmes avouent rarement leurs mensonges elles-mêmes, cependant dans le rare cas où la gynécologue d'Aprofam explique aux patientes précisément pourquoi elle préfère les faire passer en dernier ou ne pas les opérer si elles ne sont pas à jeun, en détaillant les risques, certaines femmes annoncent qu'elles ont mangé en disant qu'elles s'étaient trompées en répondant « oui » quand on leur avait demandé si elles étaient à jeun, parce qu'elles n'avaient pas compris la question. Cela démontre bien que les femmes ont l'habitude de mentir quand elles estiment que cela leur est profitable pour obtenir quelque chose, mais elles ne sont pas prêtes pour autant à prendre certains risques si elles ont connaissance de ces risques. C'est pourquoi une information de qualité et une explication détaillée sur les raisons de poser telle ou telle question serait primordiale pour prendre soin de la santé de ces patientes en les laissant opérer leurs choix en pleine conscience.

Car si les patientes mentent aux personnels médicaux, c'est aussi car elles savent que parfois dire la vérité leur sera préjudiciable à tout point de vue. Dans le cadre de la planification familiale, elles mentent principalement sur les sujets concernant l'organisation familiale, le nombre d'enfants et l'activité sexuelle.

Observation service de planification familiale, C.A.P Todos Santos

- 19 juin 2014 -

L'infirmière Tabata débriefe avec moi la consultation pré-natale d'une jeune fille de 16 ans qu'elle a menée en mam : « *comme elle est mineure, je lui ai dit qu'elle devait accoucher à l'Hôpital, parce que sinon elle ou son bébé pouvait mourir* ». Je lui demande ce que la patiente a répondu. Tabata me dit : « *elle m'a répondu qu'elle était seule avec sa belle-mère parce que son mari était aux États-Unis et qu'elle ne sait pas si elle pourra aller à l'Hôpital à cause de ça* ». Je demande à Tabata pourquoi l'absence de son mari l'empêche d'aller à l'Hôpital. Elle m'explique : « *parfois si le mari n'est pas là, elle ne peut pas réunir l'argent pour se rendre à l'Hôpital, et s'il n'y a que des femmes à la maison, comme dans son cas, elle ne peut pas trouver quelqu'un qui l'aide pour se déplacer ou pour traduire si elle ne parle pas espagnol... Bon elle peut trouver, mais si le bébé arrive plus tôt que prévu ça devient compliqué* ». Je recroise la jeune fille devant le centre de santé un peu plus tard. Je m'assois à côté d'elle et nous discutons. Elle me dit dans un espagnol approximatif qu'elle rêve d'aller aux États-Unis. Je lui demande dans quelle ville vit son mari. Elle me dit que son mari n'est pas parti même s'il aimerait, qu'il travaille juste à Huehuetenango la semaine et rentre le week-end à Todos Santos en attendant de trouver un travail dans une banque plus près de Todos Santos ou de voir s'il part aux États-Unis. Je lui présente mes excuses sur ces précisions sur son mari en lui disant que je lui ai demandé ça car Tabata m'avait traduit de leur conversation en mam que son mari était aux États-Unis. La jeune fille sourit timidement et me dit : « *c'est ce que je lui ai dit, je sais pas trop pourquoi, peut-être pour ne pas avoir de problèmes avec elle après si je décide d'accoucher à la maison, comme je n'ai pas encore pris ma décision. Et puis peut-être que mon mari va partir aux États-Unis avant la naissance de mon bébé donc c'était aussi vrai en partie* ».

L'état de la conjugalité est ainsi un des sujets principaux de dissimulation de la vérité pour les patientes, et ce pour des motifs variés, liés à la gêne, à la volonté d'affirmer une abstinence sexuelle, à la crainte de réprimandes... Les questions posées par les personnels et dont la pertinence n'est jamais explicitée obtiennent fréquemment des réponses qui ne reflètent pas la réalité. Les patientes s'habituent ainsi à donner au sein des institutions les réponses qu'elles pensent être attendues d'elles, afin de contourner les obstacles vers l'accès au service qu'elles souhaitent.

Observation clinique de planification familiale, Hôpital de Huehuetenango

- 22 avril 2013 -

Une patiente de 26 ans vient pour un frottis, elle avait un papiloma. La docteure lui demande si elle planifie. La patiente répond qu'elle planifie avec des préservatifs. La docteure réplique : « *les préservatifs c'est bien pour l'infection, mais vous devez utiliser une méthode comme le Jadelle qui dure cinq ans* ». La patiente dit que les préservatifs lui conviennent bien. La docteure insiste. Finalement la patiente cherche un argument et réplique : « *mon mari va partir aux États-Unis, donc je n'ai pas besoin d'utiliser une méthode* ». Elle remercie la docteure puis elle quitte la pièce pour mettre fin à l'échange.

**Observation clinique de planification familiale, Hôpital Huehuetenango
- 22 mars 2013 -**

Une femme de 39 ans vient pour se mettre une injection. La gynécologue lui dit de s'opérer ou de mettre un stérilet plutôt que l'injection. La patiente dit que son mari était aux États-Unis et qu'il est revenu c'est pour ça qu'elle veut planifier mais qu'il va y retourner sûrement donc après elle n'aura plus besoin. La gynécologue insiste en lui disant qu'elle peut enlever le stérilet quand elle veut, mais la patiente lui dit qu'elle préfère l'injection parce que son mari revient sûrement provisoirement. Elle lui dit que s'il reste elle reviendra pour le stérilet.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Colotenango
- 14 mai 2014 -**

J'écoute une patiente qui insiste auprès du médecin pour qu'il lui enlève son implant car elle a mal au bras. Le médecin tente de minimiser la douleur qu'elle ressent en lui laissant penser qu'il refuse de lui retirer l'implant. Comme elle insiste, il lui fait entendre qu'il cédera uniquement si elle se stérilise ou qu'on lui pose un stérilet à la place. Elle réplique alors que si elle veut l'enlever ce n'est pas seulement parce qu'elle a mal au bras, c'est aussi parce que son mari n'est pas là. Le médecin lui demande « *comment ça il n'est pas là ?* ». Elle répond « *il est parti aux États-Unis, qui sait quand il reviendra* ». Le médecin cède et lui enlève l'implant.

Prétexter une abstinence sexuelle à travers l'absence du mari est une technique très efficace pour convaincre les personnels de santé de retirer une méthode contraceptive ou de cesser d'insister pour en administrer une. Plusieurs femmes m'ont confié que la connaissance de cette technique et les expériences de son utilisation circulaient entre femmes dans la communauté. Milena m'expliquait par exemple : « *avant quand j'allais au centre de santé pour mon fils, ils insistaient toujours pour me mettre l'injection. J'en ai parlé avec ma belle-sœur et elle m'a dit de leur répondre que mon mari était aux États-Unis. Et maintenant ils n'insistent plus autant qu'avant* ». Ce partage de stratégie semble relever d'une dynamique collective de résistance.

1.3 Mettre en place une dynamique collective de résistance

Scott situe plutôt la mobilisation collective comme l'issue de premières déclarations publiques du texte caché, qui vont symboliquement refuser de reproduire les apparences hégémoniques. Une insubordination affichée, rendant visible les rapports de pouvoir, peut provoquer une mobilisation collective rapide, si le texte caché a beaucoup circulé³¹. J'ai remarqué lors des observations que les actes d'insubordination des patientes ne sont jamais des actes individuels, mais résultent plutôt de stratégies collectives élaborées, préalablement ou sur le moment, par des modes de complicité particuliers. Par exemple, lorsque les femmes manifestent un refus net, elles sont généralement systématiquement accompagnées d'une personne qui représente une force symbolique importante à leurs yeux. Le fait de venir accompagnée ne va pas de soi car les personnels de santé tentent régulièrement de limiter les actes d'insubordination en éloignant les accompagnateur/rice-s dont ils se méfient ou qu'ils jugent peu coopératif/ve-s. C'est également sous ce motif que plusieurs personnels, cadres ou non de l'Hôpital, justifient l'interdiction d'accès au sein de la maternité pour les personnes accompagnatrices, qui ne peuvent avoir aucun contact avec les parturientes, parfois de leur entrée dans le service de maternité jusqu'à leur sortie.

31. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 2 avril 2013 -**

La gynécologue vient de faire un nouveau laïus pour se plaindre du fait que plus de femmes devraient avoir un stérilet. Un couple se présente à la consultation « *pour planifier* ». Ils ont vingt ans et un enfant de trois mois. L'aide-soignante Evi demande directement s'ils allaitent l'enfant exclusivement. C'est le cas. Puis elle demande : « *et vous avez pensé à une méthode ?* ». Ils réfléchissent et répondent : « *l'injection de trois mois* ». Evi leur dit : « *bon l'injection peut vous donner plus faim et vous pouvez grossir... ou aussi vous pouvez maigrir, ou aussi rester pareil. Pourquoi pas la T plutôt ? La T c'est pour dix, quatre, cinq ans, le temps que vous voulez. Elle n'a pas d'hormones, elle ne fait pas grossir, vous allez voir vos règles chaque mois. Cette méthode serait la bonne pour vous, c'est recommandable. Et vous n'allez pas devoir venir chaque mois mais chaque année. C'est une méthode efficace. L'injection est recommandée seulement quand la dame a déjà deux enfants* » (c'est la première fois que j'entends ça !). Le jeune homme demande si on peut l'enlever au bout de deux ou trois ans. Evi lui répond : « *le temps que vous voulez ! Et quand on enlève la T, on tombe enceinte rapidement, ce n'est pas comme l'injection qui sont des hormones et du coup ça prend plus de temps à tomber enceinte quand on l'arrête* ». Ils discutent en chuchotant, Evi commence à s'impatienter. Ils échangent encore quelques mots à voie basse et la fille demande à son conjoint de parler. Il demande : « *si elle prend l'injection et après elle veut changer c'est possible ?* » Evi acquiesce un peu déçue. Le jeune homme dit : « *alors elle va utiliser l'injection pour l'instant* ». Après qu'ils soient sortis Evi me dit d'un air malicieux et ferme : « *la prochaine fois je ne vais pas laisser entrer le mari* ».

L'accompagnement facilite l'insubordination, en ouvrant la porte à des modes d'opposition plus ou moins frontaux. C'est pourquoi, à partir de leur connaissance du contexte dans lequel elles vont devoir s'opposer à une injonction médicale particulière, les femmes choisissent régulièrement avec soin une personne qui les accompagnera à leur rendez-vous, selon la stratégie qu'elles veulent jouer, à partir d'un texte caché, qu'elles décident ou non sur le moment de rendre public par un acte d'insubordination objective.

Il arrive parfois que les femmes indigènes, réunies en groupe par Aprofam pour écouter une *charla* informative sur la stérilisation ou l'implant, adoptent une attitude collective rompant avec l'habituelle docilité apparente. Par exemple, si certaines des femmes commencent à bombarder de questions les personnels médicaux ou demandent à écouter l'information avant de signer le consentement. Dans ce cas, les personnels médicaux se laissent submerger par les questions et accèdent plus facilement aux exigences particulières formulées collectivement par les femmes. Toutefois, pour organiser un tel espace de subversion, les femmes utilisent, comme dans le cas de la stratégie d'accompagnement, la ressource linguistique.

**Observation *jornada* Aprofam - C.A.P Santa Eulalia
- 24 avril 2013 -**

Pendant le discours de présentation du gynécologue, chaque fois que l'une des femmes pose des questions, toutes se mettent à parler entre elles en q'anjob'al. Elles échangent énormément, je me demande si c'est lié au fait qu'elles sont nombreuses et que les accompagnateur/rice·s n'aient pas pu assister à la présentation. Plus elles échangent entre elles dans leur langue, plus elles posent de questions en espagnol au gynécologue.

Les femmes utilisent régulièrement la langue indigène entre elles stratégiquement pour se donner des infos ou des conseils sans que les professionnel·le·s ne les comprennent. La langue joue alors un rôle de « code secret » mais aussi de marqueur d'une identité commune qui favorise l'échange complice³².

J'ai pu observer que chez les jeunes filles indigènes qui parlent quelque peu l'espagnol, cette ressource linguistique est également mobilisée pour se transmettre discrètement, face à des personnes ne parlant que la langue indigène telles que leurs parents ou beaux-parents, des informations entre elles ou avec des jeunes hommes ou leur mari ou toute autre personne qui maîtrise l'espagnol... L'utilisation courante de l'espagnol chez les jeunes indigènes entre eux peut constituer aussi une marque subversive du rejet des modèles traditionnels, transmis parfois au sein de la famille et de la communauté, à travers une stratégie de distanciation³³.

2 Stratagèmes de contournement des injonctions familiales et communautaires

2.1 Se cacher pour planifier

Observation formation *comadronas* - C.A.P San Rafael Pétzal - 6 mars 2013 -

Une des *comadronas* vient voir l'aide-soignante mam d'Aprofam Jaylin à la fin de la réunion. Alors que durant l'échange elle parlait en mam avec Jaylin, cette fois-ci elle s'adresse à elle en espagnol pour plus de discrétion face aux autres *comadronas* plus âgées qui plient leurs affaires dans la salle. Elle dit qu'elle aimerait qu'on lui mette un implant, mais qu'elle ne veut pas le mettre dans ce centre de santé, car elle vit ici et elle a honte. Elle reste vague, mais précise qu'elle ne veut pas mettre l'implant ici par peur qu'on la critique comme elle n'a pas d'époux. Puis elle ajoute qu'en plus l'homme qu'elle fréquente ne veut pas qu'elle planifie. Elle demande comment elle peut faire pour planifier discrètement et combien ça peut lui coûter.

À la clinique de planification familiale, j'ai observé plusieurs fois des femmes qui cherchaient subtilement des informations sur les manières de planifier, sans que personne ne s'en aperçoive. Ces femmes témoignaient de raisons diverses à cette demande cachée d'informations ou de services de contraception. Soit leur mari, leur belle-famille ou leur famille n'était pas d'accord qu'elles utilisent une méthode contraceptive, soit leur mari était absent et elles souhaitaient avoir des relations extra-conjugales protégées, soit elles voulaient simplement s'épargner la potentielle réception de critiques de la part de personnes qu'elles connaissent et qu'elles pourraient croiser dans un centre de santé plus proche, notamment si elles ne sont pas unies.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète E. - 29 juin 2014 -

A - Pourquoi la plupart des femmes de la communauté que tu connais vont s'injecter à Colo, au lieu de le faire ici dans le poste de la communauté ?

IE et E - *parlent en mam*

32. Billiez, « La langue comme marqueur d'identité ».

33. Billiez.

IE - L'une des raisons c'est que les femmes de la communauté sont gênées de demander ici. Comme tout le monde se connaît. Elles ont peur de demander, elles ont honte. C'est pour cela qu'elles vont à l'extérieur, ou elles achètent ça dans la rue et elles-mêmes cherchent quelqu'un qui puisse leur mettre, pour que personne ne les voie. Quand les infirmières viennent vacciner les enfants du village elles n'en profitent jamais pour demander, parce qu'elles ont peur que les autres femmes les critiquent. Donc souvent elles vont à Colo parce qu'elles sentent que là-bas peu de gens les connaissent et qu'elles peuvent parfois demander plus facilement.

A - Qu'est ce qui leur fait honte dans le fait de demander face aux femmes de la communauté? Comment sont-elles critiquées?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle pense que c'est parce que les femmes considèrent... qu'on dit d'elles ou qu'on les critique de cette manière : « *Ah bon toi tu ne veux pas d'enfants!? Ça te coûte d'en avoir!?* ». Donc les femmes elles n'aiment pas être critiquées ou que l'on parle d'elles dans leur dos, qu'on les mentionne dans des discussions. Elles aiment être discrètes. Parce que certaines femmes se critiquent entre elles. Donc si une femme demande une injection, une autre qui a écouté peut la critiquer : « *donc figure-toi que telle femme s'est injectée, elle ressent sûrement de la paresse pour élever des enfants* ». Et donc les femmes n'aiment pas qu'on dise ça d'elles. Elles ont peur de ça, elles ont honte de ça, de cette critique.

Les femmes se demandent souvent quelles sont les méthodes les plus facilement utilisables de manière cachée. Comme dans d'autres régions du monde, tel qu'au Bangladesh, la méthode qu'elles privilégient dans un souci de discrétion est l'injection car elle n'est pas visible sur leur corps³⁴. Toutefois, utiliser l'injection de manière cachée nécessite une logistique particulière pour se la faire administrer à intervalle régulier de trois mois, d'autant plus si elles doivent aller loin pour cela, ou chercher des réseaux parallèles aux structures de santé pour leur fournir le produit. Aussi, leurs déplacements sont parfois sujets à contrôle de la part de leur famille ou belles-familles, car leur travail à la maison est essentiel au bon fonctionnement du foyer. Les déplacements sont coûteux et elles n'ont pas toujours d'argent liquide. Elles doivent trouver des prétextes tels que des consultations médicales autres (souvent vaccins des enfants mais quand les campagnes de vaccins se réalisent dans la communauté elles perdent un alibi), ou la vente d'une récolte ou de préparations culinaires au marché, (ce qui résout aussi le problème de l'argent du transport). Parfois elles se rendent difficilement au centre de santé de la municipalité et, quand elles y arrivent, il n'y a pas d'injections, donc toute la logistique enclenchée n'a servi à rien.

Tila - Todos Santos - 72 ans - mam - Interprète D.
- 13 avril 2014 -

D - Elle raconte qu'une dame a eu un problème à cause de l'usage d'un moyen de contraception. Et son époux ne savait pas. En fait lui il ne veut pas qu'elle s'opère ou qu'elle se contrôle. Ils avaient déjà cinq enfants. Donc ce qu'elle a fait c'est qu'elle est sortie sans prévenir son époux, comme il ne veut pas qu'elle se contrôle, et donc elle est sortie de chez elle et elle est allée s'injecter pour ne pas avoir d'enfants. Deux ans sont passés et elle n'a pas eu de bébé. Comme selon son mari, chaque année naît un bébé, que leurs enfants ont tous un an de différence, il a été surpris. Il lui a dit : « *pourquoi tu n'as pas d'enfants? Tu as utilisé une méthode?* ». Il l'a réprimandée, mais elle elle n'a rien dit sur la méthode. Après elle est tombée malade à cause de

34. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

l'injection, ses règles coulaient énormément. C'est là qu'il s'est rendu compte qu'elle avait utilisé une méthode. Il lui a dit : « *je ne te veux plus à la maison, tu peux partir, vas-t'en, je vais chercher une autre femme qui elle voudra me donner des enfants* ». Après il a surveillé si elle sortait mettre la méthode. Elle a dû supporter tout ça. Mais apparemment maintenant tout est revenu à la normale. Je ne sais pas comment elle a fait car elle ne s'injecte plus mais elle n'a pas d'enfants non-plus. Elle a dû mettre une méthode qui ne l'oblige pas à sortir tous les trois mois je pense, mais qui sait laquelle.

**Camilo - C.A.P Todos Santos - infirmier - 24 ans - mam
- 20 juin 2014 -**

C - Elles arrêtent de planifier avec les méthodes temporaires parce qu'elles ont peur que le personnel de santé commence à dire : « *pourquoi continue-t'elle de planifier si son époux est parti (aux États-Unis)* », elles ont peur que soient divulguées des informations les concernant. Mais si le mari part, ça ne veut pas dire qu'elles n'ont plus d'activité sexuelle. C'est pour ça qu'il vaut mieux qu'elles aient un stérilet ou qu'on les opère définitivement.

Les personnels de santé estiment souvent que les femmes qui veulent planifier de manière cachée devraient utiliser une méthode contraceptive durable ou définitive. Pourtant, les femmes considèrent que les implants sont facilement visibles compte tenu de leur grande taille. Contrairement à d'autres endroits du monde où les femmes apprécient la qualité de discrétion du stérilet³⁵, les femmes huehuetèques craignent que celui-ci ne soit posé d'une manière qui fasse que leur conjoint puisse le sentir lors d'une pénétration, ce qui arrive régulièrement. La stérilisation laisse une cicatrice et demande plusieurs jours de convalescence ce qui la rend difficilement dissimulable. Certains personnels de santé ont tendance à minimiser ces marquages et effets secondaires, pour convaincre les patientes que ces méthodes seront les moins visibles. D'autant qu'ils considèrent qu'une femme qui veut planifier à l'insu de son mari est une femme éminemment opprimée qu'il faut empêcher durablement d'avoir des enfants pour la protéger.

2.2 Travail de transmission des informations

**Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -**

IE - Elle ne connaît pas beaucoup de femmes qui utilisent des méthodes contraceptives actuellement et qui lui en ont parlé. C'est surtout les femmes dont elle est proche.

A - Et ces femmes planifient cachées de leur époux ou elles ont discuté avec lui et ils se sont mis d'accord ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle pense que oui elles en parlent avec leur mari.

A - Et c'est une décision des deux ou plutôt de l'un ou de l'autre ? Comment se passe la discussion généralement ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle dit qu'elle ne connaît pas tous les détails mais elle pense que ça pourrait être la femme qui choisit au final. Parce que c'est elle qui ressent quoi faire, qui y réfléchit, qui connaît ces choses, qui sait comment en parler avec son mari. L'homme... les hommes ils ne savent rien ! (rires)

35. Takeshita, *The Global Biopolitics of the IUD*.

Le taux de femmes qui planifient à l'insu de leur conjoint semble relativement élevé. Cependant, la plupart des femmes interrogées discutent avec leur conjoint avant d'utiliser une méthode contraceptive. Elles estiment pourtant au final que quel que soit le contenu de la discussion, elles utiliseront la méthode qu'elles ont choisie elles-mêmes. Elles usent alors parfois d'outils, de biais, pour orienter l'issue de la discussion vers le choix consensuel de la méthode à laquelle elles ont préalablement pensé. Elles peuvent même faire accepter une méthode par leur mari ou leur famille après sa pose. Pour ce faire, elles témoignent des rapports autoritaires sur leurs corps dans les structures de santé, qui est un fait connu localement, pour légitimer qu'elles aient pris de manière « contrainte » un contraceptif, sans les avoir prévenus avant et sans avoir pu résister.

Elles réussissent donc à négocier un espace de manœuvre par l'instrumentalisation alternative des représentations des rapports oppressifs qu'elles vivent dans les structures de santé face à leur conjoint ou des membres de leur famille ou de leur communauté, et des représentations des rapports oppressifs qu'elles vivent au sein de leur famille et de leur communauté face aux structures de santé. Cette marge de négociation est possible du fait de la responsabilisation féminine de la gestion de la reproduction. Les femmes deviennent l'interface entre les acteurs familiaux et sanitaires, qui sont rarement en contact. Grâce à la faible fréquentation masculine des structures de santé, les femmes disposent donc de libertés dans le relais d'informations transmises à chacun des acteurs.

Le cas de la circulation de l'information sur le nombre de jours d'abstinence sexuelle nécessaire après l'administration d'une méthode illustre bien comment les rapports privilégiés des femmes avec les structures de santé les amènent à modifier une information pour la rendre plus adéquate avec leurs besoins, estimant souvent que ni d'un côté ni de l'autre ces besoins seront entendus, compris, respectés et satisfaits. Il arrive toutefois que cette transmission d'informations fausses, mais pas erronées car plus adaptées aux besoins réels des femmes, soit facilitée par certains personnels.

Dra Gimena - Gynécologue Aprofam - 33 ans - *ladina*
- 13 juin 2013 -

Je discute avec la gynécologue Gimena sur la durée de diète sexuelle avec l'époux et sur les tâches ménagères. Elle me dit que c'est souvent pour les femmes un moment où elles peuvent se permettre de prendre enfin un peu de repos à la maison si elles le souhaitent. Elle m'explique qu'elle a remarqué que souvent les patientes disaient à leur mari un nombre plus élevé de jours de diète sexuelle et de repos que celui transmis le jour de l'opération. Gimena me raconte amusée qu'un jour un mari l'a appelée pour demander si c'était vrai ce que lui avait dit sa femme sur le fait qu'il ne pouvait pas avoir de rapports sexuels avec elle pendant un an ! Depuis qu'elle s'est rendue compte que souvent les femmes s'arrangent pour pouvoir se reposer un peu plus, se faire aider par le mari et éviter les relations sexuelles suite à l'opération, elle leur dit au moment de la *plática* : « *ce que l'on recommande c'est une semaine de repos dans le travail à la maison et trente jours de diète sexuelle, mais si vous voulez dire six mois à votre mari c'est vous qui voyez !* ». À chaque fois, cela provoque des éclats de rire chez les patientes qui se mettent à en discuter entre elles.

Observation service de planification familiale, C.A.P de Todos Santos
- 19 juin 2014 -

Une jeune femme entre en consultation avec son mari et son enfant pour une injection. Ils ont l'air très complice. Je demande à l'infirmière mam Tabata si des patientes viennent planifier sans prévenir leur mari. Tabata me répond :

« oui beaucoup, pour les injections surtout. Ce qui est plus bizarre c'est que le mari accompagne comme chez ce couple. Je dis toujours aux patientes qu'elles doivent décider pour elles-mêmes, pour leurs corps ». Tabata me raconte que quand elle s'est unie avec son mari, elle lui a dit qu'ils n'auraient que deux enfants et qu'après il allait s'opérer. Il a accepté sur le moment, mais après il n'a plus voulu s'opérer donc elle a dit qu'elle allait le faire elle. Il ne voulait pas non plus qu'elle le fasse alors quand elle a accouché à l'hôpital du troisième issu d'une grossesse non-prévue il y a dix ans, elle a demandé au médecin qu'on l'opère directement. Le médecin lui a dit qu'il fallait la signature de son mari mais elle lui a répondu : « je peux signer, ne vous préoccupez pas, mon mari est d'accord ». Elle m'explique en rigolant que son mari était un peu fâché quand il a vu qu'elle était opérée puis c'est passé.

Certains personnels féminins sont plus attentives et permettent aux femmes de mieux jongler avec l'impératif patriarcal réel et supposé. Aussi, les stratégies mises en place par les femmes dépendent beaucoup des circonstances qui leur permettent ou non de les réaliser. C. Takeshita relève également que :

« Le combat des femmes en faveur de leur autodétermination reproductive devient complexe quand elles se trouvent prises entre l'idéologie néomalthusienne antinataliste et des normes patriarcales natalistes. Il arrive parfois qu'elles réussissent à faire jouer ces pressions l'une contre l'autre pour satisfaire leurs propres besoins »³⁶.

Aussi, on note une forte volonté des femmes, quelles que soient leurs démarches reproductives, de conserver du pouvoir et de l'autonomie sur leurs propres corps.



Femmes de Todos Santos

36. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ». p.122

IV Un corps féminin qui doit rester autonome et puissant

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -

IE - Elle dit que souvent à l'Hôpital ils agissent contre la volonté de la femme qui va accoucher, la femme d'ici, de la communauté. La femme elle ne veut pas aller à l'hôpital mais ils l'emmènent quand même : « *tu dois y aller parce que tu peux perdre ton enfant* ».

A - Qui dit ça ? Qui l'emmène ?

IE - Le mari ou la famille l'emmène... si la *comadrona* ne peut pas l'aider. Et donc même si la femme ne veut pas ils lui disent qu'elle doit aller à l'hôpital et ils l'emmènent. C'est toujours comme ça.

A - C'est toujours la femme qui ne veut pas ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle dit que beaucoup de femmes ne veulent pas, la majorité des femmes. Parce qu'elles ont très peur que si elles vont au centre de santé ou à l'hôpital on les opère. Parce qu'elles ont peur qu'un couteau leur tranche l'estomac parce que... « *après on n'est plus normales* », parce que « *on perd beaucoup de sang* » et que... ça devient une femme anormale, une femme découpée, que les sens ne sont plus aussi bien que pour une femme normale. Et aussi elle dit que les maris parfois pensent que les femmes ne peuvent plus travailler après, qu'elles n'ont plus la même force, qu'elles restent affaiblies pour toujours. Et aussi quand les femmes vont au centre de santé quand elles ont leur premier enfant, les docteurs les font se lever et les envoient se laver avec de l'eau froide. C'est quelque chose qu'ici... à la maison tout est très protégé, on prend bien soin, elles doivent se reposer. Alors que là-bas à l'Hôpital, au centre de santé, ils les font lever, et elles doivent faire des efforts. Et donc c'est la crainte qu'elles ont aussi.

La maternité est parfois considérée comme diminuant la rentabilité de la force de travail féminine, ce qui produit des phénomènes de précarisation liés à la fonction reproductive des femmes. Fassin observe qu'en Équateur, l'expérience du travail et celle de la maternité s'inscrivent de manière douloureuse et indélébile dans le corps des femmes. Le corps est alors simultanément un instrument qui met en œuvre l'activité productive et la vie reproductive, et un produit sur lequel les femmes gravent leurs stigmates. Il illustre ce fait en montrant comment une césarienne peut provoquer des bouleversements dans la vie des femmes équatoriennes, notamment dans la manière dont elles sont perçues socialement :

« *Cette médiation corporelle s'exprime significativement dans le fait qu'une femme qui accouche par césarienne est généralement considérée par son entourage et par elle-même comme n'étant plus bonne ni pour le travail (on dit qu'il lui faut deux ans avant de retrouver ses moyens physiques et donc mener normalement son activité laborale) ni pour la maternité (il est vrai que cette opération expose à certains risques pour les grossesses ultérieures et qu'on propose souvent d'y associer une ligature des trompes).* »³⁷

Ce n'est pas tant la grossesse qui perturbe la participation d'une femme à l'économie familiale. Celle-ci est considérée à la fois travailleuse et mère, d'autant que les enfants vont aussi apporter une contribution à cette économie. Il n'y a donc pas d'opposition entre travail et maternité du point de vue de la reproduction familiale, hormis lorsqu'il survient une complication dans cette maternité qui oblige l'alitement ou le ménagement des efforts, ou encore qui

37. Fassin, « Femmes, travail, maternité ».

provoque un affaiblissement physique (telle qu'une césarienne). Les femmes deviennent alors soudainement menacées dans leur double fonction, et cela peut nuire à leur intégration au sein de leur belle-famille par exemple ³⁸.

Aussi, les relations familiales, les rapports à la filiation, les statuts sociaux se transforment avec l'extension de l'emprise du système public de santé sur le corps des femmes. Les changements dans les modes de régulation de la vie reproductive reconfigurent également le rapport au pouvoir et les modes de subjectivation de l'expérience, notamment de l'expérience corporelle ³⁹. Après une expérience de césarienne à l'Hôpital et de post-partum très difficile au point de vue physique, moral, émotionnel (Ch8-II-1), Fernanda vit son accouchement et son suivi de grossesse et de couche avec une *comadrona* à la maison comme un véritable espace d'*empowerment* :

**Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

F - Ma fille est née à la maison, accouchement normal (par voie basse). C'est moi qui l'ai décidé. Je ne voulais plus aller à l'Hôpital comme j'avais dû le faire pour la naissance de mon fils. Je ne voulais plus qu'ils me fassent une autre césarienne. C'était hors de question. J'ai pris cette décision, c'est chez moi que devait naître ma fille. Et donc quand je me suis rendue compte qu'une mère doit être préparée psychologiquement, émotionnellement, malgré ses problèmes, malgré ce qu'elle affronte tous les jours, c'est à la mère de prendre cette décision. Et beaucoup d'entre nous n'avons pas cette décision. Parce qu'il y a des personnes qui commentent ce qu'il leur est arrivé en accouchant à la maison et que ça s'est mal passé, et avec ça la peur nous envahit, et c'est aussi pour ça qu'on a des complications. Mais moi aussi ça s'était mal passé à l'Hôpital. Et là c'était mon second enfant donc j'ai pris la décision que ça n'allait plus arriver et que c'est ici que je devais accoucher.

A - La *comadrona* a accepté?! (lors des formations obligatoires qu'elles reçoivent, on apprend aux *comadronas* qu'il est légalement interdit qu'elles accompagnent l'accouchement par voie basse d'une femme qui a précédemment accouché par césarienne)

F - Oui, elle a dit que c'était bon, et je me suis fait contrôler aussi. J'allais au centre de santé, j'ai fait l'échographie, le bébé était bien. Je suis même allée jusqu'à la maison de naissance à Huehue. Ils m'ont dit qu'ils devaient m'interner le 16 septembre pour l'opération.

A - Ils t'ont dit que le bébé devait naître par césarienne?

F - Oui. Le docteur m'a dit : « *définitivement, ce sera une césarienne. Le premier c'était une césarienne, et donc vous ne devez pas prendre de risque à essayer d'accoucher par voie basse. Vous devez venir un peu avant le terme, vous ne devez pas attendre* ». C'est là qu'il m'a donné la date.

A - Et tu as répondu quoi?

F - Chaque fois je disais : « *ah oui d'accord!* ». Je devais accepter ce que disait le docteur mais j'avais déjà pris ma décision, et c'était non. Mais je devais tout accepter. La docteur me disait : « *on va vous interner le 16 et on vous fera la césarienne le 17* ». « *D'accord* », je disais. J'ai accepté tout ce qu'ils ont dit, j'ai même rempli les papiers et tout. Mais j'avais cette décision en moi. Je ne voulais pas la césarienne, je ne voulais plus qu'ils me touchent, plus une blessure, plus une cicatrice, terminé.

38. Fassin.

39. Faya Robles, « De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. »

Je voulais expérimenter de donner la vie à mon bébé moi-même, comme le premier ils me l'ont juste sorti. Donc je devais accoucher à la maison, ou sinon ils ne me laisseraient pas [accoucher par voie basse]. Ma fille est née en 2004. La douleur a commencé le matin, ce n'était pas très fort, je n'ai pas voulu prévenir tout de suite. J'avais surtout sommeil. J'ai rêvé de ma belle-mère décédée, et dans mes rêves elle me disait : « *je t'ai recommandée auprès de telle comadrona, elle vit près de la maison. Je t'ai recommandée auprès d'elle et c'est elle qui va s'occuper de toi. Je me suis réveillée et je me suis dit que je n'allais pas faire ce que j'avais vu en rêve car j'avais déjà ma comadrona* ». Ce jour là, mon mari s'est mis à boire comme il le fait presque toujours, il était ivre. Je lui ai demandé d'aller chercher ma *comadrona* mais elle n'était pas là. J'ai demandé à mon mari d'aller appeler plutôt l'infirmière qui vit ici. À l'époque, il n'y en avait pas beaucoup. Et elle n'était pas là. Alors j'ai fait appeler la *comadrona* dont j'avais rêvée et c'est elle qui s'est occupée de moi, qui a été avec moi. Ma mère est venue aussi m'accompagner. J'ai beaucoup dormi ce jour là. Je me suis réveillée à 3 heures du matin en écoutant une voix dans mon rêve qui disait : « *c'est l'heure, il est temps de pousser* ». Ma mère était près de moi elle m'a tranquilisée. La douleur a été très intense mais après je n'ai plus rien senti. Je n'étais même plus fatiguée. Je me sentais forte.

C'est particulièrement au terme des grossesses que de nombreuses femmes évitent de se rendre dans les structures de santé, pour préserver une autonomie dans la gestion de leur vie reproductive. Elles expliquent ce choix par leur crainte qu'on leur impose une césarienne ou une méthode contraceptive (la plupart des méthodes durables et définitives sont installées au moment de l'accouchement - Ch5-II-1). Pour échapper aux mauvais traitements, elles font appel à une ou plusieurs *comadronas* de la communauté, dont elles apprécient le soutien physique et moral tout au long de la grossesse, lors de l'accouchement et dans la période de post-partum. Elles établissent une relation privilégiée avec ces *comadronas*, qu'elles peuvent choisir librement et faire alterner, en fonction des critères importants pour elles, en fonction de tel ou tel soin. Les *comadronas* massent les femmes, les lavent, les préparent physiquement et mentalement à l'accouchement et à la maternité, elles prennent soin d'elles. Les *comadronas* s'occupent aussi parfois de régler des problèmes familiaux pour que les femmes vivent leurs grossesses et leur accouchement dans de meilleures conditions. Le recours à une *comadrona* représente pour les femmes la possibilité d'opérer des choix dans la manière de gérer leur grossesse, leur accouchement et le début de la maternité. L'idée revient régulièrement qu'elles choisissent une « *comadrona qui est comme j'aime* », qui « *sait ce dont j'ai besoin* ».

Les *comadronas* prodiguent des soins pour réchauffer le corps des femmes après leur accouchement. Ces soins sont réalisés dans le *chuj*, dans lequel la *comadrona* entre avec la femme qui vient d'accoucher. Les femmes apprécient particulièrement ces soins, qu'elles jugent essentiels pour se remettre de l'accouchement et pour ne pas que leur corps « *se congèle* ». Les femmes qui ont subi des césariennes ne peuvent pas faire ce soin et en souffrent beaucoup. Dans la chaleur du *chuj*, le partage de la nudité et de l'intimité corporelle avec la *comadrona* qui prend soin, permet d'évoquer avec elle des questions sexuelles, difficilement abordables dans d'autres espaces (Ch3-II-2). Le sentiment de confiance, de laisser aller, de bien-être, provoque également une sorte de lavage énergétique pour les femmes. Dans les années 1960-1970, l'État a essayé en vain d'interdire l'utilisation du *chuj*, prétextant qu'il était un facteur de la mortalité maternelle. Cette interdiction a très peu fait chuter le taux d'utilisation du *chuj* après les accouchements⁴⁰. Selon Ortega Canto, dans un contexte de pauvreté et de discrimination, la richesse culturelle en matière de santé reproductive peut devenir un composant essentiel de la

40. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

construction de dignité pour les femmes, d'autant plus quand elle s'inscrit dans un réseau local d'identification et de solidarité avec d'autres femmes⁴¹.

La figure de la *comadrona* est donc essentielle dans le processus d'accompagnement de la grossesse et de fortification face à la maternité. Dans le discours des femmes interrogées, lorsqu'elles décrivent une « bonne *comadrona* », il s'agit souvent d'une *comadrona* qui incarne la confiance et qui revêt une dimension subversive. Notamment, il faut que sa posture critique et non-complice avec les structures de santé soit évidente à leurs yeux. Il faut également que cette *comadrona* respecte des éléments traditionnels d'attention et de soins. Mais il faut surtout que sa solidarité avec les femmes qu'elle accompagne, ainsi que son soutien et le respect de ses choix, soient inébranlables. C'est de cette façon qu'elle se différenciera des personnels de santé institutionnels envers lesquels les femmes éprouvent une grande méfiance.

Marla - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam - Interprète F.
- 13 mai 2014 -

F - Elle dit que pas n'importe qui peut être *comadrona* car il faut savoir prendre soin des femmes et avoir des connaissances et qu'elles sont vigilantes là-dessus pour ne pas que leurs filles meurent en couche, et de la même manière elles doivent être vigilantes de l'Hôpital. Elle dit : « *à l'Hôpital beaucoup de femmes meurent, et beaucoup d'enfants, surtout quand elles accouchent* ». Elle dit qu'elle ne comprend pas comment les médecins et les infirmiers peuvent parfois faire si mal leur travail malgré toutes les années d'études qu'ils ont derrière eux. Elle parle de l'importance de l'école, elle insiste beaucoup là-dessus, et dit que c'est essentiel dans la manière dont les femmes vont prendre soin de leur santé. Elle critique certains fonctionnaires de santé et d'éducation qui ne cherchent pas le bien des gens mais juste à gagner leur salaire en faisant le minimum : « *s'ils ne veulent pas prendre soin des femmes, s'occuper des gens, qu'ils aillent plutôt travailler dans les champs qu'avec les personnes !* »

La dimension de dévouement et de sacrifice de soi dans la pratique des *comadronas* est très appréciée chez les femmes enceintes. La valorisation de ce métier comme un travail communautaire, mais aussi comme un lien entre femmes, stimule le don de soi chez les femmes qui l'exercent.

Paulinda, Eugenia - Abalac, Colotenango - 50, 60 ans - mam - Interprète IE.
- 29 juin 2014 -

Paulinda et Eugenia sont comadronas

IE - Paulinda dit : « *voyons si on ne se fâche pas contre moi aujourd'hui parce que moi on ne me laisse pas sortir de la maison si facilement* ». En fait elle est *comadrona* mais son mari... il ne la laisse pas sortir. Mais elle sort quand même pour accompagner les femmes, même si après elle doit supporter les réprimandes de son mari. Eugenia dit : « *moi oui je sors ! Et des fois je prends en charge cinq femmes enceintes, et un bébé naît aujourd'hui, demain l'autre, des fois les deux le même jour* ». Elles racontent que durant tout le processus de la grossesse elles vont masser et masser. On ne les paye pas avant que le bébé naisse. Elles font payer 350 quetzales (35 euros) pour l'accouchement et les soins durant les neuf mois avant, et les mois d'après. Elles disent que des fois on ne les remercie pas, des fois on ne les paye pas, mais elles continuent à faire les soins.

41. Ortega Canto, *Género, generaciones y transacciones*.

Elles disent que des fois « *les femmes ont des douleurs, et cela se transmet à nos bras, et on doit chercher à faire sortir ça* ». Mais c'est un beau processus et comme disait Eugenia : « *de toutes façons je remercie, même si on ne me paye pas, je remercie que mes mains soient saintes et que je puisse les utiliser de cette façon avec les femmes parce que c'est un privilège* ».

Les différentes *comadronas* interrogées sont très gênées par la question de la rémunération. Elles subissent de nombreuses pressions de la part des centres de santé pour faire payer leur prestation cher, en insistant sur le fait qu'elles ont des responsabilités importantes, qu'il y a des vies en jeu. Il semble que cette volonté d'institutionnaliser le recours à une *comadrona* comme un service payant s'inscrive dans la volonté d'encourager les femmes à recourir aux centres de santé étatique (Ch5.III.2), mais pas seulement. Encourager les *comadronas* à faire entrer leur savoir dans un champ professionnel et dévaloriser conjointement leurs pratiques, leurs connaissances, leurs manières de faire, les contraindre, les menacer... participe à les décourager d'exercer ou à baisser l'estime d'elles-mêmes, à modifier leurs pratiques, ce qui fait baisser leur popularité et diminue la circulation des savoirs ⁴².

**Paulinda, Eugenia - Abalac, Colotenango - 50, 60 ans - mam - Interprète E.
- 29 juin 2014 -**

Paulinda et Eugenia sont comadronas

IE - Elles vont à des cours au centre de santé. On les y oblige, mais elles disent qu'elles ne font pas ce qu'on leur ordonne de faire dans les cours. Elle disent : « *nous savons ce que l'on doit faire. On nous a enseigné ça depuis longtemps. On a fait naître tant de bébés, on a été avec tant de femmes. Ce n'est pas maintenant que le docteur va nous apprendre, ni personne d'autre. Nous avons notre expérience. Et des fois quand on va écouter les cours, le docteur nous parle de faire telle chose avec la mère ou le bébé et nous demande : « vous faites bien ça ? » et nous on répond : « oui on le fait, on le fait », mais nous on ne fait pas ça. On ne peut même pas. En plus eux ils ont leur matériel, nous on fait avec les choses que l'on trouve dans la communauté. [...] Elles disent que par exemple ça a été une sacrée expérience que les docteurs et les infirmiers leur disent : « ne touchez pas le ventre de la femme parce que vous pouvez casser le bébé, n'allez pas le toucher pour essayer de le mettre dans le bon sens ! S'il est debout, il est debout, et ça sera le couteau pour le sortir, s'il est de travers, aussi, il va rester comme ça et ça sera la césarienne. Mais vous n'avez pas le droit de le toucher ! De toucher le ventre de la femme ! ». Mais ça c'est ce qu'ils disent et tout ce qu'ils disent le vent l'emporte ! Parce qu'ils ne connaissent pas nos vies ! ». C'est ce qu'elles disent : « nous sommes allées avec la femme tant de fois, on lui parle, on parle au bébé, on demande au bébé de se mettre dans le bon sens pour ne pas que sa mère souffre en l'ayant. Et peu à peu que nous parlons au bébé, il commence à se rappeler et il bouge, et il retourne à sa place. On masse la femme autant de fois qu'elle le désire. Et au centre de santé ils nous disent : « vous devez faire payer 800 quetzales ou 1000 par accouchement et 25 quetzales chaque soin, parce que ce que vous faites ne doit pas être presque gratuit ». Mais nous on se dit que c'est notre communauté et nous sommes habituées, et nous savons combien les faire payer ». Et donc elles disent : « oui, oui » au docteur mais que même si les femmes ne les paient pas, ne donnent rien, elles leur feront les soins pareil et elles diront au docteur que oui la femme les a payées.*

42. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho » ; Mira Crick, « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ».

Les femmes interrogées critiquent parfois le manque de savoir. Elles ont le sentiment que les femmes indigènes sont privées de savoirs sur leur corps. Elles estiment que leurs parents leur en transmettent peu, et qu'elles ne peuvent pas apprendre autrement faute d'accès à l'école. Elles aimeraient également connaître les secrets des remèdes et techniques des *comadronas*. . . Ces femmes aspirent donc à un accès plus important aux connaissances, pour disposer de plus d'autonomie dans la gestion de leur santé reproductive.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète IE.
- 29 juin 2014 -

IE - Elle dit qu'elle a entendu qu'il y avait certains médicaments, par exemple avec des plantes médicinales, mais on nous les vend par un litre déjà préparé, on ne nous dit jamais quelles sont les plantes et comment préparer. J'ai entendu qu'il y a des boissons naturelles pour ne plus avoir d'enfants.

A - Qui les vend ? Les *comadronas* ?

IE et E - *parlent en mam*

IE - Elle dit que c'est plutôt les *comadronas* qui savent mais elles ne nous apprennent jamais, elles ne nous disent jamais. Et aussi certaines femmes qui ont fait des recherches, ou qui connaissent d'autres endroits, elles en apportent et elles nous le vendent. Mais on ne l'utilise pas beaucoup, et pas toutes les *comadronas* savent.

La confiance que les femmes ont envers les *comadronas* peut provenir du partage d'un même milieu social, de mêmes codes, d'une même langue et de rapports horizontaux. Maintenant, il arrive que par leur formation les *comadornas* transmettent des peurs plus qu'elles ne mettent en confiance⁴³. La marchandisation du travail de *comadrona* est aussi très critiquée, car elle obstrue la diffusion communautaire des savoirs entre femmes. La tendance à rendre les femmes responsables de leur santé reproductive, du succès ou de l'échec des méthodes contraceptives, les encourage à transformer la réalité de leur utilisation, à innover dans les manières de prendre ces méthodes. . . Le savoir des femmes sur leurs corps est essentiel car il permet d'éviter le contrôle familial, communautaire et institutionnel, de mieux négocier les examens et prestations médicales, de mieux partager ses expériences. . .

Joaquima - Ixcul, San Ildefonso Ixtahuacán - 40 ans - mam
- 13 mai 2014 -

Joaquima est comadrona

A - Comment vous avez fait pour ne pas avoir d'enfants durant ces huit ans ?

J - Naturel, sans utiliser de pastille, ni d'injection. Naturellement.

A - En comptant les jours ? Ou comment ?

J - C'est que. . . comme avant je n'avais pas très bien l'expérience de *comadrona*. . . et maintenant oui. . . je peux. . . on m'a expliqué quand les règles coulent, et donc les jours qu'il faut compter dans lesquels on doit faire attention, il y a huit jours, et après on peut s'unir à nouveau. C'est ce que j'ai fait, et ça a fonctionné.

Comme Joaquim, beaucoup des femmes interrogées témoignent de l'idée que l'on peut développer des savoirs sur son propre corps en reconnectant avec des modes traditionnels en train de se perdre, notamment le savoir des *comadronas*, et plus largement la transmission de connaissances entre femmes, par exemple sur l'effet des plantes ou les fonctionnements du cycle menstruel. Certaines femmes, baignées dans une culture plus mayaniste, estiment que ces connaissances sont culturelles et ancestrales. C'est le cas de Fabiana, trente ans, militante féministe mam d'Ixtahuacán, étudiante en travail social, qui a fait réalisé un court travail de

43. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

recherche auprès de *comadronas*. Lorsque nous évoquons mon sujet de thèse, elle m'oriente directement vers des *comadronas* qu'elle identifie « mayanistes » : « *pour comprendre bien tout ça d'un point de vue maya, tu devrais discuter avec des comadronas qui perpétuent la culture, je crois qu'il y en a, mais très peu, à San Juan Atitan surtout. Les comadronas maintenant elles sont presque toutes catholiques ou évangéliques* ». Elle ajoute : « *j'ai entendu qu'avant ce que nous on appelle « l'invasion », la conquista espagnole donc, les femmes utilisaient le calendrier maya⁴⁴ pour planifier. Et donc elles n'avaient pas autant d'enfants comme maintenant. Mais après, avec la religion, elles ont commencé à avoir beaucoup d'enfants, parce que cette pratique de suivi du calendrier s'est perdue* ». Plus tard, je lui parle du fait que des personnels de santé envisagent la culture indigène comme spécifiquement machiste. Fabiana ajoute alors à son premier argumentaire l'idée qu'avant il existait une forme d'harmonie chez les peuples mayas et que ce n'était pas une culture machiste. Selon elle, le machisme s'est développé avec la *conquista* et s'est accentué pendant la guerre. Elle illustre cela en m'expliquant que selon ses sources, « *avant, chez les mayas, les k'iche's principalement, les prêtres mayas suivaient tout le processus de l'accouchement, par exemple, l'homme ne devait pas toucher la femme en post-partum* ». Selon elle, les *comadronas* évangéliques et catholiques ont des pratiques différentes des mayanistes parce que « *les comadronas catholiques utilisent encore un peu de la culture qu'on leur a transmise, tandis que les comadronas évangéliques rejettent tout de la culture, et aussi elles disent qu'il ne faut pas planifier, qu'il faut faire ce que Dieu dit* ». Elle m'explique qu'avant on ne payait pas la prestation de la *comadrona*, c'était un service communautaire entre femmes. Puis, quand c'est devenu un service payant, on a différencié le prix en fonction du sexe du bébé. Elle a entendu qu'aujourd'hui les *comadronas* font payer la même chose quel que soit le sexe car elles reçoivent des formations d'égalité homme-femme dans les réunions régulières auxquelles elles doivent assister au centre de santé pour pouvoir exercer. Fabiana précise qu'avant, le fait d'être *comadrona* était considéré comme un don avec lequel on naissait. La *comadrona* enseignait à sa fille, qui naissait avec le don de son métier, et ainsi de suite. Maintenant, qu'elles sont formées au centre de santé, beaucoup deviennent *comadronas* alors qu'elles n'ont pas le don, ce qui exaspère quelques fois les *comadronas* des générations précédentes. Elle dit que ces *comadronas* qui naissent sans le don ne détectent pas bien les problèmes et cela fait augmenter la morbidité et la mortalité materno-infantile. Elle m'explique que les *comadronas* qui naissent avec le don ont un certain savoir. Par exemple, elles savent quand et comment faire un massage spécial à la femme dans le *chuj* pour retourner le bébé. Elle me raconte que la *comadrona* de sa mère pour ses premiers enfants était aveugle mais qu'elle connaissait énormément de remèdes, qu'elle savait très bien masser, accompagner, faire les soins. Pour les derniers enfants, sa mère s'est faite accompagner par une *comadrona* formée par le centre de santé qui n'avait pas le don, et elle avait dû être transportée d'urgence au centre de santé où l'accouchement ne s'était pas bien passé. Les *comadronas* se déplacent directement chez les femmes si elles ont besoin pour les visites. Fabiana me raconte : « *la comadrona donne à la femme une attention qui est unique, ce n'est pas comme à l'Hôpital. C'est comme un traitement psychologique je dirais. À l'Hôpital, ils te donnent juste une blouse et ils te laissent là, seule dans le froid* ».

Dans tous les récits des femmes émergent des expériences de mauvais traitements, de manque d'attention, de discrimination à l'Hôpital. La crainte d'y mourir devient alors une menace réelle et construit les représentations et les rapports des femmes aux structures de santé (Ch11·I·1).

44. Ce que Fabiana entend par calendrier maya c'est le calendrier k'iche', largement réinvesti par le mouvement pan-mayaniste, qui l'a érigé comme le calendrier utilisé par tous les peuples dits mayas, bien que certains d'entre eux utilisaient jusqu'après la *conquista* d'autres types de calendriers ou de modèles de représentation temporelle (dans la région de Huehuetenango, on peut citer par exemple le cas du calendrier Akateco).

Carmela - Abalac, Colotenango - 39 ans - mam - Interprète E.

- 30 juin 2014 -

IE - Elle dit qu'elle a eu ses accouchements à la maison, qu'elle n'a pas eu trop de complications. C'est vrai qu'elle a eu la douleur de l'accouchement et tout. Elle dit que : *« quand j'ai eu mes enfants, j'ai senti que j'allais mourir mais j'ai réagi, et grâce à Dieu je ne suis jamais allée à l'Hôpital parce que je n'aime pas l'Hôpital. Les femmes n'y vont pas... parce que je sens aussi que si je meurs, je dois mourir chez moi, parce que de toutes façons je sortirai morte aussi de l'Hôpital »*.

A - Comment ça ?

IE et C - *parlent en mam*

IE - Elle dit que nous n'allons pas à l'Hôpital parce que nous pensons que nous allons sortir mortes de l'Hôpital. Parce qu'il y en a beaucoup qui sortent mortes de là-bas. Donc nous disons : *« il est préférable que je meure dans ma propre maison plutôt que d'aller mourir à l'Hôpital. Et qu'après, à l'Hôpital, ils demandent de l'argent et je sais pas quoi d'autre pour que nous puissions sortir nos corps. Sinon ils gardent nos corps, et qui sait ce qu'ils font avec. Par contre, ici, on m'enterre dans mon terrain et voilà »*. Donc elle dit : *« nous avons peur que nous sortions mortes de là-bas et qu'on nous observe, qu'on nous regarde. Et l'autre chose c'est que je crois qu'en tant que femmes nous pouvons nous donner de la valeur à nous-même et nous donner de la force pour que nos enfants naissent à la maison. Et en plus nous sommes dans une communauté éloignée, nous préférons ne pas voyager dans un état difficile. Alors qu'ici j'ai mes enfants près de moi, j'ai mon lit, on me met dans le chuj, je suis dans ma propre maison »* [...] Elle pense que les femmes indigènes subissent plus de discriminations que les femmes *ladinas*. Parce qu'elle dit que beaucoup de femmes ont raconté que les docteurs n'ont pas de patience. Parce que nous ne savons pas parler. Ils disent aussi que nous sommes bêtes, que : *« pourquoi tu as un tas d'enfants et que tu ne te protèges pas plutôt! ? »*. Et comme des fois on ne comprend pas quand on nous demande de faire quelque chose comme *« va te laver! »*, on ne fait rien, parce qu'on ne comprend pas ce qu'ils disent. Donc ils nous laissent là et ils ne s'occupent plus de nous, ils préfèrent s'occuper de quelqu'un qui les écoute mieux, qui les comprend mieux. Ils nous rejettent parce que nous sommes des femmes indigènes, nous ne parlons pas bien. Et je me suis rendue compte que les femmes qui vont là-bas doivent demander à quelqu'un qui sait parler espagnol de rester pour que les médecins fassent quelque chose pour elles, sinon ils la laissent comme ça, personne ne s'occupe d'elle. C'est pour cela que beaucoup de femmes meurent là-bas, parce que personne ne s'occupe d'elles, personne ne comprend ce dont elles ont besoin. C'est pour ça que nous n'allons pas là-bas, qu'on ne veut pas rester seule, enfermée dans un hôpital. C'est pour cela que j'espère ne jamais aller dans un hôpital, je ne veux pas qu'on me maltraite »...

Les préjugés envers les patientes pauvres et racisées, et l'autoritarisme des personnels de santé envers elles, limitent la prise en compte réelle de la réalité et de la subjectivité de celles-ci. Désireux de calquer des modèles normatifs souvent inadaptés, les conséquences en terme d'accès aux droits reproductifs des femmes sont souvent désastreux. Ce phénomène découle de la stigmatisation des patientes ciblées par les programmes, du manque de moyens alloués à l'accès au soin et à l'éducation, des tensions qui émergent dans le cadre des rencontres entre personnels médico-sociaux et patientes souvent suite à des violences exercés par les premiers sur

les secondes. . . Toutes les femmes interrogées témoignent de leur manque de confiance envers les institutions, et regrettent de ne pas toujours réussir à résister aux pressions auxquelles elles sont exposées au sein des structures de santé. Les personnels médico-sociaux qui y exercent gèrent les questions liées à la sexualité et à la procréation des patientes de manière publique, massive, uniforme, impersonnelle et inadaptée. Ils enracinent ainsi l'idée d'une appartenance collective du corps des femmes indigènes, alors qu'elles cherchent au contraire à gagner en droits, en autonomie et en force dans leur vécu, et particulièrement dans leur gestion corporelle, sexuelle et reproductive.

Les femmes indigènes évoluent dans des conditions de vie très difficiles, et leur parcours reproductif est entrecoupé d'événements violents ou de situations tragiques, souvent entremêlés, telles que des fausses-couches à répétition, un décès, une déresponsabilisation paternelle, une situation de précarité extrême, un travail intensif. . . Les contrôles familiaux, communautaires et institutionnels sur la reproduction constituent des violences supplémentaires auxquelles elles font face, qui visent à nier leur citoyenneté thérapeutique. Or, les femmes auprès desquelles a été menée cette enquête aimeraient obtenir des droits sociaux, notamment en terme d'accès à la santé, à l'éducation, à un environnement et des conditions de vie dignes, à une sécurité contre la déresponsabilisation paternelle et les différentes formes de violences. Elles aimeraient disposer d'informations, de services, d'attention, de matériel et de produits de qualité dans le cadre de l'accompagnement à la planification familiale, pour accéder à plus de libertés dans la gestion de leur sexualité, de leur reproduction, de leur vie. Les expériences de contrôles reproductifs transforment leur subjectivité, aussi autour d'une signification partagée de l'expérience reproductive, et par l'alimentation de réseaux informels d'information et de solidarité. Le renvoi de tous côtés à leur condition reproductive alimente finalement un sentiment d'appartenance à une identité sociale féminine indigène, qui permet de manœuvrer et parfois contourner les injonctions tant familiales et communautaires qu'institutionnelles pour gagner en autonomie.



Cinquième partie

Des violences et des citoyennetés
post-conflit

Dans les parties précédentes, il a été identifié un ensemble de violences auxquelles les femmes indigènes étaient exposées, y compris dans l'exercice de leurs droits reproductifs. Dans cette dernière partie, il s'agira de traiter l'ampleur et les formes de ces violences, ainsi que leur impact sur la citoyenneté, dans sa négation comme dans son affirmation. Comment les violences s'inscrivent-elles historiquement et dans les différents espaces sociaux ? Relèvent-elles de tensions identitaires ? De tensions sociales ? En quoi l'État participe-t-il de ces violences ? Quels choix de vie s'offrent aux femmes dans ce contexte particulier ? Comment les femmes interprètent-elles ces violences et comment y résistent-elles ? En quoi la violence se mêle à la question reproductive dans un moment spécifique de lutte pour la reconnaissance du génocide ? Comment se reconfigurent les questions politiques et le pouvoir dans les communautés à partir de ces enjeux ? Quels sont les impacts sur la vie sociale et citoyenne des femmes ?

Chapitre 11

Un continuum de violences

On l'a vu en première partie, les consultations prénatales et postnatales dans les centres de santé sont rendues obligatoires et déterminent l'accès pour les femmes à de potentielles aides sociales (Ch5-IV-3). Toutefois, si les femmes interrogées y assistent immanquablement, c'est avant tout parce qu'elles sont persuadées que ne pas s'y présenter les confronterait, elles et leurs familles, à des poursuites policières ou judiciaires. Lors des entretiens, les inquiétudes qu'expriment ces femmes d'être ainsi soumises à une forte répression si elles ne font pas ce que les institutions de santé attendent d'elles sont nombreuses. Peu d'entre elles résistent aux injonctions entendues dans les structures médicales de peur « *qu'on [leur] envoie les militaires* » ou encore « *qu'on [les] mette en prison* ».

Ces craintes de répression sont d'autant plus marquées qu'elles font écho à la fois à la mémoire de la guerre et à la fois à la forte militarisation du département de Huehuetenango, à l'instar d'autres territoires ruraux à forte population indigène, où éclatent des conflits autour de l'implantation d'entreprises étrangères minières et hydroélectriques. Les populations locales s'opposent fermement à ces implantations compte tenu de la dévastation environnementale et sociale qu'elles produisent, du caractère illégal de certaines de leurs activités comme l'expropriation des terres, mais aussi des exactions commises par les entreprises pour asseoir leur autorité, allant jusqu'à l'assassinat de *leaders* communautaires. Ces entreprises, jamais inquiétées par les pouvoirs publics guatémaltèques, protègent également leurs employés lorsqu'ils violentent sexuellement les femmes des communautés environnantes. Dans un pays miné par la corruption et les relations clientélistes, une partie des populations locales ressent un lien direct entre l'impunité des atteintes actuelles qui leur sont faites et celle des violences qu'elles ont vécues durant le conflit armé. D'autant que, nonobstant le statut légal des consultations communautaires qui votent massivement le retrait de ces entreprises des territoires autochtones, celles-ci ne sont jamais respectées. Ce mépris des consultations a accru des mobilisations au sein des communautés, réprimées violemment par les militaires et paramilitaires de la région. Ces paramilitaires, issus des populations locales, cherchent à tirer un profit économique ou politique à l'implantation de ces entreprises. Certains s'étaient déjà constitués en milices durant le conflit armé, avaient commis des crimes, notamment des viols, au sein de leur communauté ou dans les communautés environnantes. Ils n'ont jamais été punis pour cela. Aussi, les femmes indigènes guatémaltèques sont exposées à de multiples violences, de diverses formes et dans différents espaces sociaux. Comment ces violences s'inscrivent-elles dans les rapports à la planification familiale de ces femmes ? Et en quoi l'expérience sociale violente d'une appropriation corporelle et d'un contrôle institutionnel à travers les programmes de santé reproductive participe-t-elle d'un ensemble plus large de violences ?

Pour Taussig, les violences coloniales découlent d'une volonté d'hégémonie politique et d'exploitation politique. Déshumaniser le colonisé permet d'institutionnaliser la terreur en exerçant sur lui une violence démesurée, qu'elle soit symbolique ou directement appliquée sur les corps¹. Le « continuum de violence » conceptualisé par Bourgois et Scheper-Hughes permet de comprendre comment les violences politiques s'inscrivent dans des formes à la fois symboliques, structurelles, directes et ordinaires². Il existe des relations entre les formes diverses de violences, qui interagissent et posent les conditions de production de formes de violences quotidiennes, non-institutionnalisées³.

I Les dangers des institutions étrangères et *ladinas* : entre mythes et réalités



Équipement Aprofam - Centre de santé de San Ildefonso Ixtahuacán

Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam - 12 mai 2014 -

F - Je n'ai pu avoir que deux enfants. Donc je prie Dieu pour qu'il ne leur arrive rien. Parce que je connais une dame qui n'avait qu'un seul enfant et il est mort de maladie. On ne sait jamais quoi faire face à la maladie... En bas du village, il y a une rivière avec beaucoup de moustiques. Des infirmiers sont venus à l'école d'en bas pour faire des prises de sang aux enfants pour voir s'ils avaient le paludisme. Mais les gens se sont réunis et ont encerclé les instituteurs en les accusant d'avoir permis que ces personnes entrent à l'école.

A - Pourquoi ne voulaient-ils pas qu'ils entrent ?

1. Taussig, « Culture of Terror--Space of Death. Roger Casement's Putumayo Report and the Explanation of Torture ».

2. Scheper-Hughes et Bourgois, *Violence in War and Peace*.

3. Meudec, « Corps, violence et Politique en Haïti ».

F - Ils disaient que ces infirmiers prélevaient le sang des enfants pour le vendre ou d'autres disaient : « *qui sait ce qu'ils veulent faire avec nos enfants avec ces injections* ». Donc ils se sont organisés et ont empêché ce programme de se finaliser. Dans la communauté où je travaille, le centre de santé a organisé un programme pour vacciner du tétanos les jeunes filles de plus de onze ans, comme maintenant elles sont enceintes très jeunes. Plusieurs mères sont venues et ont refusé en disant que le vaccin était pour empêcher leurs filles de faire des enfants. Je leur ai expliqué que c'était pour le tétanos, mais ces mères m'ont répondu : « *c'est ce qu'on vous a dit, mais qu'est ce que vous en savez ?* ». Et c'est vrai que je ne sais pas pourquoi ils n'attendaient pas que les femmes soient enceintes pour leur faire ce vaccin, comme ça se fait normalement. Ça m'a laissé le doute.

A - Ces personnes n'ont pas confiance envers les personnels de santé. . . Il y a une raison particulière selon toi ?

F - Oui, c'est sûr qu'il y a une origine à ça. Beaucoup de gens ont vécu des discriminations. Donc peut-être que c'est de là que viennent les doutes. Après il y a les morts inexplicables aussi. Et donc les gens ont peur. S'ils vont à l'Hôpital, ils ont peur qu'on sorte leurs organes pour les vendre. Comme ils savent que leur vie n'importe à personne. Ils n'ont pas confiance... qu'on vienne les vacciner, juste comme ça. . . il doit y avoir une autre raison. Il y a même des remarques sur le fait qu'ils veulent nous exterminer, comme pendant la guerre. Mais surtout, ils disent que ces vaccins nous stérilisent. C'est pour ça qu'ils acceptent ces vaccins parfois pour eux-même, mais pour les enfants ils préfèrent refuser.

A - Tout ça à quelque chose à voir avec le conflit armé ?

F - Beaucoup, c'est très lié à ça je crois. Parce qu'il faut voir dans quelles conditions vivent la majorité des gens ici. Sans eau, encore moins d'eau à cause de la mine, la mine qui contamine l'eau, la mine qui les exploite. Ils ont voulu que la mine parte, alors ils arrêtent d'y travailler, mais il n'y a pas d'opportunités. Alors ils partent au Nord (USA, Mexique), ou ils travaillent à nouveau à la mine, ils n'ont pas beaucoup d'options. Beaucoup ont des infections respiratoires. Beaucoup meurent de ça. D'autres meurent dans les tunnels. D'autres restent invalides. C'est arrivé au fils d'une amie. Son pied est resté sous une pierre. On s'est battu pour que l'entreprise [minière] lui donne quelque chose en compensation. Ils ont payé une partie de l'opération, mais rien de plus. On lui a mis un pied en métal à la place, mais il n'est déjà plus fonctionnel, et l'entreprise ne veut plus rien donner, et on ne peut rien faire pour le fils de mon amie. Il ne peut plus travailler et il a quatre enfants. Alors, comment il va trouver de l'argent pour les nourrir ? Ils ont déjà vendu un bout de leur terrain pour payer une partie de l'opération. Il y a une autre famille aussi où le monsieur a eu un accident en travaillant à la mine. L'entreprise n'a rien voulu savoir cette fois-ci. Le monsieur avait la colonne fracturée, il ne pouvait plus se lever. Sa femme a tout fait pour chercher de l'argent. Elle a travaillé, elle a emprunté, elle a vendu le terrain qu'ils avaient, elle a vendu tout ce qu'ils avaient. Mais elle n'avait plus rien pour nourrir ses enfants. Elle ne pouvait plus rester comme ça. Le monsieur la suppliait de le pardonner, de garder patience, qu'il finirait par guérir. Mais elle n'avait plus d'espoir, alors elle est partie avec un autre homme, qui pouvait l'aider avec ses enfants. C'est des situations que les gens vivent, ici. Les promesses de la mine, des politiciens. . . Les gens ne sont pas si ignorants, comme on nous dit toujours. Les gens ici se mettent à penser : « *ils nous rendent malades et après ils nous apportent des vaccins ?* ». Comment vont-ils encore faire confiance ? Il y a tant de besoins ici, nous les mères de famille nous vivons dans des conditions telles que. . . Et nous manquons beaucoup de. . . d'auto-estime.

Peut-être que l'on est éduqué à ce que l'on ne doit rien dire et cacher les choses. Parce qu'avec cette crainte ou la peur... C'est la maladie dont nous sommes affectées pour tout ça. Elle a une origine aussi. Elle a beaucoup à voir avec tout ça. Maintenant dans le processus de paix, de la signature de paix, c'est des choses que l'on voit. Parce que, réellement, on espérait quelque chose, un quelconque changement... Ce que les gens disent, c'est qu'ils se rendent compte que ce que le gouvernement veut c'est que l'on se déplace, qu'on migre ailleurs et qu'on voie ce qu'on peut faire. Ils appliquent des programmes, mais nous on sait. Comme s'ils nous voyaient... comme s'ils étaient attentifs à nos besoins... ils ne les connaissent même pas... et quand on les réclame, ils nous font taire.

1 L'origine des rumeurs

Souvent, les réticences des personnes indigènes à se rendre dans des structures médicales ou à utiliser des méthodes contraceptives médicalisées sont interprétées par les responsables institutionnel-le-s et leurs personnels, comme une méfiance de « *tout ce qui est étranger, de tout ce qu'ils ne connaissent pas* ». Cette affirmation est parfois en partie confirmée par les personnes indigènes lors des entretiens dans les communautés. Toutefois, ces personnes font part de ce manque de confiance envers les institutions à partir d'arguments précis. Elles évoquent les maltraitements qu'elles y ont vécu, la corruption ou le manque de formation des personnels. Cela relève de la réalité qu'elles ont directement observée. D'autres évoquent les histoires qui existent sur ces institutions, telles que les violences sexuelles auxquelles les femmes indigènes seraient exposées ou encore les risques de se faire voler son enfant lors de l'accouchement. Si les personnes reconnaissent volontiers que ces derniers faits ne sont pas si courants dans les structures et relèvent le plus souvent de la rumeur, il est clair à leurs yeux qu'ils existent. En premier lieu, parce qu'ils ont existé dans une proportion importante dans le contexte du conflit armé, surtout dans les années 1980. À cette époque, les violences sexuelles perpétrées par des représentants d'institutions ont marqué des communautés entières. Dans les casernes, les femmes étaient parfois mises en esclavage sexuel par les militaires. Dans les structures de santé, de nombreuses femmes indigènes ont subi des avortements et des stérilisations forcées. De nombreux enfants ont été volés à leurs parents pour être « offerts » à des para-militaires qui ne pouvaient en avoir⁴.

Encore aujourd'hui, des faits similaires existent, plus marginalement. La presse relaie régulièrement des cas d'agressions sexuelles par des gynécologues, ou d'adoptions illégales au sein des hôpitaux. Durant mon terrain de recherche plusieurs personnels de l'Hôpital ont d'ailleurs été arrêtés pour des faits de ce type⁵, d'autres faits m'ont été rapportés par des témoins directs. L'Hôpital est perçu, on l'a dit, comme un lieu où l'on sera sûrement mal pris en charge si on n'a pas d'argent, si on est une femme, si on est indigène. Il est aussi perçu comme un environnement où l'on risque de subir des maltraitements et des violences de toutes sortes, y compris sexuelles. Enfin il est perçu comme un lieu où il est possible de mourir, mais aussi de se faire voler son

4. On peut voir sur ce sujet le documentaire *Distancia* de Sergio Ramírez qui accompagne les retrouvailles entre un paysan ki'che' et sa fille unique, qui avait été enlevée par l'armée durant la guerre, vingt ans plus tôt. Le père s'aperçoit alors qu'il est incapable de communiquer avec sa fille, car elle ne parle que la langue de son père adoptif, un para-militaire kek'chi. La distance entre les deux protagonistes est alors non-seulement physique, mais aussi historique, politique et culturelle ; Ramírez, *Distancia*. Pour une analyse du film, on pourra lire l'article de Dante Liano : Liano, « Localismos y cosmopolitismos en la película «Distancia» de Sergio Ramírez ».

5. www.seguridadenamerica.com.mx/seguridad-privada/noticia-30064-hospitales-refuerzan-sistemas-de-seguridad

enfant ou ses organes⁶.

Nous avons vu dans la partie précédente que, pour de nombreuses personnes interrogées, l'idée de mythe ne renvoie pas directement au faux mais à l'hypothèse. La rumeur n'est pas simplement un énoncé flottant susceptible d'une interprétation symbolique⁷. Nancy-Scheper Hughes suggère dans ses travaux que les rumeurs sur le vol et le trafic de bébé ou les morts par manque de soin à l'Hôpital, résultent d'une interpénétration de la fiction et de la réalité. Ces rumeurs viennent alimenter une culture de la peur et de la suspicion. À propos de la sorcellerie, Ayimpam écrit que des événements brutaux inexplicables apparaissent dans la vie de personnes qui vivent dans une insécurité quotidienne en raison de leur exposition à la pauvreté, à la violence, à la maladie... Dans ce contexte, ces personnes ont l'idée que d'autres personnes, ou entités, possèdent la capacité de faire le mal par des moyens invisibles. Les rumeurs sont alors l'expression d'un danger tangible, marqué par une souffrance réelle, et concomitant à une anxiété permanente⁸.

Les mauvaises expériences des personnes pauvres dans les milieux hospitaliers nourrissent l'incertitude, l'impuissance et le sentiment de vulnérabilité concernant le destin de leurs corps. Elles ont le sentiment que leur corps et ceux de leurs enfants sont considérés comme « exploitables », et cela les inquiète⁹. Les inquiétudes augmentent face au constat, qu'aux yeux des institutions, leurs enfants pauvres sont des personnes « en trop », potentiellement néfaste à la paix sociale¹⁰. Au Guatemala, l'expérience génocidaire et le racisme prégnant renforcent d'autant plus la défiance vis-à-vis des intentions du secteur médical. Les rumeurs de vols d'organes d'enfants pauvres, décrits par Scheper-Hughes, émergent au Brésil dans un contexte de menaces physiques, dont les « disparitions » qui touchent ces populations. De plus, dans ce contexte, les soins médicaux disponibles ne palliaient en rien le manque d'eau et de nourriture, les conditions de travail insoutenables, les mauvais traitements des forces armées et policières. Au contraire, les médicaments fournis affectaient parfois plus les corps qu'ils ne les soignaient. Aussi, les rumeurs diverses sur le danger des soins et des produits médicaux peuvent être envisagées comme l'expression d'une intuition des populations pauvres. Afin de se maintenir en vie, il deviendrait salutaire d'entretenir une méfiance envers des institutions plus disposées à exploiter et à s'appropriier des corps qu'à protéger des individus, comme le formule Fernanda dans l'entretien cité plus haut. Ces rumeurs s'inscrivent dans une insécurité ressentie, dans un contexte où l'horreur est banalisée, où la violence et ses expressions déconcertantes sont normalisées pour les personnes qui ont le sentiment confirmé d'être insignifiantes aux yeux de l'État. Cette violence revêt deux formes entremêlées, celle des techniques de terreur par la répression, en fusionnant par exemple la figure du mauvais sujet criminel-délinquant et du protestataire (Ch6·I·1), et celle de la violence ordinaire¹¹. Les rumeurs sur le vol d'enfants et d'organes des pauvres racisés du Sud, à destination des riches blancs du Nord, s'inscrivent dans un contexte répressif de protection capitaliste et néo-libérale¹². À Huehuetenango, les mêmes craintes sont très largement exprimées, d'autant plus que nombre de personnes indigènes ont expérimenté des formes dures d'exploitation, de violence, de maladies, de souffrances dans les plantations

6. On peut voir sur ce sujet le film guatémaltèque *Ixcánul*, qui met en scène le vol de l'enfant d'une jeune femme indigène qui accouche dans une structure publique de santé. Cette fiction témoigne de la prégnance de cette réalité qui marque la société guatémaltèque : Jayro Bustamante, *Ixcánul*.

7. Bonhomme, « Alerte aux voleurs de sexe ! Anthropologie pragmatique d'une rumeur africaine ».

8. Ayimpam, « Enquêter sur la violence . Défis méthodologiques et émotionnels ».

9. Scheper-Hughes, « Mourir en silence [La violence ordinaire d'une ville brésilienne] ».

10. Scheper-Hughes et Sargent, *Small Wars*.

11. Scheper-Hughes, *Death Without Weeping*.

12. Scheper-Hughes et Bourgois, *Violence in War and Peace*.

agricoles de grands propriétaires terriens, dans les mines des multinationales, dans la migration clandestine aux États-Unis. . . Ces rumeurs réfèrent au sentiment que les puissants cherchent à exploiter leurs corps totalement ¹³.

Ces craintes sont aussi alimentées par d'autres faits ayant eu cours au Guatemala. De 1946 à 1948, des expérimentations médicales non-consenties ont été réalisées sur des populations guatémaltèques, par un programme de recherche états-unien. Les chercheurs avaient alors inoculé secrètement et délibérément des infections sexuellement transmissibles : la blennorragie (gonorrhée), la syphilis et le chancre mou. On a ainsi contaminé, à leur insu, des soldats de l'armée, des prostituées, des prisonniers et des personnes internées en hôpital psychiatrique. L'étude aurait entraîné 83 décès ¹⁴. L'objectif de l'étude était d'observer le développement de la maladie et de tester différents traitements disponibles pour ensuite les utiliser sur les soldats états-uniens mobilisés pour la guerre froide. La blennorragie est transmissible de la mère à l'enfant et peut provoquer des infections articulaires, des cécités ou une infection sanguine potentiellement mortelle ¹⁵. Elle peut aussi abîmer les organes reproducteurs. Or, au Guatemala, les traitements médicaux pour ces maladies sont très chers. En 2010, Hillary Clinton a présenté des excuses publiques au nom des États-Unis pour ces expérimentations menées par un programme de recherche accrédité par son pays ¹⁶. Toutefois, les victimes n'ont obtenu ni compensation, ni paiement des traitements ¹⁷. Selon le journal *El Periódico* ¹⁸ et le rapport d'une association médicale espagnole ¹⁹, des recherches médicales expérimentales non-consenties ont également concerné des cas de stérilisations féminines. Ces stérilisations expérimentales, réalisées dans un hôpital public en 1974, ont été financées par le Population Council ²⁰.

Une dimension importante des rumeurs vise à dénoncer le manque d'informations bio-médicales concernant les traitements expérimentaux. Cette dissimulation accroît la méfiance entre les populations et les « élites biomédicales » ²¹. Aussi, les rumeurs qui alimentent la méfiance des populations envers les institutions bio-médicales adviennent dans des contextes socio-historiques spécifiques. Elles reflètent un passé incorporé et un vécu présent, elles sont significatives de rapports réels de domination inscrits dans l'histoire sociale ²².

Les rumeurs sur les ambitions stérilisatrices, voire exterminatrices, des institutions *ladinas* et étrangères sont très présentes dans les communautés indigènes, comme en témoigne plus haut Fernanda. Ces rumeurs ne sont pas si surprenantes au sortir d'un conflit armé dont la portée génocidaire est reconnue internationalement, et en partie nationalement. En 1984, l'évêque Gerardo Flores accuse les États-Unis d'avoir distribué à des populations pauvres des aliments contenant des substances stérilisantes ²³. Les rumeurs concernant la présence de pro-

13. Scheper-Hughes, « Mourir en silence [La violence ordinaire d'une ville brésilienne] ». p.72.

14. Benkimoun, « Quand Washington trouvait ses cobayes humains au Guatemala ».

15. Subramanian, « Les terribles expérimentations scientifiques que les Américains n'ont pas osé faire aux Etats-Unis ».

16. web.archive.org/web/20101003044920/http://www.state.gov/secretary/rm/2010/10/148464.htm

17. Subramanian, « Les terribles expérimentations scientifiques que les Américains n'ont pas osé faire aux Etats-Unis ».

18. Equipo de investigación, « Guatemaltecas fueron esterilizadas sin su consentimiento debido a políticas de EE.UU ».

19. Alfredo Embid, « Del control de natalidad al genocidio ».

20. Fondation fondée par John D. Rockefeller III sur le thème de la surpopulation et de la planification familiale.

21. Chabrol, *Prendre soin de sa population*.

22. Fassin, « Entre désir de nation et théorie du complot. Les idéologies du médicament en Afrique du Sud ».

23. www.fadep.org/principal/salu/informe-denuncia-esterilizaciones-en-mujeres-guatemaltecas-sin-su-consentimiento/

duits stérilisants ou toxiques dans la nourriture destinée aux populations indigènes sont assez récurrentes. *L'Incaparina* est une boisson industrielle à base de maïs à diluer dans de l'eau. Elle a été très diffusée dans les communautés indigènes du fait de son faible coût, son mode de conservation et ses valeurs nutritionnelles vantées dans des panneaux publicitaires à destination des populations rurales. À sa diffusion, ce produit a été fortement soupçonné dans les communautés d'être la cause de maladies touchant les enfants, qui en mouraient parfois. Les médecins interrogés à ce sujet estiment que ces morts ont été provoquées par une « *mauvaise utilisation du produit, probablement dilué avec de l'eau contaminée* ». Toujours est-il que la promotion de ce type de produit industriel, venant transformer les régimes alimentaires locaux, a réellement été à l'origine de mortalité infantile, ce qui a alimenté les rumeurs sur le danger vital pour les enfants des communautés de produits alimentaires ostensiblement destinés aux populations indigènes²⁴. Ce n'est alors pas un hasard que des femmes indigènes sous contraception médicalisée, souffrant de divers maux, expérimentant des fausses couches répétées, ne parvenant plus à tomber enceintes, estiment que les méthodes contraceptives médicalisées qu'on leur fournit ont un effet stérilisant et toxique sur leur corps (Ch9-IV). Cette perception est la combinaison de leur imprégnation par des rumeurs déjà existantes (qu'elles diffuseront alors probablement à leur tour), de l'expérimentation corporelle réelle, et d'un vécu socio-historique particulier en tant que femme indigène dans la société guatémaltèque.

2 Expériences indigènes des mauvais traitements

**Catia - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 ans - mam - Interprète F.
- 12 mai 2014 -**

Catia avait migré dans une grande ville à plusieurs heures de sa communauté quand elle est tombée enceinte pour la première fois. Elle s'est rendue à l'Hôpital pour accoucher, car elle avait fui la maison du père du bébé, vivait dans une chambre minuscule, et ne connaissait pas de *comadrona* qui pouvait l'accompagner pour la naissance de son enfant. Elle estime que cet accouchement a été la pire expérience de sa vie. Les contractions étaient très fortes mais le médecin l'a obligée à rester dans la salle d'attente, où elle a fini par accoucher seule. Un infirmier est arrivé pour recueillir l'enfant et Catia s'est évanouie. Elle s'est réveillée douze heures plus tard dans une chambre, et son enfant n'était pas là. Malgré ses réclamations, Catia n'a pu voir sa fille qu'au bout du troisième jour passé à l'Hôpital. Elle fut alors surprise de s'apercevoir que le bébé portait d'autres vêtements que ceux qu'elle avait apportés. L'infirmière qui amenait l'enfant hésitait à le donner à Catia, car le lit où elle était portait le nom d'une autre femme. L'infirmière est de nouveau ressortie avec l'enfant pour vérifier si Catia était bien sa mère. Une autre infirmière est venue deux heures plus tard avec l'enfant. Une voisine de chambre de Catia a alors commencé à suggérer à Catia que peut-être l'enfant n'était pas le sien, mais celui de la femme dont le nom était inscrit sur le lit. Cette voisine ajouta qu'elle avait accouché huit fois dans cet Hôpital et qu'elle savait qu'ils échangeaient parfois les bébés. Elle raconta alors à Catia qu'un jour, elle avait accouché d'un garçon, qu'on le lui avait enlevé pendant deux jours, puis qu'on lui avait ramené une fille à la place. Malgré ses réclamations elle n'avait rien pu faire et elle était repartie avec la petite fille. Catia pensa alors que, d'après les indices qu'elle avait, il était possible que l'enfant qu'on lui avait apporté ne soit pas le sien.

24. On peut faire un parallèle à ce sujet avec la promotion du lait Nestlé dans les DOM, présenté comme meilleur que le lait maternel des femmes pauvres. Du fait de la pratique de dilution dans de l'eau non-potable, il provoqua la mort de très nombreux nourrissons Vergès, *Le Ventre des femmes*.

Ses doutes se sont renforcés, parce qu'à partir d'un certain âge, elle sentait que sa fille ne l'aimait pas trop, qu'elle la méprisait. Douze ans plus tard, le doute persiste chez Catia, comme chez sa famille, y compris chez sa fille, même si elle lui répète souvent que ça ne change rien pour elle. Si les bébés ont été échangés, Catia aimerait toutefois savoir si sa fille biologique va bien. Elle pense que ce potentiel échange de bébé relève plutôt d'une négligence que d'une action délibérée. Elle estime cependant, que cette situation est caractéristique de l'insignifiance que représentent les patientes indigènes aux yeux des personnels de soin : « *même s'ils n'ont pas échangé mon bébé, ils ne m'ont pas laissé le voir pendant trois jours, ils m'ont laissé avec le doute, et ils m'ont laissé accoucher toute seule dans la salle d'attente !* »

La discrimination, la négligence et les mauvais traitements dont sont victimes les femmes indigènes à l'Hôpital constituent la base propice pour le développement de doutes sur les intentions de ces structures, doutes sur lesquels s'installent facilement les rumeurs. Le manque d'informations et de communication est une première maltraitance que les femmes indigènes affrontent dans les centres de santé. Or, ce manque de communication, parfois délibéré, tend à provoquer ou faire apparaître des rumeurs. Plusieurs jeunes filles indigènes de l'internat où je logeais à Huehuetenango prenaient des pilules prescrites par un médecin pour des raisons de régulation hormonale. En discutant avec elles de ces pilules, je leur apprendis que ce sont des pilules contraceptives. Ces jeunes filles étaient vierges et pratiquaient l'abstinence comme moyen de contraception. Méfiantes de la démarche du médecin qui n'avait prévenu aucune d'elles du caractère contraceptif de ces pilules, elles s'inquiétèrent alors que celles-ci les rendent stériles et commencèrent à évoquer ces doutes à d'autres jeunes filles de l'internat. Certaines de ces jeunes filles refusèrent alors d'utiliser ces pilules, doutant des intentions exactes du médecin qui les leur avait prescrites sans les informer sur la nature exacte du médicament. Rosi évoque elle aussi cette désinformation sur la portée stérilisante d'un médicament qui lui a été administré à l'Hôpital :

**Rosi - Batzalom, Todos Santos - 36 ans - mam - Interprète IR.
- 15 avril 2014 -**

IR - Rosi dit qu'à cause des allergies étranges dont elle parlait, elle a dû aller à l'Hôpital. Là-bas on lui a fait des injections régulièrement pour soigner ses allergies. Après cette maladie, elle n'a plus eu d'enfants.

IR et R - *parlent en mam.*

IR - En fait c'est pas à cause de sa maladie, c'est à cause du médicament qu'on lui a injecté. Le docteur lui a dit qu'en raison de ce médicament elle ne pourrait plus avoir d'enfants.

A - Le docteur lui a dit ça avant ou après de lui injecter le médicament ?

IR - Avant je crois, attends je lui demande.

IR et R - *parlent en mam.*

IR - Non, après. Ils l'ont d'abord soignée de sa maladie. Et après, ils lui ont dit qu'à cause du médicament qu'ils avaient utilisé, elle ne pourrait plus avoir d'enfant. On ne l'avait pas prévenue avant.

Les femmes interrogées témoignent régulièrement de leur sentiment d'impuissance face aux autorités médicales, et de la sensation que ce qu'il se passe à l'Hôpital peut leur échapper totalement. Cette sensation d'impuissance laisse ces femmes envisager le pire en cas d'hospitalisation. C'est pourquoi nombre d'entre elles préfèrent l'éviter. Les femmes pauvres et indigènes savent que le seul moyen pour elles d'avoir une attention de qualité est de payer une somme conséquente au personnel soignant. Il y a une idée généralisée que les personnes indigènes sortent

régulièrement mortes de l'Hôpital parce qu'on ne s'occupe pas d'elles ou qu'on s'en occupe mal, surtout les femmes. Plusieurs expriment leur crainte qu'on ne puisse pas récupérer leur corps si elles meurent hospitalisées, à cause de la somme demandée à la famille pour sortir le corps de l'Hôpital : « *Si je meurs autant que ce soit dans ma maison et qu'on m'enterre sur mon terrain* ». Lors d'un entretien avec Alma, une jeune femme mam, je l'interrogeais sur son refus de recourir aux institutions de santé pour ses accouchements ou en cas de maladie. La jeune femme m'a alors raconté les circonstances du décès de sa mère. Sa mère avait une cirrhose et Alma l'a accompagnée à l'Hôpital de Huehuetenango. Dès leur arrivée, personne ne s'en est occupé. Face aux plaintes de la jeune fille leur suppliant de s'occuper de sa mère, les personnels soignants répliquaient que son cas n'était pas très grave et qu'ils devaient s'occuper prioritairement d'autres patients. Alma n'avait pas d'argent à leur donner pour qu'ils fassent le nécessaire. Sa mère est morte à l'Hôpital trois jours après son arrivée, sans avoir reçu le moindre soin. Alma explique que les personnels de l'Hôpital lui ont signifié qu'ils n'accepteraient de lui remettre le corps de sa mère qu'en échange de la somme très considérable de 800 quetzales (80 euros). Elle a finalement réussi, après de nombreuses péripéties de lutte, à l'enterrer dignement, sans payer la somme demandée. Selon Alma, sa mère est devenue alcoolique suite à la mort de son père trois ans auparavant, qui l'a privée de revenus et l'a entraînée vers la prostitution et l'alcool. Son père est mort par balle, lors d'une fête du village. Selon la jeune femme, son père a été assassiné par un voisin pour des « vieilles histoires » liées au conflit armé. Alma s'est alors occupée de ses jeunes frères et sœurs. L'une d'entre elles a eu une crise d'appendicite trois ans après le décès de sa mère. Alma a alors accompagné cette petite sœur de douze ans à l'Hôpital en urgence. Elle a dû payer pour que l'ambulance appelée par le centre de santé les amène, bien que ce coût soit illégal. Après l'expérience de sa mère, Alma avait très peur que l'on ne s'occupe pas de sa sœur, ou pire, comme elle était encore jeune, qu'on lui prélève des organes. Elle a donc contourné stratégiquement toutes les manœuvres des personnels soignants pour pouvoir veiller jour et nuit sur sa sœur durant son hospitalisation, afin qu'il ne lui arrive rien et qu'elle ne soit pas maltraitée.

Lors des entretiens dans les communautés, il est apparu une idée communément admise : un·e patient·e doit rapporter un quelconque bénéfice au personnel public qui le/la prend en charge. C'est pourquoi, les personnes pauvres des communautés cherchent systématiquement à identifier les intérêts réels d'un personnel qui s'occupe d'elles gratuitement (Ch4·III·3). S'il ne peut pas en tirer un bénéfice direct suffisant, parce que la famille n'a pas assez d'argent à donner, ces personnes pensent que le personnel est capable d'empirer plus ou moins volontairement l'état de santé de la patiente ou du patient pour contraindre la famille à trouver de l'argent. Certaines personnes estiment même que, pour un membre du personnel médical, laisser mourir un patient est plus rentable que de le soigner, car il est possible de demander à la famille une somme d'argent pour récupérer le corps de patient·e·s défunt·e·s. Partant de ce principe d'intérêts, la rumeur qui dit que les personnels vendent les organes des patient·e·s, quand ils ne peuvent pas en tirer de bénéfice autrement, n'apparaît pas si absurde aux yeux des personnes interrogées. Dans tous les cas, il semble évident pour toutes qu'il faut rester méfiant·e·s par rapport aux intentions des institutions et de leurs représentant·e·s, et chercher à s'en protéger.

3 La peur du *Ladino*/de l'étranger et la menace de lynchage

**Hedgar - aide-soignant ONG Imdi dans communauté mam - 22 ans - *ladino*
- 13 juin 2014 -**

A - Mais tu ne crois pas que les personnes indigènes ne fréquentent pas beaucoup les centres de santé et les hôpitaux pour d'autres raisons que des raisons uniquement culturelles ?

H - Mmm... peut-être à cause de la mauvaise qualité de l'attention parfois, ou des médicaments.

A - Tu sais, dans les entretiens que je fais dans les communautés, beaucoup de personnes indigènes racontent aussi avoir été maltraitées dans ces endroits...

H - C'est qu'il y a de la discrimination, il y a encore du racisme, il n'a pas été éliminé. Dans notre pays il y a pas mal de personnes racistes, qui pensent que la race *ladina* est la race qui doit prédominer. Comme Ríos Montt, qui voulait éliminer la race indigène. Donc il se peut qu'il y ait des gens racistes à l'Hôpital ou dans les C.A.P, et que ça affecte l'attention aux patientes, c'est possible... Mais peut-être aussi que c'est une manière d'interpréter pour ces femmes. De penser que, parce que nous sommes *ladinos*, on va vouloir les maltraiter volontairement. Et ce n'est pas comme ça, parce que parfois c'est juste la qualité de l'attention qui n'est pas bonne, mais ça n'a rien à voir avec la race ou le racisme.

L'idée que les Indigènes craignent les *Ladinos* et les étrangers, et fantasment leurs mauvaises intentions à partir de cette crainte, est un propos assez récurrent chez les personnes *ladinas*. Le fondement historique de cette crainte est largement reconnu par ces personnes, même celles aux propos par ailleurs très racistes, comme le mentionne Hedgar en reconnaissant un projet génocidaire à Ríos Montt. Hedgar estime que la crainte des Indigènes vis-à-vis des *Ladinos* et des Blancs résulte d'une mauvaise interprétation de leur part, conditionnée par la démarche eugéniste passée d'un ex-dirigeant. Pour d'autres *Ladinos*, il ne s'agit pas simplement d'une mauvaise interprétation. Il s'agirait d'un ressentiment de la part des Indigènes vis-à-vis de ce passé violent : « *maintenant ils veulent que nous les Ladinos nous payions pour ce qu'a fait l'armée. Y compris ils voudraient nous faire payer pour ce qu'ont fait les Espagnols depuis la conquista, mais nous nous n'avons rien à voir avec ça !* ». Ce sentiment d'une menace vengeresse de la part des communautés indigènes est assez récurrent chez certains *Ladinos*. L'éducateur Renato évoque souvent des anecdotes qui lui sont arrivées dans des zones indigènes où il a parfois « *senti qu'on allait [le] lyncher* ». Dans les anecdotes que racontent fréquemment les *Ladinos* à propos de lynchages auxquels ils auraient échappé lors d'un passage dans une communauté indigène, ils évoquent systématiquement avoir préalablement tenté de transgresser une règle de la communauté, règle avec laquelle ils n'étaient pas en accord. Par exemple, ils ont pris discrètement des photos alors que cela était interdit ou payant, ou encore ils n'ont pas voulu s'acquitter d'une autorisation, d'un guide ou de frais correspondant à la visite d'un site particulier appartenant à la communauté. Dans l'ensemble de ces anecdotes, l'attitude menaçante des habitants était réelle, mais n'aboutissait jamais à une quelconque violence physique de leur part. Cette crainte des *Ladinos* d'être lynchés, les amenaient finalement à ce qu'ils respectent les règles explicites fixées par la communauté pour la visite de leur territoire, mais aussi des règles implicites de respect dans la manière dont les *Ladinos* devaient interagir avec eux. La menace de lynchage semble fonctionner finalement comme un garde-fou des comportements racistes et coloniaux des *Ladinos*, lorsqu'ils se trouvent en territoires indigènes. Aussi, quand je me rends à Todos Santos, des *Ladinos* de Huehuetenango me mettent souvent en garde de « *bien me comporter avec les gens là-bas parce qu'ils n'interprètent pas bien les choses* ». Cette mise en garde fait référence au lynchage d'un touriste japonais à Todos Santos en 2000²⁵. Dans les jours qui ont précédé le lynchage, il y avait une psychose locale, suite à de fortes rumeurs concernant de possibles vols d'enfants pour accomplir des rituels sataniques sur leurs corps et prendre leurs organes. Un bus de touristes japonais s'est présenté alors que des rumeurs couraient sur plusieurs enfants qui avaient disparu et sur la mort mystérieusement d'un Todosantero, la veille. L'un des Japonais qui parcouraient le marché local s'est approché d'une femme et a commencé

25. www.prensalibre.com/hemeroteca/linchan-a-turista-japones-en-2000

à toucher ses enfants. La mère s'est mise à crier, alertant la foule d'une tentative de voler ses enfants. Des dizaines de personnes ont alors battu à mort le Japonais et son guide guatémaltèque. Les habitants de Todos Santos interrogés, qui condamnent tous ces faits, estiment cependant que la peur du vol d'enfant était fondée, car la disparition d'enfants n'était pas un fait nouveau, particulièrement durant le conflit armé, quelques années auparavant. Toutefois, ils accusent les *Ladinos* d'avoir eux-même créé et diffusé la rumeur qui a amené au lynchage du Japonais. En effet, les investigateurs policiers, journalistiques et scientifiques s'accordent à dire que cette rumeur de vol d'enfant à des fins sataniques provenait de Huehuetenango, le chef-lieu départemental identifié comme *ladino*. Les autorités de Huehuetenango ont même lancé des signaux d'alerte et préconisé un couvre-feu. Les écoles de la ville ont fermé plus tôt. Les médias *ladinos* ont relayé cette alerte. Pourtant, aujourd'hui, certains *Ladinos* interrogés estiment que cette rumeur relevait de l'imprégnation culturelle indigène archaïque et de l'ignorance, voire d'une justification construite par les Todosanteros, peut-être *a posteriori*, pour assouvir impunément leur soif de lynchage, lié au ressentiment. Notons que si les *Ladinos* estiment généralement que le lynchage est un phénomène culturel indigène, la plupart des personnes indigènes interrogées, pensent que le lynchage est une pratique plutôt *ladina*.

Plusieurs choses peuvent être relevées dans ces confrontations de représentations et de pratiques concernant la rumeur et le lynchage. Tout d'abord, la rumeur est un mode de communication. J. Bonhomme observe, dans son travail sur la rumeur transnationale des « voleurs de sexe », qu'elle permet de distinguer des groupes sociaux. La diffusion de cette rumeur est l'expression d'un malaise dans l'interaction. Être touché par un inconnu, qui n'appartient pas au groupe de référence, est perçu comme une menace pour l'intégrité corporelle. L'auteur démontre que cette diffusion va faire peser une double menace : celle d'être victime d'un vol de sexe, mais aussi celle d'être accusé d'un tel crime, et de risquer alors le lynchage de la foule. Il ne faut alors pas être soupçonné de vouloir atteindre à l'intégrité d'une autre personne. Cette rumeur amène donc à prendre des précautions de distance, de vigilance, voire des formes d'hostilité préventive envers les inconnus²⁶.

La rumeur permet de distinguer des groupes sociaux, au sein desquels elle ne circule pas de la même façon. La menace de lynchage liée à la crainte du *Ladino* fonctionne comme une rumeur chez les *Ladinos*, en s'appuyant sur une représentation de la dangerosité et de l'ignorance indigène. Cette rumeur peut profiter aux populations indigènes, dans le sens où elle fonctionne comme une manifestation infra-politique de résistance face à la menace extérieure, qui s'appuie sur des éléments concrets²⁷. Son effet performatif est double : elle contraint les *Ladinos* à traiter les personnes indigènes avec respect, tandis qu'elle amène les Indigènes à rester vigilants quant aux intentions des *Ladinos*. On peut faire un parallèle avec la chanson populaire latino-américaine, très connue au Guatemala, « *Duerme negrito* » (*Dors petit noir*). Les paroles expriment la transmission à l'enfant racisé de la menace de l'homme blanc pour son intégrité physique, sentiment de menace qui se fonde sur l'exploitation du corps de sa mère, à travers un travail esclavagisé qui la rend malade :

*« Si le petit noir ne dort pas, le diable blanc viendra et lui mangera son petit pied.
Dors petit noir, ta maman est dans le champ.
Elle travaille durement, elle travaille habillée de deuil
Elle travaille et on ne la paye pas, elle travaille et elle tousse ».*

26. Bonhomme, *Les voleurs de sexe* ; Bonhomme, « Alerte aux voleurs de sexe ! Anthropologie pragmatique d'une rumeur africaine ».

27. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

On peut supposer que les rumeurs sur les risques de stérilisation des femmes indigènes, liées à leur hospitalisation ou à leur prise de contraceptifs médicalisés, les incitent à conserver une méfiance vis-à-vis des intentions des institutions de santé *ladinas*. La chercheuse Chikako Takeshita suggère aussi qu'il arrive que des femmes construisent stratégiquement des modes de défiance concernant certains moyens de contraception médicalisés quand ils leur sont imposés. Par exemple, elles cherchent à prouver l'incompatibilité de ces méthodes pour les femmes autochtones à partir d'arguments culturalistes. Pour cela, elles font appel à des représentations légitimes dans le contexte culturel, en s'appuyant sur des croyances locales, supposées ou réelles, liées à la fécondité et à la contraception²⁸. Cette interprétation n'est pas si étrange dans le cas huehuetèque, si l'on considère le recours régulier des populations indigènes aux arguments culturalistes pour défendre leurs droits sociaux, politiques, sexuels... Ces arguments culturalistes apparaissent notamment dans la lutte contre les méga-projets ou pour la reconnaissance des violences sexuelles du conflit et du génocide, parfois résultant d'un « essentialisme stratégique »²⁹ : « *protéger la transmission de la culture maya* », « *protéger la cosmovision et la religion maya* », « *protéger la terre-mère* », « *protéger les territoires ancestraux mayas* »... (Ch12.I.2).

II Une guerre sans fin

1 Violences, politiques répressives et citoyennetés

1.1 Une société violente héritée du conflit ?

Au delà des rumeurs, le phénomène de lynchage existe réellement dans le Guatemala post-conflit. Entre 1996 et 2001 il y a eu plus de 200 lynchages dans le pays, qui ont coûté la vie à 625 personnes. Il existe toutes sortes d'explication à ces lynchages : habitus de violence acquis pendant le conflit, impunité...³⁰. Selon l'historien Paul Kobrak, la multiplication des lynchages résulte en partie de la reproduction d'une pratique utilisée par l'armée pendant la guerre. Il s'agit de massacrer un ou plusieurs individus, de manière disproportionnée par rapport au type d'accusation et au manque d'investigation, pour en faire un exemple de dissuasion³¹. Or, l'augmentation actuelle de la criminalité et de la délinquance est aussi l'un des héritages de la guerre, tout comme la fragilisation des modes communautaires de résolution des conflits. Selon l'historienne Beatriz Manz, la violence de l'État guatémaltèque dans les années 1980 a entraîné des ruptures, une peur endémique, une méfiance accrue et des niveaux de violence quotidienne sans précédent, qui se sont poursuivis dans la période d'après-guerre. La résolution de la guerre n'a pas mis fin à l'insécurité. La réconciliation aurait nécessité une refonte structurelle profonde, qui ne permette ni l'impunité historique dont jouissent les militaires et les puissants, ni la perpétuation d'un système judiciaire dysfonctionnel³². Le Guatemala est l'un des pays où le taux de criminalité est le plus élevé d'Amérique Latine, et la fiabilité des services de police des plus mauvaises³³. Pour Rodgers, la violence urbaine actuelle en Amérique Centrale peut être considérée comme une continuation structurelle des conflits politiques passés, au sein de nouveaux contextes spatiaux. Or, la réponse de l'État à la violence des gangs par des politiques de répressions brutales, dites de *Mano Dura*, nie les droits des citoyens, au lieu de combattre les

28. Takeshita, « Biopolitique du stérilet ».

29. Spivak, *Les subalternes peuvent-elles parler ?*

30. Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal, *Perfil de gobernabilidad de Guatemala*.

31. Kobrak, *Huehuetenango : Historia de una Guerra*.

32. Manz, « The Continuum of Violence in Post-War Guatemala ».

33. Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal, *Perfil de gobernabilidad de Guatemala*.

inégalités productrices de violence³⁴. Comme le souligne Bourgois, la légitimation de politiques sociales répressives, aussi en tant que violence symbolique, est générée par le néolibéralisme³⁵. En effet, l'instabilité augmente lorsque les décideurs économiques néolibéraux supervisent la privatisation des ressources et élaborent des stratégies de relations publiques pour attirer les investissements internationaux, alors que les trafiquants de drogue et le crime organisé opèrent relativement librement en dehors de la loi. Or, les nouvelles formes de violences au Guatemala réactivent des pratiques anciennes de pouvoir, dans une structure politique locale, où l'État s'efface derrière de nouvelles formes d'autorités traditionnelles ou politiques, en lien avec des groupes armés³⁶.

La peur de la violence est tellement omniprésente, que des habitants des *municipios* de Huehuetenango se remettent à l'utilisation de la terre cuite pour construire leurs maisons, afin que les murs soient perméables aux balles perdues. Ils avaient préalablement délaissé ce matériau pour des constructions en parpaings, jugées plus modernes. Un vieux monsieur expliquait que dans son village on réutilisait actuellement ces modes anciens de construction, car ils avaient « *une expérience des matériaux de construction résistants aux balles, à cause du conflit armé* ». Des parallèles entre les violences et insécurités actuelles et celles du conflit sont nombreux, et régulièrement opérés par les Huehuetèques, quelles que soient leurs opinions politiques. Meri, une voisine de 47 ans originaire de Barillas, dit parfois que « *tout ce qui se passe actuellement [lui] rappelle le conflit armé* ». Elle se sent en insécurité. Depuis la guerre, elle a peur, des armes, de la violence, de la délinquance et même de l'augmentation du coût des aliments. Selon elle, la guérilla est responsable de la guerre et l'armée a sauvé la population. Elle dit que quand la guérilla leur demandait de la nourriture, ils leur répondaient qu'ils ne voulaient pas en donner. Pourtant, elle se méfie beaucoup des policiers et des patrouilleurs volontaires du quartier : « *ce sont eux-mêmes qui violent, qui volent, qui séquestrent, qui tuent* ». Selon elle, il y a une perte des valeurs depuis le conflit, notamment religieuses, telle que la virginité chez les jeunes filles. Elle explique qu'à cause du manque de nourriture pendant le conflit, elle a été contrainte de se marier jeune. Ce même manque de nourriture et d'opportunités a amené son mari à migrer illégalement aux États-Unis alors que leur enfant était petit. Aux États-Unis, son mari l'a quittée et s'est remarié. Il n'a plus jamais donné de nouvelles, ni envoyé d'argent pour Meri et leur enfant. Aujourd'hui, elle se tue au travail pour que son fils puisse étudier le droit dans une université de Huehuetenango. Elle s'inquiète beaucoup pour lui, pour son avenir qu'elle a peur de ne plus pouvoir assurer un jour, mais aussi quand il sort dehors, car elle craint qu'il ne soit attaqué par des gangs.

Pour l'anthropologue A. Bergeret, les structures fondamentales de la violence au Guatemala continuent de mêler autorités publiques et privées, locales et nationales. Nombre des violences attribuées au gang résultent des structures de la violence de la guerre civile³⁷. L'insécurité alimentaire, juridique et économique se renouvelle avec la parcellisation de la terre et la commercialisation des cultures. Aussi, la « sécurité démocratique » brandie par les Accords de paix semble compromise, particulièrement pour les populations rurales indigènes³⁸.

La question de la sécurité et de la confiance envers les acteurs qui se chargent de l'assurer est complexe. En 2014, à Huehuetenango, lors d'une altercation entre des narco-trafiquants et des policiers qui demandaient plus d'argent pour se laisser corrompre, les narco-trafiquants ont

34. Rodgers, « Slum Wars of the 21st Century ».

35. Bourgois, « Théoriser la violence en Amérique ».

36. Burrell, *Maya after War*.

37. Bergeret, « Sécurité et Développement ».

38. Bergeret.

jeté une grenade sur la voiture de police. Plusieurs policiers ont péri, brûlés vifs. J'étais alors surprise de constater que certaines personnes commentant cette actualité localement donnaient raison aux narco-trafiquants bienfaiteurs, face aux policiers inutiles et corrompus. Dans certaines zones, rurales comme urbaines, les narcotrafiquants assurent la sécurité des habitants face à la petite délinquance. Ces passeurs de drogues et de migrants blanchissent leur argent dans l'immobilier à Huehuetenango. Ils ont tellement investi qu'ils possèdent presque tous les grands hôtels et restaurants du département. Ils appuient économiquement certains quartiers et certaines communautés, se substituant au rôle de l'État dans l'entretien des routes ou des écoles. Dans le quartier où vit Meri, il y a une milice de voisinage, c'est à dire un groupe d'hommes qui se sont auto-organisés pour patrouiller, afin de « lutter contre la délinquance nocturne ». Ce groupe, armé et cagoulé, qui prétend agir en appui d'une police défaillante, s'est mis à extorquer de l'argent à leurs propres voisins et à agresser sexuellement des femmes du quartier, en toute impunité.

Ces formes de milices se développent dans les zones rurales et urbaines du département depuis quelques années. Elles justifient leur présence en réponse à une défaillance de l'État du point de vue sécuritaire. Ces patrouilleurs sont régulièrement à l'origine de lynchages. Cette justice populaire expéditive, contre les supposés délinquants ou criminels, représente une alternative des populations à la police et à la justice officielle, accusées d'inaction et d'inefficacité face à la violence quotidienne.

La tendance des analystes a été de lier l'augmentation des lynchages et la montée des gangs dans l'après-guerre, en tant qu'exemples de la violence généralisée et de la désintégration qui a englouti la société guatémaltèque en général, et les *municipios* indigènes en particulier. Dans le même temps, ces *municipios* sont de plus en plus encouragés à veiller à leur propre sécurité, gouvernance et bien-être économique. Ainsi, il y a eu une augmentation correspondante de l'utilisation de la « loi autochtone » et des polices communautaires³⁹. Pour Burrell, il existe dans le Todos Santos de post-guerre, des interconnexions entre sécurité, migration et droits humains. Il s'y développe des conflits entre des bandes de jeunes (souvent migrants expulsés des États-Unis ou jeunes en attente de partir par manque d'opportunités) et des comités de sécurité formés pour les contrôler (sur la base des patrouilles d'autodéfense civiles). Burrell montre comment l'appellation « *mara* » (gang), donnée à ces bandes de jeunes rebelles, amène à nier leurs droits et à appliquer des formes de justice intra-communautaires très imprégnées des formes de répression du conflit. Cela provoque, selon elle, une crise dans la capacité d'imaginer un futur collectif dans ces communautés⁴⁰.

1.2 La réactualisation du système de patrouilles d'auto-défense civile

Dans les zones rurales, les milices de vigilance de voisinage se constituent régulièrement sur la base des ex-patrouilleurs du conflit armé. Ils reproduisent les mêmes méthodes, parfois avec les mêmes armes. L'insécurité est ainsi utilisée comme justification pour ré-actualiser les Patrouilles d'Autodéfense Civiles démobilisées après le conflit armé⁴¹. Aussi, à travers ces milices, les PACs récupèrent leur pouvoir perdu au sortir de la guerre⁴². Elles bénéficient d'une tolérance de la part des autorités légales, qui sont même amenées à collaborer avec elles. La Commission pour l'Éclaircissement Historique définit les PACs comme des groupes d'hommes civils, organisés de

39. Burrell, *Maya after War*.

40. Burrell, « In and Out of Rights ».

41. Kobrak, *Huehuetenango : Historia de una Guerra*.

42. Burrell, *Maya after War*.

manière contrainte par l'Institution Armée comme force paramilitaire complémentaire durant la guerre, qui prétendaient isoler le mouvement de guérilla et contrôler les communautés⁴³. Les PACs ont joué un rôle clé dans le conflit, d'autant qu'il s'agissait d'un énorme phénomène politique et social. Ils étaient constitués de 900.000 personnes, presque toutes des hommes, dans un pays de 7,5 millions d'habitants à l'époque⁴⁴.

Pendant la guerre, l'armée assassinait des « représentants de la subversion communiste », de manière à la fois ciblée et à la fois volontairement hasardeuse. Par exemple, à la fin des années 1970 et au début des années 1980, elle tua des syndicalistes mam en lutte contre une entreprise minière d'Ixtahuacán, et aléatoirement des habitants mam non-organisés d'Ixtahuacán. Elle commença parallèlement à encourager la délation, et à pratiquer le recrutement forcé dans la région, ce qui contraint de nombreux habitants à choisir entre s'intégrer parmi les forces de guérilla ou l'armée. Devenir patrouilleur dans les PACs constituait alors pour les hommes indigènes la première proposition d'intégration citoyenne à un projet national, alors même que leurs conditions de vie étaient souvent misérables et que ce recrutement était parfois contraint. Encouragés par l'armée, des patrouilleurs s'approprièrent les biens et les terres des réfugiés et des morts, désignés comme guérilleros. L'engagement dans les PACs a permis à certains d'obtenir un pouvoir localement, ou du moins à croire en cette idée. Dans un sens, pour les patrouilleurs des PACs, opérer des crimes, des vols, des destructions, mais aussi des viols dans sa propre communauté ou dans les communautés environnantes était perçu comme un acte d'intégration citoyenne à la nation⁴⁵. Il existait pendant le conflit un discours important de mobilisation civile, notamment dans le cadre de l'intégration contrainte aux PACs, pour assurer la tranquillité nationale, sauver la Nation. L'idée sous-jacente dans cet exercice de mobilisation était que l'allié naturel de la subversion était l'Indigène, obstacle à l'allié naturel de l'État, le *Ladino*⁴⁶. Or, cette rhétorique fait largement écho aux discours produits dans le cadre des programmes de développement et notamment de planification familiale, comme on l'a vu au cours des parties précédentes.

Dans les années 1990, différentes organisations civiles luttèrent pour des causes similaires à la guérilla, mais sans prôner la lutte armée. C'est le cas notamment du syndicat paysan CUC et de la coordination de veuves du conflit armé CONAVIGUA. Ces organisations de droits humains disposaient, après les pires années du conflit, d'une vigilance protectrice internationale vis-à-vis de l'armée guatémaltèque. Les militaires ont alors mobilisé les PACs pour combattre en sous-main ces organisations de droits humains dans les communautés. Dans le département de Huehuetenango, ces conflits ont été extrêmement violents, en particulier dans les *municipios* mam de Colotenango et Ixtahuacán, où des PACs assassinèrent de nombreux participants d'organisations civiles avec des armes offertes par l'armée, notamment lors de manifestations dont la revendication était justement la démobilisation et le désarmement des PACs⁴⁷.

La dissolution des PACs a été rapide et désorganisée après la signature des accords de paix. Des PACs ont alors demandé des compensations pour le travail gratuit effectué pour l'État, lors de grandes manifestations. Aujourd'hui, le mouvement social d'ex-PACs présente un caractère conservateur, avec des racines de politiques anti-insurrectionnelles, mais se rénove dans ses stratégies, ses relations internes, ses formes de solidarité et de clientélisme. À partir de ce mouvement, se développent des réseaux et des rapports de pouvoir autour de *leaders*

43. CEH, *Guatemala memoria del silencio*.

44. Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal, *Perfil de gobernabilidad de Guatemala*.

45. Kobrak, *Huehuetenango : Historia de una Guerra*.

46. Kuldip, « Viendo el pasado, viendo el futuro ».

47. Kobrak, *Huehuetenango : Historia de una Guerra*.

de ces groupes, qui cherchent à obtenir et protéger des privilèges et des intérêts, à travers des dynamiques partisans par exemple. C'est surtout à partir de 2002 que des groupes d'ex-PACs se réorganisent, mènent des actions collectives et deviennent un lobby important⁴⁸. Pour les deux dernières élections présidentielles, ils ont été un support essentiel dans la région de Huehuetenango, qui a permis la victoire du Parti Patriote en 2011 et du FCN en 2015, tous deux partis de droite conservatrice. En contrepartie, ils ont obtenu plus de pouvoir politique dans leurs *municipios*⁴⁹.

1.3 Politiques répressives de *mano dura*

Si on laisse des ex-PACs s'organiser en milice pour combattre à la fois la délinquance et la protestation sociale, c'est qu'ils participent de l'idéologie de *mano dura*. La *mano dura* est une forme de politique éminemment répressive et sécuritaire. Son ambition affichée est de combattre les gangs. Elle s'accompagne d'une forte militarisation et de mesures institutionnelles qui rendent plus flexibles les procédures que doivent suivre les forces de l'ordre. Elle entraîne aussi de nombreux abus, telles que des tortures, des exécutions extra-judiciaires, des arrestations arbitraires, des manquements aux droits des prévenus...⁵⁰ Ce type de politique institutionnalise le recours à la répression brutale comme réponse à la violence sociale ainsi que l'affaiblissement de l'État de droit. Otto Pérez Molina, président du Guatemala de 2012 à 2015, s'est fait élire par la promotion de cette politique de *mano dura*, à travers son parti d'extrême droite conservatrice, le Parti Patriote. Ce parti est arrivé premier dans nombre de scrutins locaux de Huehuetenango, comme à Todos Santos par exemple. Otto Pérez Molina est un ex-général militaire qui, durant le conflit armé, était en charge de la zone indigène ayant concentré le plus de massacres en un temps record. Ce n'est donc pas un hasard que, sous son mandat, les directives des accords de paix soient toujours peu appliquées. En effet, peu de victimes du conflit ont été indemnisées, la réforme agraire n'a pas abouti, il y a peu d'avancées socio-économiques concernant les conditions de vie des populations indigènes, et la militarisation est forte, voire exponentielle...⁵¹ C'est dans le cadre des politiques de *mano dura* que l'armée a fréquemment été envoyée pour réprimer violemment des manifestations, causant de graves blessures et des morts. Ces manifestations étaient souvent liées à la lutte contre les actions illégales des multinationales sur les territoires indigènes.

Les États-Unis encouragent le renforcement de la militarisation en Amérique centrale, tout en soutenant l'investissement privé des multinationales sur certains territoires de cette région⁵². La militarisation de plus en plus forte des zones frontalières, et du département de Huehuetenango en particulier, est stimulée politiquement et matériellement par les États-Unis à travers le CARSI (Initiative régionale de sécurité pour l'Amérique Centrale), sous motif de lutte contre le trafic de drogues, d'armes et de contrebande, ainsi que la migration clandestine. Or, on peut mettre en doute cette ambition lorsque l'on observe l'interpénétration des forces armées, de certains politiques, et des réseaux criminels. Le CARSI, en association avec USAID au niveau local, encourage également la mise en place de polices communautaires, c'est à dire de patrouilles, de milices para-militaires. La présence militaire aboutit souvent à protéger des investissements privés du Nord dans les méga-projets d'infrastructures, agro-industriels ou extractivistes, notamment par le soutien à la dépossession de terre. Or, ce phénomène d'expulsion

48. Sáenz de Tejada, *Víctimas o vencedores?*

49. Illescas Arita, *Del poder global al poder local*.

50. Holland, « Right on Crime? »

51. Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal, *Perfil de gobernabilidad de Guatemala*.

52. www.state.gov/secretary/remarks/2017/05/270620.htm

et de contamination environnementale est actuellement un facteur très important de migration, spécifiquement de migration clandestine aux États-Unis⁵³. La militarisation croissante permet alors une répression forte des protestations des populations expulsées ou menacées d'expulsion par les multinationales. D'autre part, elle avantage le commerce d'armement états-unien. Enfin, cette militarisation favorise également les atteintes aux corps des femmes, dont les violences sexuelles⁵⁴.

1.4 Craintes répressives diffusées par les institutions sanitaires

Dans l'une des communautés mam dans lesquelles j'ai travaillé, à Colotenango, un groupe de femmes victimes de violences sexuelles, notamment pendant le conflit armé, se réunissait pour travailler ensemble sur des rituels de guérison et sur des luttes contre les violences faites aux femmes de la communauté. Elles subissaient des agressions verbales fréquentes d'un groupe d'ex-PACs, les traitant de « *subversives* », de « *guérilleras* ». Certains de ces hommes font partie des autorités de la communauté. Ils ont refusé de punir plusieurs auteurs de violences sexuelles sur des femmes du groupe, lorsque celles-ci ont réclamé justice. Ce sentiment d'impunité se retrouve à Ixtahuacán :

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -

A - Tu as déjà entendu parler du conflit armé ?

R - Non, je sais presque rien. On dit que dans ma communauté plusieurs personnes sont mortes, mais on en parle presque pas.

A - Est-ce que des femmes ont été violées pendant le conflit dans ta communauté ?

R - Oui, il paraît que beaucoup. Même qu'ils ont laissé des filles enceintes. Mais ça ne s'est pas arrêté après, parce que ça se passe encore. Et ça continuera toujours puisque personne ne fait rien. Quand des hommes violent une fille et qu'elle tombe enceinte, même si on sait qui c'est, personne ne leur dit rien, même pas pour réclamer qu'ils donnent de l'argent pour l'enfant.

A - On ne les arrête pas ?

F - Non ! Encore moins ! Qui va les arrêter ?

Dans ce contexte répressif réel et imprégné du contexte répressif passé, les femmes indigènes n'ont confiance ni dans les forces de l'ordre, ni dans la justice, ni même dans la loi ou dans son application, qu'elles finissent même par craindre. Vanthuyne fait le constat d'une difficile conciliation des identités de victime et citoyen dans l'après conflit guatémaltèque. Dans ce cadre, l'établissement de rapports de confiance entre les populations indigènes rurales et les autorités publiques, autant incarnées par des ONGs que par des gouvernements, est marqué par des « méfiances persistantes »⁵⁵. Ces craintes vis à vis d'une autorité qui pourrait les persécuter au lieu de protéger leurs droits fondamentaux impacte fortement le rapport aux structures de santé des femmes indigènes. Certains personnels de santé accentuent cette crainte en laissant courir des rumeurs sur les répressions auxquelles ces femmes s'exposent si elles ne se conforment pas à l'attitude attendue d'elles par les institutions. C'est pourquoi des femmes craignent des poursuites si elles ne vont pas vacciner leur enfant ou qu'elles ne se rendent pas au centre de santé pour les consultations pré et post-natales. Les *comadronas* ont également régulièrement peur d'être incarcérées en raison de leur activité. El Kotni rapporte que sur son terrain chiapanèque, des sages-femmes cessent d'exercer en raison de ces craintes d'aller en prison. Elle ajoute qu'on

53. Illescas Arita, *Del poder global al poder local*.

54. blogs.mediapart.fr/lise-renier/blog/180517/non-la-presence-militaire-des-etats-unis-en-amerique-latine

55. Vanthuyne, « Les contradictions d'une reconstruction démocratique "par le bas" ».

leur transmet la peur que l'accouchement se passe mal, qu'elles transmettent aux femmes, qui se dirigent vers des hôpitaux saturés ou accouchent dans l'angoisse. Elle précise qu'il n'existe pas de sanctions officielles pour les sages femmes, mais des rumeurs circulent concernant des sages femmes qui auraient été emprisonnées. Il existe donc une politique de la peur exercée par les personnels médicaux qui vise à rendre les familles responsables de leur propre mortalité materno-infantile, à pénaliser les écarts à la norme, à produire des menaces...⁵⁶

Dès le lendemain de son accouchement à l'Hôpital de Huehuetenango, Miranda, jeune femme mam de Todos Santos, dit avoir subi de fortes pressions pour utiliser une méthode contraceptive. Le personnel de santé qui a exercé ces pressions disait aux femmes qu'elles ne pouvaient pas légalement avoir plus de cinq enfants et que, si c'était le cas, elle devaient être stérilisées. La voisine de lit de Miranda a caché à ce personnel qu'elle venait d'accoucher de son cinquième enfant par crainte d'être envoyée de force en salle d'opération. Depuis ce jour, Miranda estime que l'argument légal est potentiellement vrai. Elle ne veut plus accoucher à l'Hôpital, car elle craint que la supposée loi lui interdisant d'avoir le nombre d'enfants qu'elle souhaite, autorise les personnels à la stériliser sans son consentement. Dans le cas du Pérou, Theidon met également en avant le recours des personnels de santé à de faux arguments légaux pour contraindre les femmes à se stériliser. Elle évoque notamment le cas emblématique de María Mamérita Mestanza Chavez, soumise à une opération chirurgicale par des personnels qui lui ont affirmé qu'elle avait enfreint la loi en ayant plus de cinq enfants, et qu'elle irait en prison si elle ne se laissait pas stériliser. Suite à une infection post-opératoire, elle avait sollicité à plusieurs reprises une aide médicale qu'on ne lui avait pas accordé. Elle est décédée quelques jours plus tard, à 33 ans⁵⁷.

Pour Scheper-Hughes, il existe une utilisation de techniques d'intimidation pour faire régner un régime de terreur en tant de paix et ainsi créer de la marginalité et de la crainte de celle-ci⁵⁸. Dans les États modernes, la violence institutionnalisée est moins repérable. C'est un ensemble de professionnel-le-s qui l'exercent (éducation, protection sociale, droit, médecine...) qui collaborent pour diriger et maîtriser les opinions et les comportements qui menacent la fragile stabilité de l'État. Il s'agit d'une forme plus « douce » de contrôle social, qui s'accompagne de marginalisations, de stigmatisations, de répressions pour les populations désignées « hors-norme ». Ce qui rend les pauvres dangereux est alors leur dénuement, qui menace la stabilité artificielle de l'État. C'est pourquoi, il existe autant de liens entre criminalisation et répression violente des délinquant-e-s et des militant-e-s⁵⁹. Dans ce contexte, les attaques sur les corps, l'institution d'une politique de fragilisation de ces corps, quand ils sont la ressource la plus importante pour les personnes, n'est pas une coïncidence⁶⁰. Cela peut expliquer la présence des rumeurs concernant des attaques sur les corps, et aussi l'importance du *susto*, expression psycho-somatique de la peur. Pourtant, selon Fassin, « l'atteinte physique et politique à l'intégrité d'un corps à la fois individuel et collectif est au principe de l'intolérable contemporain »⁶¹. Or, les conditions de vie sont le résultat d'un processus économique et politique qui donne lieu à une violence structurelle déterminant la situation sanitaire et corporelle⁶².

56. El Kotni, « Porque tienen mucho derecho ».

57. Theidon, « First do no harm ».

58. Scheper-Hughes, *Death Without Weeping*.

59. Scheper-Hughes et Bourgois, *Violence in War and Peace*.

60. Scheper-Hughes, *Death Without Weeping*.

61. Fassin et Bourdelais, *Les constructions de l'intolérable*.

62. Meudec, « Corps, violence et Politique en Haïti ».

1.5 Illustration du continuum de violence au sein d'une communauté

De nombreux méga-projets de multinationales extractivistes et agricoles se développent dans la partie nord du pays, au sein de zones indigènes qui ont été fortement touchées par le conflit armé. Or, les conflits actuels liés aux méga-projets sont imprégnés de la guerre et se répercutent sur les rapports aux corps et aux institutions sanitaires. On peut l'illustrer à travers l'exemple de la communauté q'anjob'al de Pojom, dans la partie nord du département de Huehuetenango. Les processus que je vais décrire ci-après sont similaires dans beaucoup de zones indigènes, comme le montrent d'autres chercheurs⁶³.

À Pojom, des assassinats et violences sexuelles ont été perpétrés par l'armée et les paramilitaires dans les années 80. Ces crimes ont touché des personnes désignées comme des soutiens de la guérilla par les PACs de la communauté. Ils sont restés impunis. En 2009, une entreprise hydroélectrique transnationale essaye d'implanter une centrale dans cette communauté, à partir de plusieurs manœuvres agressives et frauduleuses. Sur la base de conventions internationales, les habitant·e-s de Pojom organisent une consultation communautaire, et votent à l'unanimité contre l'implantation de la centrale. Ils et elles argumentent que ces activités vont affecter leurs conditions de vie et leur territoire environnemental, sans rien apporter à la communauté. C'est effectivement ce qui se produit avec l'implantation de la centrale, finalement maintenue, malgré l'avis défavorable de la consultation. Pour obtenir quelques soutiens localement, l'entreprise se rapproche alors de certains *leaders* communautaires, anciens PACs, qui s'étaient pourtant positionnés contre l'implantation de la centrale. Contre des sommes d'argent, ces *leaders* acceptent de reformer un nouveau groupe armé pour 'protéger' l'entreprise hydroélectrique. Ils s'engagent alors dans la répression des manifestations et blocages organisés par d'autres habitant·e-s de la communauté. Ils agressent les *leaders* communautaires qui y participent, et les accusent d'être des « guérilleros »⁶⁴. Ils les dénoncent aux autorités, sur la base d'accusations mensongères, en prononçant de faux témoignages. En effet, les nombreuses arrestations de *leaders* communautaires opposés aux méga-projets se font sous des chefs d'inculpation relevant du crime organisé tel que « séquestration », « association de malfaiteurs », « agression à main armée », « terrorisme »⁶⁵... Suite à l'arrestation d'un *leader* communautaire qui luttait contre les entreprises hydroélectriques, une foule l'a libéré de la voiture de police où il se trouvait, et aurait menacé de lyncher les policiers⁶⁶. Les manifestants contre l'activité hydroélectrique ont également été accusés par la Police Nationale et les entreprises concernées d'être lourdement armés, d'avoir ouvert le feu sur des policiers, en blessant plusieurs⁶⁷, d'agresser les employés de la mine, d'extorquer de l'argent aux transporteurs de la région⁶⁸, et d'avoir lynché trois jeunes qu'ils accusaient de viols et séquestration⁶⁹. Lorsqu'un animateur de la radio communautaire locale dénonce des arrestations arbitraires de plusieurs jeunes manifestants du village, la milice de Pojom collabore à la fermeture de la radio. Cette radio constituait un important moyen d'information et d'organisation pour les habitant·e-s. Cette milice agit en toute impunité, malgré

63. Bastos et De León, *Dinamicas de Despojo y Resistencia En Guatemala. Comunidades, Estado y Empresas*.

64. www.prensacomunitaria.org/san-mateo-ixtatan-un-nuevo-atentado-en-contra-de-una-autoridad-comunitaria-en-yichkisis/

65. www.albedrio.org/htm/otrosdocs/comunicados/ElObservador-ElmortedeHuehuetenango2016.pdf

66. www.plazapublica.com.gt/content/la-chispa-que-encendio-la-conflictividad-en-san-mateo-ixtatan

67. www.prensalibre.com/ciudades/huehuetenango/continua-tension-en-ixquisis-por-oposicion-a-proyecto-hidroelectrico

68. www.derechoguatemalteco.com/cig-camara-de-industria-de-guatemala-ante-lo-sucedido-en-ixquisis-san-mateo-ixtatan-huehuetenango-manifiesta/

69. www.prensalibre.com/huehuetenango/san_mateo_ixtatan - huehuetenango - linchados - violacion - secuestro - turba_01199280235.html

la forte présence militaire dans la zone⁷⁰. La base militaire construite pendant le conflit n'a jamais vraiment été désaffectée après la signature des accords de paix. Depuis l'installation de la centrale hydroélectrique et les protestations paysannes, cette caserne fonctionne à partir d'effectifs militaires similaires à ceux du conflit armé⁷¹. Selon le colonel de la base, l'objectif de la remilitarisation est la surveillance de la frontière avec le Mexique.

Plusieurs femmes ont été menacées dans leur intégrité physique par la milice de la centrale de Pojom, sans avoir aucun recours pour obtenir une quelconque justice. D'autre part, leur quotidien est très affecté par l'activité extractiviste⁷², notamment en raison de l'épuisement des sources d'eau, de la pollution de l'environnement et de l'expropriation des terres. Cela accélère le départ clandestin des hommes vers le Mexique et les États-Unis, de la même façon qu'ils avaient fui durant le conflit armé⁷³. . . Pour l'ensemble de ces raisons, leurs enfants sont d'autant plus malades et en dénutrition. Les personnels du centre de santé reprochent aux femmes leur mauvais état de santé et celui de leurs enfants, estimant qu'elles en ont trop. Dans ce contexte, les pressions exercées par ces personnels pour convaincre les femmes d'avoir recours aux méthodes contraceptives jugées les plus adaptées sont d'autant plus violentes. Rappelons que le département de Huehuetenango est l'un des départements où la présence étatique est la plus faible⁷⁴. Mises à part la police et l'armée, le centre de santé est l'unique représentation de l'État dans la communauté de Pojom. L'État n'assure même pas la présence d'instituteurs dans l'école. Les habitant·e·s du village sont contraint·e·s de cotiser pour financer les salaires des enseignant·e·s⁷⁵.

Avant de connaître tout ce passif de Pojom, j'avais entendu parler de cette communauté par deux biais distincts. D'une part, des personnels de santé *ladinos* de Huehuetenango m'ont rapporté que des médecins du centre de santé de Pojom et d'une ONG canadienne avaient subi des menaces, de lynchage entre autres, de la part des habitants. Ces personnels utilisaient cet exemple dans leur argumentation sur l'arriération de ces populations, qui, de surcroît « refusaient » la planification familiale. Une infirmière de l'Hôpital de Huehuetenango disait ainsi à propos de la situation à Pojom : « *comment veux-tu qu'on les aide à se développer, s'ils interprètent nos intentions comme une attaque et menacent de nous lyncher ! Ils ont peur de ce qu'ils ne connaissent pas, ils n'entreront jamais dans la modernité* ». L'autre personne qui m'a parlé de Pojom est une jeune femme qui en était originaire et qui vivait avec moi à l'internat. Elle étudiait à Huehuetenango pour devenir aide-soignante. Malgré sa formation, elle se méfiait beaucoup des produits médicamenteux distribués dans sa communauté, y compris les méthodes contraceptives, ainsi que des intentions des médecins qui les délivraient. Beaucoup d'enfants de la communauté naissaient malades ou mal-formés, beaucoup de femmes faisaient des fausses couches, et elle en attribuait la cause, entre autres, à l'action des services locaux de santé. Lors de discussions que nous avons eues plus tard, elle ajoutait d'autres causes entremêlées, liées à la pauvreté, à l'effet de la centrale sur l'environnement, à la répression militaire et aux exactions des milices, aux mauvaises conditions de travail des femmes, à l'insécurité alimentaire, à la violence, notamment domestique, et enfin « *à la peur qu'ont les femmes depuis le conflit armé* ». Elle ajouta : « *les femmes de Pojom se sont transmises le susto* ».

70. www.movimientom4.org/2014/06/nueva-agresion-planificada-en-yich-kisis-san-mateo-ixtatan/

71. www.prensacomunitaria.org/san-mateo-ixtatan-pojom-la-historia-de-una-agresion-primera-entrega/

72. Falquet, « « Corps-territoire et territoire-Terre » ».

73. www.comunitariapress.wordpress.com/2016/04/12/san-mateo-ixtatan-los-proyectos-hidroelectricos-son-sinonimo-de-violaciones-a-los-derechos-humanos/

74. www.plazapublica.com.gt/content/etnias-en-el-pa-s-de-la-eterna-primavera-donde-llueve-de-mayo-septiembre

75. www.prensacomunitaria.org/san-mateo-ixtatan-pojom-la-historia-de-una-agresion-primera-entrega/

2 L'incorporation de la violence

Dans *Fear as a Way of Life*, Linda Green parle de l'incorporation de la violence dans le Guatemala rural. Elle explique que le *susto*, dont souffre nombre de personnes au Guatemala, touche principalement les femmes. Il exprime une déconnexion entre le corps, l'âme et l'esprit, une rupture entre l'individu et le corps social. Il lie les expériences vécues du corps physique et de la mémoire, avec le social et le corps politique. Elle montre que dans certains cas, le *susto* est directement relié à l'expérience de la terreur et de la peur, en tant que résultat de la violence politique. Le sentiment d'un manque de justice alimente le *susto* et compromet sa guérison. On peut alors ne pas voir le *susto* uniquement comme une résistance passive, mais comme une mémoire incorporée⁷⁶.

Le *susto* devient pour les victimes de la violence une forme d'énonciation d'une vérité de l'humain faisant face à une situation « extraordinaire », au détriment d'autres registres possibles de qualification et d'action⁷⁷. La violence est souvent identifiée comme masculine, et relatée à travers l'héroïsme des hommes et l'imprégnation du corps des femmes⁷⁸. Or, les ONGs de droits humains au Guatemala rapprochent souvent la notion de *susto* de la notion de traumatisme, particulièrement concernant le vécu féminin de la mémoire des viols. Ces ONGs se réapproprient ainsi un modèle sanitaire international, le traumatisme constituant une catégorie pathologique qui serait partagée par les victimes en contexte de post-conflit⁷⁹.

J. Falquet s'inquiète de la montée en puissance d'un discours à la fois victimisant, psychologisant et dépolitisant dans le cadre des luttes contre les violences sexuelles employées comme arme de guerre. Ce type de discours est, selon elle, calqué sur une idée occidentale et individualiste de la personne et de la santé mentale. Il est développé par des ONGs en partie pour des raisons de financement, « sous l'influence mondialisatrice et uniformisatrice de l'ONU, notamment depuis l'adoption en 2000 de la résolution 1325 sur les femmes et les conflits armés ». J. Falquet rappelle que le but des diverses agressions est souvent global, comme s'emparer d'un territoire convoité, et la réponse doit donc être globale, sans que les femmes ne soient contraintes de renoncer à certains de leurs droits pour en défendre d'autres⁸⁰. J. Falquet montre que dans le traitement et l'intervention institutionnelle de la violence contre les femmes, qu'elle soit jugée interpersonnelle (de la violence domestique au meurtre), ou relevant des violences sexuelles de guerre, les explications liées à la misogynie culturelle ou à l'impunité permise par l'État sont insuffisantes. En effet, elles font disparaître la complexité des racines historiques, économiques et politiques des deux formes de violences, ainsi que les dimensions de classe et de race : « la violence n'est pas l'expression d'une inégalité mais simultanément sa cause, la violence des hommes contre les femmes est instrumentale »⁸¹.

Pour A. Fulchiron, les violences sexuelles contre les femmes indigènes durant le conflit armé ont constitué des ruptures profondes dans la vie de ces femmes et causé un déséquilibre qui perdure à travers la manifestation culturelle du *susto*. Ce *susto* serait lié au silence gardé par les femmes durant les années qui ont suivi ces actes. Elles se sont tues de peur d'être isolées, stigmatisées ou violées à nouveau. Ce silence, ajouté aux violences, les a rendues perpétuellement malades, angoissées et craintives. Pour les survivantes de ces viols, le *susto* a même tué à

76. Green, *Fear as a Way of Life*.

77. Vanthuyne, « Ethnographier les silences de la violence ».

78. Delacroix, *De pierres et de larmes*.

79. Fassin et Rechtman, *L'Empire du traumatisme*.

80. Falquet, « Penser la mondialisation dans une perspective féministe ».

81. Falquet, *Pax neoliberalia*.

petit feu certaines femmes. Le *susto* provoque notamment une perte de l'homéostasie, c'est à dire d'une certaine harmonie physiologique, corporelle. Les femmes indigènes violées constatent un déséquilibre des flux corporels chauds et froids. Ce déséquilibre dans la température des flux provoque des maux de tête et de ventre, des fatigues, des pertes d'appétit, des cauchemars, des nausées... Pour A. Fulchiron, le *susto* des femmes violées pendant le conflit armé est l'incarnation de leurs souffrances et de leur mal-être. Il est exprimé, car reconnu socialement et culturellement, dans un contexte où le fait d'avoir été violée est source de stigmatisation dans la famille et dans la communauté. Toutefois, elles ne parviennent pas à en guérir par des formes classiques de guérison du *susto*, car pour cela, il est nécessaire de faire connaître les circonstances précises de l'origine de la maladie. J'ajouterai que dans un second temps, avec le recueil des récits des violences, le *susto* devient une expression du traumatisme du conflit. Les processus de guérison du *susto* s'inscrivent alors dans la reconnaissance d'un statut de victimes, accompagné d'un intérêt des ONGs étrangères qui vont les accompagner dans un certain nombre de projets. Ces femmes guérissent alors à partir de rituels mayas réinventés et surtout d'auto-formation et d'organisation qui leur permettent de défendre leurs droits, même si elles doivent affronter de nombreux obstacles.

A. Fulchiron estime par ailleurs que le *susto* apparaît comme l'expression culturelle de tout ce qui a été brisé après la violence sexuelle : le corps, l'image de soi, le bien-être, les relations sociales... Il s'agit alors de contextualiser le *susto* en tant qu'effet de l'exclusion historique des femmes, alimentée par le racisme et l'extrême pauvreté⁸². Pour Rubel, le *susto* est la conséquence d'un épisode dans lequel une personne est incapable de répondre aux attentes de sa propre société pour le rôle social dans lequel elle a été socialisée⁸³.

Le social s'imprègne dans les corps d'une manière à la fois individuelle et collective, à travers la condition sociale (manière dont les faits structurels s'impriment dans les corps) et l'expérience historique (manière dont ces faits sont vécus, interprétés, racontés)⁸⁴. Christine Chivallon identifie comme mémoire incorporée des expressions de la violence passée, qui se transmettent au fil des générations. Cette sédimentation corporelle d'une histoire sociale violente s'exprime d'autant plus qu'elle se réactualise dans des rapports et conflits sociaux actuels. Dans les espaces qui ont été colonisés, la mémoire se confronte à la continuité du colonial notamment dans la question de la propriété de la terre et de la racialisation. En effet, les correspondances structurelles empêchent les registres de mémoire de se représenter en rupture et se transmettent à travers les générations. La mémoire incorporée fonctionne alors comme un souvenir agi et agissant⁸⁵.

Pour les femmes indigènes guatémaltèques, le *susto* n'est pas la mémoire d'une violence ponctuelle du passé, car la violence ne s'est pas arrêtée. Les discours et rumeurs sur l'insécurité, en particulier pour les femmes, sont toujours prégnants et jouent énormément sur les affects⁸⁶. K. Theidon observe que l'expérience des violences sexuelles massives marque la mémoire individuelle et collective, transforme les rapports au corps, à la sexualité et à la reproduction. Elle évoque par exemple la représentation de la transmission aux enfants d'une peur incorporée à travers le lait maternel⁸⁷. Emma Chirix confirme ce point de vue, en ajoutant que les corps

82. Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

83. Rubel, « The Epidemiology of a Folk Illness ».

84. Fassin, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie ».

85. Chivallon, « 10. De la mémoire incorporée comme souvenir agi/agissant ».

86. Little et Smith, *Mayas in Postwar Guatemala*; Dutermé, « Évoquer le conflit sans les acteurs armés. Figures de l'ennemi et de l'État au Guatemala ».

87. Theidon, *Entre Prójimos*.

et la sexualité des femmes indigènes guatémaltèques restent imprégnés à la fois du viol des arrière-grands-mères pendant la colonisation, des grands-mères et des mères pendant la guerre, mais aussi des violences des politiques néolibérales, parfois autoritaires, qui contrôlent et disciplinent⁸⁸. Sans certitudes de cette imprégnation ancestrale, on peut toutefois conclure que le *susto* est surtout un langage qui vient conférer du sens, si ce n'est résoudre les problèmes relatifs au malheur biologique et socio-culturel, aussi dans une perspective historique.



*Femme indigène qui attend une pose d'implant dans un centre de santé
(Photo prise par un personnel d'Aprofam)*

III Une citoyenneté féminine empêchée par l'atteinte au corps

1 Des violences gynécologiques au féminicide

1.1 Banalisation des atteintes à l'intégrité corporelle des femmes

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 30 avril 2013 -

Dra Irina doit faire un prélèvement sur une tumeur au col de l'utérus, constatée sur une patiente indigène la veille. Cette dernière est en retard car il n'y avait pas de bus depuis sa communauté pour arriver plus tôt. La gynécologue la sermonne pour ce retard, tout en installant le spéculum pour écarter les parois de son vagin. La patiente gémit de douleur dans cette position, durant le temps que prend Dra Irina pour installer le matériel de prélèvement, qu'elle n'avait pas préparé préalablement.

88. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

La gynécologue dit aux trois stagiaires de se rapprocher pour regarder à travers le spéculum, sans demander l'accord de la patiente. Puis, elle commence à faire son prélèvement à l'aide d'une machine très bruyante. Une forte odeur de chair brûlée se dégage, la patiente se tord de douleur, une des stagiaires la maintient. Après l'intervention, Dra Irina dit à la patiente de se lever et de s'habiller. La patiente ne réagit pas. Elle est comme en état de choc et murmure des prières les yeux dans le vide. L'aide-soignante Evi entre dans la pièce et s'écrie : « *ça sent le barbecue ici !* ». Elle continue de plaisanter : « *on va manger un ceviche d'utérus !* ». La patiente reste silencieuse. Elle se redresse et arrange son vêtement les yeux baissés. Je l'aide à se lever et lui adresse quelques gestes et paroles d'attention pour la rassurer. Elle relève alors les yeux vers moi, hésite, puis m'interroge en chuchotant : « *qu'est-ce que j'ai ? Qu'est-ce qu'on m'a fait ? Est-ce qu'on m'a pris quelque chose ? Est-ce que je vais mourir ?* ».

Que ce soit dans le traitement gynécologique, obstétrique ou contraceptif, les personnels de santé estiment disposer, on l'a vu, d'une légitimité à exercer des violences sur les femmes indigènes dont ils s'approprient le corps. Ces violences peuvent revêtir, comme dans le cas relaté ci-dessus, une privation du droit à l'information et au consentement pour des interventions exercées sur le corps, et une absence de droit à l'intimité et à la privacité. Ici, la patiente subit aussi des humiliations, des contraintes et maltraitements physiques et verbales. Ces violences semblent viser, dans un premier temps, à punir la patiente, puis dans un second, à favoriser sa docilité, face à une privation objective de droits. La patiente se plie aux interventions réalisées sur son corps, malgré le peu d'informations dont elle dispose et la méfiance, voire la crainte, qu'elle entretient envers les institutions médicales. Freyermuth observe que les violences obstétricales contre les femmes indigènes au Chiapas se perpétuent grâce à leur internalisation. Les personnes affectées peinent à exiger le respect de leurs droits et minimisent parfois les violences subies⁸⁹. Scheper-Hughes parle d'une banalisation des atteintes à l'intégrité corporelle chez certaines populations marginalisées, parfois même comme monnaie d'échange (organes, encouragement matériel à la stérilisation en Inde). S'efface alors en partie l'idée de sacralité de la propriété du corps ou du droit de l'individu à la libre disposition de son corps⁹⁰.

Takeshita explique, qu'à l'apparition du stérilet, certains de ces dispositifs destinés aux femmes du Sud étaient conçus pour infliger une forme de violence aux utilisatrices. Ils s'incrustaient dans la paroi de l'utérus, provoquaient de graves infections et des stérilités⁹¹. Or, les techniques de violences utilisées sur les corps des femmes d'une communauté peuvent cristalliser des enjeux socio-politiques et symboliques⁹². Gautier définit les violences contre les femmes comme découlant de leur statut subordonné. Elles sont perpétrées au sein de la famille, de la communauté ou encore par l'État. Elles peuvent se manifester sous forme de violences sexuelles, de coups, de mutilations, de trafic, de stérilisation ou d'avortement forcé, d'usage forcé de la contraception...⁹³ La subordination des femmes indigènes est structurelle. Elle est liée historiquement aux rapports sociaux inégalitaires, à l'intériorisation d'attitudes serviles, à la formation d'une identité empreinte de dépendance et d'auto-dévalorisation. Elle est le résultat de la violence physique, du système raciste, de la marginalisation, des discriminations, de l'exclusion, du mépris⁹⁴. C'est pourquoi elle peut prendre de multiples formes, y compris être

89. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

90. Scheper-Hughes, « Parts unknown ».

91. Takeshita, *The Global Biopolitics of the IUD*.

92. Melenotte, « Autopsia de una matanza ».

93. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

94. Olivera B, « Le « Mouvement indépendant des femmes » du Chiapas et sa lutte contre le néolibéralisme ».

exercée par d'autres personnes, qui partagent les mêmes caractéristiques de genre, de classe ou d'indigénité.

Evelina, femme mam de 30 ans, de Colotenango, explique que les *Ladin@s* leur disent qu'elles, les femmes indigènes, « *n'écourent pas* », qu'elles sont « *comme les animaux de la montagne* », qu'elles sont « *inférieures* ». Carmela, femme mam de 39 ans de la même petite communauté de Colotenango dit même subir des discriminations de la part de femmes mam d'une communauté en contre-bas, plus près de la municipalité de Colotenango : « *elles nous disent que nous sommes de la montagne, que nous sommes de la jungle, que nous utilisons des trajes de laine, que nous ne voulons pas nous moderniser, que nous ne mangeons que des herbes, de la terre et des racines* ». Dominga, étudiante mam de 16 ans m'explique que, plus jeune, ses camarades de classe de Todos Santos, mams également, l'humiliaient régulièrement parce que ses habits étaient troués et vieux, comme elle était « *encore plus pauvre qu'eux* ». Maintenant qu'elle vit à Huehuetenango et porte de beaux *trajes*, ses camarades, indigènes comme *ladin@s*, se moquent de son refus de porter des jeans et de sa manière de parler en espagnol. Elle raconte que pour faire des équipes de travail, elle se retrouve toujours avec les seules filles indigènes de la classe : « *les Ladin@s ne veulent pas travailler avec nous, elles disent que nous ne comprenons pas bien les choses* ». Pourtant, Dominga a de très bonnes notes, et ce malgré des discriminations qu'elle constate aussi de la part de certain·e·s professeurs·e·s. Celle de biologie lui a répété toute l'année qu'elle n'allait pas avoir son diplôme si elle ne validait pas son module de nutrition. Pour ce faire, elle devait atteindre « *le bon poids pour sa taille* ». Or, Dominga ne parvenait pas à grossir et la professeure lui répétait : « *si tu ne grossis pas de douze livres tu ne valideras pas ton année, tu dois faire un effort pour t'alimenter correctement* ». Ces violences faites aux femmes, en raison de leur genre sont souvent corrélées aux stigmates de leur ethnicité indigène, à leur ruralité, et à leurs conditions de pauvreté. Elles revêtent un caractère important dans le contrôle du corps et dans son appropriation par autrui :

**Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

F - Depuis mon enfance j'ai été exclue. Je le vois avec mes enfants aussi. On a reçu une certaine éducation, et ceux de l'autre culture en reçoivent une autre.

A - Les *Ladinos* ?

F - Oui. Parce que des fois, il y a plus de possibilités pour certains et moins pour d'autres. Parce que des fois, il y a plein de choses, comme des obstacles, qui ne sont pas pris en compte, peut-être parce que ces choses ne se voient pas de façon si évidente, mais c'est nécessaire de les prendre en compte parce qu'elles sont importantes.

A - Mais toi comment on te discrimine ?

F - Bon actuellement pas autant qu'avant, ou du moins je ne vois plus les choses comme avant, parce que j'ai appris, j'ai compris comment sont les choses. Parce que comme je t'ai dit, mon père m'a amené vivre là-bas un temps, près d'Antigua. J'étais dans une école de filles, toutes de l'autre culture... bon, *ladinas*. Et donc comme j'ai toujours utilisé mon *traje*, quand j'étais là-bas je ne comprenais pas pourquoi mes camarades de classe me traitaient de « *indita* » (« petite indienne », terme péjoratif). Ou encore elles me disaient « *indita sans culotte* ». Parce que je ne savais pas, mais il y a comme une idée que les femmes indigènes ne portent pas de sous-vêtements. Mais bon, ma maman m'a toujours mis des sous-vêtements, donc je ne sais pas d'où vient cette idée. Bref, ce qu'il s'est passé c'est qu'un jour, mes camarades de classe ont voulu vérifier si je portais une culotte sous mon *corte*.

Dans la cour, elles m'ont encerclée, elles m'ont attrapée. Certaines me maintenaient et les autres ont enlevé tous mes vêtements. Même quand elles ont vu que je portais une culotte, elles ont continué à me déshabiller. Je me débattais, heureusement des filles sont venues me défendre, c'était des *Ladinas*, mais pas comme les autres, elles étaient de classe pauvre comme moi, n'avaient pas de beaux vêtements et subissaient aussi des moqueries.

Plusieurs auteur·e·s montrent que les violences directes contre les femmes, et particulièrement lorsqu'elles sont pauvres et indigènes, qu'elles soient institutionnelles, communautaires ou intrafamiliales sont liées. La banalisation et la naturalisation de la violence physique, morale, sociale, domestique alimentent une même démarche d'exclusion des femmes de l'exercice de citoyennes de pleins droits et d'expropriation de leurs corps.

1.2 Émergence et instrumentalisation du féminicide

Un jour, durant l'enquête de terrain, l'interprète F. et moi partons rencontrer Marla, une *comadrona* âgée, originaire d'une communauté d'Ixtahuacán. Sur le chemin, F. me parle des nombreuses violences intra-familiales qu'elle observe chez des femmes proches d'elle. D'après sa mère, c'est un phénomène qui ne cesse d'augmenter depuis la fin du conflit armé. Elle me raconte, par exemple, que la belle-mère de sa sœur est battue par son mari et que l'un de ses fils l'a rendue volontairement aveugle. Elle ne parvient pas à comprendre pourquoi, d'autant plus qu'à présent elle peine à réaliser les tâches domestiques, et qu'elle est devenue complètement dépendante. Arrivée dans la communauté, nous trouvons Marla alitée. Elle explique qu'elle n'exerce plus comme *comadrona* depuis qu'elle est devenue handicapée il y a un an. Elle a perdu l'usage de ses jambes peu après que son mari l'ait mise à la porte avec ses enfants. Il avait décidé, pratique masculine assez courante localement, d'abandonner sa première famille pour se mettre en ménage avec une autre femme plus jeune. Marla semble attribuer cet abandon au fait que son mari n'a jamais apprécié qu'elle devienne *comadrona*, car il n'aimait pas qu'elle s'absente, que des femmes viennent tout le temps la voir, qu'elle ait moins de temps pour les tâches domestiques, qu'elle gagne son propre argent, et aussi qu'elle impose un rythme dans les rapports sexuels pour éviter de tomber enceinte. Suite à cette expulsion du domicile familial, un de ses fils est entré dans la maison pour tenter de récupérer des affaires. Le père l'a surpris et a commencé à le frapper violemment, Marla s'est interposée pour protéger son fils. Son ex-mari a alors sorti son arme et lui a tiré dessus, la laissant pour morte. Elle a été amenée d'urgence à l'Hôpital. Quelques temps plus tard, ses fils aînés ont capturé et attaché leur père et ont commencé à le tabasser à mort. Une autorité de la communauté est alors intervenue et les a convaincus de ne pas le tuer, mais de plutôt l'amener ligoté au commissariat de Huehuetenango en racontant à la police les événements. Ni la police, ni la justice n'ont mené d'enquête ni même convoqué Marla pour témoigner. Après deux mois en prison, son mari était de retour chez lui. Sa nouvelle femme est enceinte. En nous racontant cela, Marla nous montre les six impacts de balles dans son corps. Trois dans la jambe, trois dans l'abdomen. C'est inexplicable qu'elle ait survécu. Elle y voit une intervention divine. Lorsqu'elle est arrivée dans le coma à l'Hôpital de Huehuetenango, elle a été opérée plusieurs fois. Elle précise qu'à l'Hôpital on ne prenait pas soin d'elle, on ne l'aidait pas, on ne lui donnait pas de médicaments. Elle commençait à pouvoir remarcher, mais le chirurgien a voulu opérer la jambe une nouvelle fois. Selon elle, ce médecin l'a mal soignée. Il a cassé quelque chose car il ne s'est pas appliqué et l'opération s'est infectée, l'empêchant de se relever depuis.

Non seulement Marla a été victime d'une tentative de féminicide, dont elle a réchappé de peu et qui peut se reproduire, mais la mauvaise qualité des soins qu'elle a reçus la prive

de la possibilité de se tenir debout et donc d'accomplir la plupart des tâches qu'elle effectuait auparavant. Elle n'a reçu aucune protection juridique, aucun soutien financier ou moral de la part de l'État. L'anthropologue Giulia Maero démontre que la situation désastreuse de l'accès à une prise en charge sanitaire de qualité affecte considérablement les processus de justice liés à la violence faite aux femmes, ainsi que leur possibilité de recevoir des soins adaptés, que ce soit dans l'urgence ou dans un suivi à plus long terme⁹⁵. Freyermuth constate que la naturalisation de la violence intrafamiliale, par des personnels d'institutions (y compris sanitaires), des membres de la famille ou de la communauté, rend possible sa minimisation et sa reproduction⁹⁶.

Le nombre de femmes assassinées au Guatemala est en constante augmentation. Il passe de 222 en 2001 à 720 en 2009 selon le recensement de la Police Nationale Civile⁹⁷. Il dépasse les 1000 en 2010⁹⁸. Entre 2001 et 2006, l'indice de mortalité féminine a augmenté de 117 %. La plupart des femmes assassinées avaient entre 16 et 30 ans. En 2005, 68 % des victimes avaient moins de 17 ans⁹⁹. Un an plus tard, aucun des 640 assassinats de femmes de l'année 2005 n'avaient abouti à un processus de réelle investigation, et encore moins un processus de justice¹⁰⁰. En 2009, seulement 7 des 1227 cas de femmes assassinées entre 2002 et 2004 avait abouti à une incarcération¹⁰¹. Grand nombre de ces femmes avaient été torturées et/ou violentées sexuellement avant d'être assassinées¹⁰². Malgré les accords de paix de 1996, les structures institutionnelles et les systèmes communautaires traditionnels du Guatemala s'avèrent incapables de protéger les femmes¹⁰³. L'anthropologue Victoria Sanford évoque ce phénomène comme un passage du génocide au féminicide. Elle lie les milliers de violences féminicides contre les femmes guatémaltèques à la responsabilité passée et actuelle de l'État. Elle considère en effet que l'indétermination des perpétrateurs de ces crimes renvoie à la culpabilité de l'État, dans un terreau favorisé, entre autres, par l'impunité passée et présente. Elle établit des connexions entre les pratiques et discours de violence du passé et du présent¹⁰⁴. Elle opère un parallèle entre le renvoi par l'État de la responsabilité de la violence à d'autres acteurs tels que la guérilla durant le conflit armé et les gangs actuellement, tout en ne faisant rien pour garantir la protection des citoyennes. Sanford relate dans ce cadre différents cas de crimes, viols et menaces de morts envers des femmes impliquées dans des organisations politiques de défense des droits citoyens ou parentes de militants de ces organisations¹⁰⁵. Pour Sanford, Les indicateurs élevés de violence qui s'accompagnent d'une politique de répression sélective, de « *limpieza social* » (nettoyage social), intègrent des structures de terreur quotidienne institutionnelle et organisée :

« *Comprendre le rôle de l'État nous permet de nous enquérir des explications officielles des meurtres de femmes et, à son tour, nous renvoie au rôle historique de l'utilisation de la terreur comme principale ressource du pouvoir, garanti au Guatemala pour l'impunité depuis le génocide des années quatre-vingt, au nettoyage social et au féminicide d'aujourd'hui* »¹⁰⁶.

Sébastien Jahan note que la parenté entre le féminicide d'aujourd'hui et la violence ciblée

95. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

96. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

97. Portenier, *Killer's paradise - Paraiso de asesinos*.

98. Falquet, *Pax neoliberalia*.

99. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

100. Portenier, *Killer's paradise - Paraiso de asesinos*.

101. Jahan, « La violence contre les femmes au Guatemala : du génocide au féminicide ».

102. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

103. Costantino, « Femicide, impunity, and citizenship ».

104. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

105. Sanford, *Violencia y genocidio en Guatemala*.

106. Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*. p.18.

des campagnes militaires d'extermination montre la pérennité d'une idéologie visant à placer les femmes dans des rôles sociaux spécifiques sous le contrôle des hommes. Selon lui, il y a actuellement une instrumentalisation du féminicide par l'État, pour instaurer un climat de terreur et justifier la militarisation¹⁰⁷. Les femmes n'identifient pas les institutions étatiques de police ou de justice comme des ressources fiables vers lesquelles se tourner pour trouver une protection¹⁰⁸. Ce sentiment de défiance est particulièrement renforcé dans les espaces où la mémoire du conflit et des violences sexuelles est forte¹⁰⁹.

Des anthropologues féministes ont montré comment le contrôle de la sexualité féminine et plus largement du corps féminin représentait un enjeu important dans la conquête de territoires et d'espaces politiques¹¹⁰. Au cours de l'histoire du Guatemala, la subordination des femmes à travers l'appropriation de leurs corps a été d'autant plus forte pour les femmes indigènes, comme le montrent de nombreuses auteures¹¹¹. Les femmes indigènes étaient à la fois soumises à la dépendance et à l'autorité de leurs père et mari, mais également à celle des hommes *criollos* ou métis, particulièrement les maîtres de maison, les propriétaires terriens ou encore les gérants des *fincas* où elles travaillaient. L'ensemble de ces hommes disposait librement du corps des femmes indigènes et de leur capacité reproductive, liberté exercée à travers des violences sexuelles notamment¹¹². On remarque parfois dans le discours des femmes que des problèmes liés à leur santé, et particulièrement à leur santé reproductive, découlent de violences (sexuelles principalement), souvent intra-familiales. Il est alors essentiel de questionner le rapport au corps et à la vie reproductive, en intégrant les conditions de vie marquées par des violences ou des risques de violences, notamment sexuelles. Et ce, tout en les mettant en perspective avec les violences sexuelles passées, d'autant plus dans ces communautés, qui ont connu fortement ce type de violences durant le conflit interne armé.

Pour Paula Del Cid, le viol des femmes indigènes est un élément fondamental de l'État guatémaltèque. L'idée que leur corps soit appropriable sexuellement persiste notamment dans les *fincas* et les espaces domestiques où elles travaillent. Des organisations féministes indigènes et *ladinas* réclament en vain une régulation du travail domestique et la reconnaissance du caractère aggravant du viol sur les femmes indigènes. Cela témoigne du racisme-sexisme structurel qui persiste au Guatemala¹¹³. L'ampleur caractéristique des violences sexuelles sur les femmes indigènes durant la guerre est intimement liée à l'appropriation violente du corps des femmes avant la guerre. Les féminicides dans l'après-guerre découlent de ce passé violent en s'intégrant dans un contexte de globalisation néo-libérale (migration, travail dans les *maquilas*, crime organisé, méga-projets)¹¹⁴.

Plusieurs chercheuses ont mis en avant le continuum de la violence néolibérale, et la manière dont y sont associées violences publiques et privées contre les femmes. J. Falquet montre

107. Jahan, « La violence contre les femmes au Guatemala : du génocide au féminicide ».

108. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan* ; Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

109. Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

110. Freyermuth Enciso, « Antecedentes de Acteal, muerte materna y control natal ¿Genocidio silencioso? »

111. Dary, Asturias de Barrios, et Vargas, *Sembradoras de esperanza* ; Galindez, « Percepciones de la exclusión social basada en género y etnicidad desde las organizaciones de mujeres en Guatemala » ; Fulchiron, « La violencia sexual como genocidio. Memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado en Guatemala » ; Monzón, « Mujeres, género y etnia en Guatemala. Aproximaciones conceptuales ».

112. Monzón, *Rasgos históricos de la exclusión de las mujeres en Guatemala*.

113. Del Cid Vargas et Secretaría Presidencial de la Mujer, « Carácter político de las sexualidades » ; Cabanas Díaz et Del Cid Vargas, *Guatemala*.

114. Cabanas Díaz et Del Cid Vargas, *Guatemala*.

que les acteurs ou les complices de cette violence dirigée vers les femmes peuvent être des États, des forces armées (militaires, para-militaires, policières...), des institutions judiciaires, des institutions éducatives et médicales, mais aussi des hommes de la famille ou de la communauté. Elle ajoute que certains de ces acteurs agissent dans une complicité globale implicite autour d'une rhétorique de « ce qui est bon pour les femmes ». Ils ont donc recours, de surcroît, à une rhétorique de la protection des femmes pour justifier leur violence et leur contrôle¹¹⁵. La militarisation renforce des rôles sociaux et des archétypes sexistes. C'est aussi dans ce contexte que s'inscrit le féminicide, comme politique de terreur¹¹⁶. Par exemple, la torture sur les corps des femmes peut devenir un mode de communication entre groupes de crimes organisés dans leurs luttes pour contrôler des territoires¹¹⁷. J. Falquet relève des ressemblances entre violence domestique exercée contre les femmes et la torture dite politique, dans les méthodes et dans les effets. Elle décrypte le phénomène de contrôle social obtenu aussi bien par la violence contre les femmes que par les techniques de guerre de basse intensité¹¹⁸. Pour J. Falquet, la guerre est un pilier de l'organisation de cette violence dans l'attribution des ressources, des marchés et des forces productives. Le renforcement de la violence par des « hommes en armes » est généré par l'État, qui abandonne un rôle social pour un rôle répressif, comme on le voit au Guatemala autour des politiques de *Mano Dura*. Dans le cadre de ces politiques, on laisse se monter des groupes para-militaires pour supposément aider ou remplacer l'État dans la lutte contre la criminalité et la délinquance. Ces groupes sont régulièrement en lien avec une base des PACs de la guerre civile, comme cela est évoqué plus haut dans le cas de Todos Santos. Ces mêmes types de groupes se recyclent en milices privées pour les multinationales extractivistes qui se développent dans les terres autochtones. Ils commettent des meurtres, des viols et autres exactions sur les populations environnantes. L'extractivisme, préconisé comme mode de développement au côté de la monoculture d'exportation, engendre très souvent une prolétarianisation et/ou une expulsion des habitants des environs. L'usage de violences sexuelles sur les habitantes par les milices des entreprises agricoles et extractivistes visent alors à contraindre les habitant·e·s à partir et à étouffer toute protestation¹¹⁹. J. Falquet insiste donc sur l'importance d'intégrer dans les analyses l'ampleur et la spécificité de la violence exercée contre les femmes dans le dispositif néolibéral. Cette violence s'exerce pour contraindre, à l'échelle mondiale, un bataillon de main d'œuvre efficace, « docile », bon marché ou gratuite. C'est pourquoi la violence économique sur le marché du travail et la brutalité des politiques migratoires s'inscrivent dans une guerre de « basse intensité »¹²⁰. La recrudescence ou le redéploiement de la violence contre les femmes n'est pas un dommage collatéral de la mondialisation néolibérale mais un de ses piliers¹²¹.

2 La sexualité et la santé reproductive affectées par les violences

Carmen - Aide-soignante Fundaeco - 50 ans - mam - 9 octobre 2012 -

Carmen est une aide-soignante mam âgée qui travaille pour une ONG. C'est Sergio, le responsable local *ladino* de l'ONG qui lui demande de m'accorder un entretien. Elle défend une posture néo-malthusienne durant toute la conversation. Après avoir éteint mon dictaphone, je l'interroge d'une manière assez inattendue pour elle sur l'existence de stérilisations forcées pendant la guerre. Surprise, elle s'exclame spontanément :

115. Falquet, *De gré ou de force*.

116. Fregoso et Bejarano, *Terrorizing Women*.

117. Segato, *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado*.

118. Falquet, « Guerre de basse intensité contre les femmes ? »

119. Falquet, *Écologie* ; Falquet, *Pax neoliberalia*.

120. Falquet, *De gré ou de force*.

121. Falquet.

« oui ! Il y en a eu beaucoup ! Il y a eu tant de choses, ils attachaient les femmes, ils leurs coupaient les seins, le ventre, ils les violaient, ils les tuaient... ay... ». J'insiste : « mais il y a eu aussi des stérilisations forcées par les médecins ? ». Elle maintient : « Oui, oui, il y en a eu. Même dans ma communauté il y en a eu... de tout il y a eu... ay mon Dieu... ». À ce moment-là, Sergio entre dans la pièce et elle arrête net de parler. Gênée, elle me dit : « bon si vous n'avez pas d'autres questions... » et elle s'éclipse rapidement.

Silvia Soriano a rapproché l'importance forte des atteintes au corps des femmes pendant la guerre au Guatemala et au Chiapas. Elle relève l'insistance sur l'atteinte aux attributs sexuels et reproducteurs tels que les seins, le ventre, le sexe¹²². Les attaques sur le corps des femmes par la torture sexuelle, le viol et les mutilations peuvent être dirigées à un groupe social en particulier considéré comme subversif, pour affirmer un ordre politique établi. Ces attaques sont alors une arme de répression instrumentalisant les symboles de la maternité¹²³. C'est pourquoi plusieurs anthropologues qui ont étudié ces phénomènes ont qualifié certains massacres d'à la fois génocide et féminicide du fait de la nature des victimes et des violences infligées¹²⁴. Dans le cas du Chiapas, Freyermuth établit une relation entre la mort maternelle, les campagnes de contrôle des naissances agressives et la « politique d'extermination » de 1997. Selon elle, les discriminations souffertes par les femmes indigènes dans les centres médicaux, les comportements négligents et abusifs de la part de l'équipe de santé se regroupent sous forme d'une « violence silencieuse », intimement liée à des violences extra-ordinaires, comme le massacre d'Acteal¹²⁵. La présence militaire et para-militaire s'est accompagnée d'une forte sollicitation des services des femmes, qu'ils soient sexuels, agricoles, ménagers, domestiques...¹²⁶. Hormis le *susto*, beaucoup de femmes violées ont souffert de maladies sexuellement transmissibles ou gynécologiques. D'autres ont eu des grossesses non désirées. Cependant, ces effets ont été invisibilisés aux yeux de la famille, de la communauté et de la société plus largement¹²⁷. Durant le conflit armé, l'accès aux services de santé reproductive était difficile et dangereux pour les femmes indigènes de certaines zones soupçonnées d'être réceptives aux projets de guérillas. Aussi, durant cette période de guerre, les femmes indigènes de ces zones ont eu des expériences reproductives douloureuses qui ont marqué leurs corps et leur esprit jusqu'à présent. Ces expériences venaient s'ajouter à d'autres expériences difficiles liées au manque d'alimentation, au vécu de morts violentes et de violences sexuelles, aux difficultés à soigner des blessures...¹²⁸ Les risques reproductifs augmentaient avec le déplacement forcé. Les femmes faisaient de nombreuses fausses couches, accouchaient prématurément, ne parvenaient pas à allaiter correctement leur enfant.

Comme cela est constaté dans la partie précédente (Ch8-II-1), le vécu difficile durant le conflit a engendré certaines expériences reproductives douloureuses et a eu un fort impact dans le rapport à la planification familiale. Dans son livre *Unsafe Motherhood : Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in Post-War Guatemala*, Nicole S. Berry montre bien comment les actions globales de médicalisation de la santé reproductive des femmes indigènes participent pour ces femmes d'une violence inscrite dans la continuité du conflit armé. Cette violence passe notamment par l'atteinte à l'intégrité des corps, y compris dans leurs parties les plus intimes.

122. Soriano Hernández, *Mujeres y guerra en Guatemala y Chiapas*.

123. Melenotte, « Autopsia de una matanza ».

124. Freyermuth Enciso, « Antecedentes de Acteal, muerte materna y control natal ¿Genocidio silencioso ? » ; Sanford, *Guatemala : del genocidio al feminicidio*.

125. Freyermuth Enciso, *Las Mujeres de Humo*.

126. Freyermuth Enciso.

127. Aguilar, *Rompiendo el silencio*.

128. Hernández Alarcón, *Memorias rebeldes contra el olvido*.

Ces atteintes entraînent alors pour les populations indigènes une représentation et/ou un vécu d'une baisse de fertilité ¹²⁹.

Sur mon terrain de recherche, les femmes attribuent en dernière instance leur mauvaise santé reproductive à leur condition de femme et de pauvreté qui engendre des conditions de vie, de soins et de travail difficiles. On retrouve ce même type d'explications de la part des femmes concernant les fausses couches et la mortalité materno-infantile durant le conflit armé. Aussi, il est courant que l'explication d'une fausse couche passée fasse référence au *susto* de la guerre, à la violence conjugale, au travail dans les plantations.

Des études confirment que la violence domestique, qui touche énormément de femmes, peut avoir des effets désastreux sur la santé reproductive ¹³⁰. On l'a vu avec Fernanda, qui pense que les violences conjugales et sa condition de pauvreté nuisaient à sa fertilité (Ch5-I). Elle estime que sa tristesse et le *susto* provoqués par ces violences ont rendu son premier enfant asthmatique. Le lien opéré par les femmes entre la dégradation de leur santé reproductive et l'implantation d'entreprises extractivistes n'est pas non plus fictif. Selon un rapport du CEPAL (Commission Économique - de l'ONU - pour l'Amérique Latine), les grands accidents impliquant des déchets toxiques sur les territoires des peuples autochtones ont provoqué une augmentation du nombre d'avortements spontanés, de cancers et d'autres maladies parmi les femmes autochtones. Aussi, les problèmes de santé sont directement liés à l'usurpation progressive des terres, à la déprédation de l'environnement naturel avec une logique extractiviste, à la militarisation des communautés, à la criminalisation du mouvement, etc. Ces processus de détérioration de la qualité de vie ont un fort impact sur la santé reproductive des femmes ¹³¹.

Observation *jornada* Aprofam - C.A.P San Sebastián Huehuetenango

- 10 avril 2013 -

Aujourd'hui j'assiste aux stérilisations. Les patientes mam souffrent toutes pendant l'opération mais ne se plaignent pas. Presque toutes ont des problèmes de santé ou ont leur corps affecté par quelque chose : une énorme blessure à la jambe, une jambe déformée par un accident, une cécité à cause d'une infection, des varices très développées, des irritations et maladies de la peau ou encore des troubles vaginaux. Toutes ont vécu au moins une fausse couche et/ou la mort d'un de leurs enfants.

Pour E. Chirix, il est nécessaire de connaître profondément les effets secondaires de chaque méthode contraceptive et d'opter pour celle qui occasionne le moins de mal au corps et à la santé des femmes. Elle rapproche les atteintes au corps des femmes indigènes opérées par des méthodes contraceptives médicalisées, des atteintes au corps qu'elles subissent dans d'autres espaces : « *les corps des femmes ont été et continuent d'être mutilés par les gouvernements et les entreprises transnationales* » ¹³².

IV Un État qui crée et renforce l'oppression patriarcale

Dans son analyse des stérilisations forcées au Pérou, K. Theidon montre comment, dans un contexte de discriminations liées à la politique contre-insurrectionnelle, le corps des femmes

129. Berry, *Unsafe Motherhood*.

130. Gautier, « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ».

131. Naciones Unidas, CEPAL, et CELADE, « Mujeres indígenas en América Latina : dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos ».

132. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

indigènes devient d'autant plus appropriable. Les stérilisations forcées découlent alors de l'élaboration de catégories hiérarchisées de citoyenneté. Ces processus sont rendus possibles car ils intègrent une « architecture de l'impunité », c'est à dire une structure où l'impunité est construite et maintenue¹³³. Au Guatemala, les violences contre les femmes se développent dans un contexte de manque d'efficacité de l'instance judiciaire à travers les juges de paix et familiaux, de l'intervention timide du ministère public et des droits de l'homme, du peu de présence policière et du manque de formation sur ce problème social... On conclut alors que la violence quotidienne contre les femmes est un mécanisme structurel de contrôle des femmes, afin de garantir l'expropriation de leurs corps et la sexualité en faveur d'un système patriarcal capitaliste qui soutient une grande partie de son économie grâce au travail gratuit des femmes¹³⁴.

Rosi a 36 ans, elle est mam et réside dans une communauté rurale de Todos Santos. Elle pense qu'elle a été stérilisée par un produit qu'on lui a injecté à l'Hôpital quand elle s'est faite soigner pour des allergies (Ch11.I.2). Elle vit dans une maison précaire en tôle, avec ses trois filles, et ses trois petits-enfants. Son mari est rarement là, il travaille régulièrement dans des plantations de la côte. Comme nombre de jeunes femmes de Todos Santos, ses filles sont toutes les trois mères-célibataires. Elles ont été enceintes à 15, 16 et 20 ans. Elles ont toutes les trois été abandonnées par les pères respectifs pendant leur grossesse. L'un est parti travailler illégalement au Mexique, un autre aux États-Unis avant d'être expulsé, le dernier vit dans une communauté voisine. Deux d'entre eux sont des cousins éloignés des jeunes filles et ont fondé une autre famille à présent. Aucun des pères ne donne d'argent pour l'entretien des enfants. Les trois filles sont donc contraintes de s'employer durement, comme travailleuses domestiques et dans des plantations agricoles, pour participer à l'économie familiale. Rosi s'occupe de ses trois petits enfants, tout en prenant soin de la maison et en réalisant des travaux de tissage. Elle nous parle des sermons reçus lorsque les enfants sont amenés au centre de santé, tous les trois en dénutrition selon les infirmières. Les infirmières ont également exercé des pressions pour que les filles utilisent des injections contraceptives. Elles sont célibataires mais ont finalement accepté, « *au cas où* », par peur de retomber enceintes si elles avaient à nouveau un rapport sexuel non-protégé. D'après Rosi, les deux plus jeunes de ses filles n'étaient pas vraiment consentantes au moment du rapport avec leur petit ami qui a abouti à une grossesse, et ont d'autant plus peur de revivre une situation similaire.

Dans son étude dans un *municipio* de Huehuetenango, Maero montre que la pauvreté est souvent associée à des ménages où les hommes sont absents, composés de femmes célibataires ayant des enfants et des petits-enfants. Les facteurs à l'origine de ces situations sont liés à une forte discrimination de genre. Ils sont le produit d'un manque d'accès aux possibilités de formation, d'emploi, de services basiques de santé et d'éducation, de propriétés de la terre et de l'habitat, tout comme ils les produisent¹³⁵.

Comme partout, les identités et les rôles de genre sont construits très tôt dans la socialisation des enfants indigènes. On peut citer des pratiques courantes de différenciation genrée à Ixtahuacán, qui consistent à disposer un objet dans la main du nouveau né pour lui favoriser le développement de certaines compétences dans le futur. On va plutôt mettre des outils de tissage ou de la vie domestique dans les mains des jeunes filles, et chez les garçons, plutôt des outils mécaniques, de construction ou agricoles, tels que la machette. Fernanda me raconte qu'à la naissance de sa fille on a posé un stylo dans sa main et qu'à celle de son fils, on a posé une souris d'ordinateur. Comme dans toutes les sociétés, les enfants auront des apprentissages

133. Theidon, « First do no harm ».

134. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

135. Maero et Leon Alvarado.

différenciés depuis leur naissance en fonction de leur genre, en lien avec les rôles sociaux que l'on attend qu'ils adoptent. Par exemple, dans les communautés, sur des motifs économiques et de représentation des compétences de genre, on ne met généralement des couches qu'aux petits garçons. Ainsi, les petites filles apprennent plus rapidement la propreté. Pour justifier que le pouvoir soit concentré aux mains des hommes, on retrouve au Guatemala comme dans nombre de sociétés, l'idée que les hommes seraient « naturellement » dotés de plus de courage, de force, d'autorité. Les femmes investissent les rôles de travail domestique, de *care*, sous autant d'arguments de l'ordre du naturel. Ces fonctions sont moins valorisées socialement et limitent les marges de pouvoir. Pour investir cette fonction, les femmes mobilisent leurs corps dans le soin aux autres. C'est pourquoi ces fonctions participent de l'appropriation des corps féminins.



Des enfants mam d'une communauté de Todos Santos

**Fabiana - militante féministe - 30 ans - mam
- 29 avril 2013 -**

F - Je ne sais pas si je vais me marier, supporter tout le poids que cela implique. Avoir des enfants oui, mais pas tout de suite. Ma mère me dit toujours que je devrais me marier avant d'avoir des enfants, à cause des on-dit, même si je ne reste que quelques mois avec l'homme. Mais avoir ma famille comme ça avec mon mari, ça ne me dit pas trop. En plus je travaille, des fois je pars loin et pendant longtemps. Et quand on a des enfants et qu'on part on nous le reproche, on nous dit que l'enfant va prendre un mauvais chemin. Et les hommes qui abandonnent complètement leur famille on ne leur dit rien. Au final les femmes font presque tout. Administrer la maison, éduquer les enfants, tisser. Même le travail agricole, les semences, s'occuper des animaux.

Les hommes récoltent et vendent, c'est vrai, et ramènent de l'argent comme ça, c'est ce qui leur apporte la légitimité. Mais tout le travail derrière... Et puis ce qu'il se passe aussi c'est que les hommes rentrent des États-Unis parfois avec beaucoup d'argent et ils rencontrent facilement une nouvelle jeune femme qui accepte de se marier avec lui, et ses parents aussi, comme il a de l'argent et donc il laisse sa première femme. Et même si justement il a de l'argent, ça ne veut pas du tout dire qu'il va en donner pour les enfants de sa première femme. Souvent, ils se déresponsabilisent et les femmes vivent dans les conditions que tu connais. C'est pour ça que ma mère dit toujours qu'entre femmes on ne doit pas se faire du mal. À moi elle me dit que je ne dois jamais me marier ou avoir des relations avec un homme qui est déjà marié, parce que ça entraîne toujours des conséquences sur les femmes. Au final, comme je te disais, il vaut mieux rester célibataire !

L'État guatémaltèque reproduit les normes de division sexuelle du travail en renforçant le pouvoir des hommes et le travail reproductif des femmes, par la survalorisation du rôle maternel traditionnel et de l'entier dévouement de la femme à ses enfants et à son mari¹³⁶. Ces valeurs qui exaltent la procréation comme unique finalité de la vie féminine, la responsabilité de la cohésion familiale, le contrôle sur sa fonction reproductive biologique, ne s'accompagnent en rien d'un soutien moral et matériel des femmes dans cet exercice, dans le contexte social et sanitaire difficile qui est le leur.

La division sexuelle du travail et l'articulation des rôles sociaux se confrontent notamment à l'absence des hommes du foyer corrélée au déchargement de leur responsabilité matérielle, et à la contrainte des femmes de vendre alors leur force de travail, d'assurer le travail productif, sans être déchargées du travail reproductif. Cette situation transforme considérablement les organisations familiales. La charge de travail des femmes augmente donc et se redéploie à travers des réseaux féminins solidaires. Ainsi, dans la famille de Rosi, la grand-mère assure la majeure partie du travail domestique et de l'éducation des enfants du foyer, pendant que les femmes les plus jeunes assurent l'économie du foyer, en s'employant fréquemment comme travailleuses domestiques, souvent en étant contraintes de migrer plus ou moins loin. On sait qu'il existe un lien également entre paternité et migration masculine, puisque les hommes migrent aux États-Unis le plus souvent après avoir provoqué une grossesse ou dans les mois qui suivent la naissance d'un premier enfant. On sait aussi que les transferts familiaux d'argent de la diaspora guatémaltèque des États-Unis vers le Guatemala est en constante augmentation et constitue une part essentielle du PIB du pays¹³⁷. On peut alors se demander s'il existe des liens réfléchis entre politiques de migration et politiques de planification familiale¹³⁸, tant de la part du Guatemala que des États-Unis.

Or, les enjeux migratoires pour les femmes ne sont pas les mêmes que pour les hommes dans un contexte où on leur demande d'assurer le travail reproductif, tout en étant contraintes d'assurer une grande part du travail productif. Dans les discours institutionnels de planification familiale, on insiste sur le fait que c'est aux mères qu'incombent la responsabilité du futur de leurs enfants, du futur du pays. En outre, les femmes sont aussi responsabilisées de la préservation ou de la rupture de l'harmonie familiale, communautaire et ethnique, comme nous le verrons plus en détail dans le chapitre suivant. On rend les femmes coupables de désertir leur famille, contrairement aux hommes, même lorsqu'ils ne subviennent même pas aux besoins de leur famille. Si l'État laisse les responsabilités familiales se répartir inégalement, on remarque

136. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

137. www.prensalibre.com/economia/remesas-hacia-guatemala-crecieron-14-por-ciento-en-2017

138. Vergès, *Le Ventre des femmes*.

que dans les familles, la culpabilité des mères est souvent concomitante avec la fascination des pères, même absents.

Meylin - 16 ans - mam de Santa Barbara
- 10 avril 2013 -

Alors que je rentre de l'Hôpital, je vois Meylin une des jeunes filles mam de l'internat en larmes. Elle me dit qu'elle va devoir arrêter ses études parce que son père ne veut plus payer. Elle me raconte que pendant ses vacances de semaine sainte elle est rentrée voir sa famille dans sa communauté. Au bout de quelques jours, son père a expulsé sa mère, elle et ses six jeunes frères et sœurs de la maison, pour faire venir une autre femme. Sa mère a refusé de partir et son père a commencé à la frapper. Meylin s'est alors interposée, son père a cessé les coups mais lui a dit que dorénavant il ne voulait plus avoir de relations d'aucune sorte avec elle, et qu'il ne lui donnerait plus d'argent, y compris pour ses études. Je ne connais pas son père mais je sais juste qu'il a été en prison pendant la guerre puis qu'il a fui de leur communauté d'origine, parce qu'il était accusé d'avoir participé à la guérilla. La mère de Meylin, enceinte, a fui avec lui et a perdu son bébé. Meylin est née quelques années plus tard, dans l'exil. Elle a eu une enfance très difficile. Elle me parlait souvent de l'histoire de son père, de son courage, avec beaucoup de fierté. . .

Même les pères qui ont abandonné leurs familles ont souvent une bonne image dans leur communauté, parfois auprès de leurs propres enfants qui vantent ou imaginent de manière idéalisée les grandes choses qu'ils ont accomplies dans un passé de guerre difficile, ou encore dans leur réussite migratoire et/ou économique. Il existe dans les communautés un panel d'images héroïques des hommes, qu'ils soient des *leaders* communautaires combattifs, des résistants pendant le conflit armé (tant du côté des PACs que de la guérilla), des hommes solides qui ont affronté les épreuves de la migration clandestine, des narco-trafiquants et passeurs qui ont fait fortune, des stratèges qui ont su tirer profit des dynamiques partisans, des références spirituelles catholiques, évangéliques ou mayas. . . Comme me le faisait remarquer l'Espagnole Coralía, en charge depuis des années de l'internat des jeunes filles rurales : « *il y a quand même une fascination pour les pères absents et une culpabilisation des mères qui ne cesse de m'impressionner* ».

L'étude de Maero dans le département de Huehuetenango, montre que les autorités locales communautaires qui viennent remplacer l'État sous la justification multiculturelle, ne résolvent en rien les problèmes et inégalités qui touchent les femmes, tels que la précarité socio-économique, l'abandon et la dé-responsabilisation des conjoints, les violences y compris sexuelles...¹³⁹. Il est intéressant d'observer comment, dans les communautés, un nouveau modèle d'« être femme » syncrétique intègre des valeurs profondément traditionnelles dans un contexte où les niveaux de pauvreté et de marginalisation ont exigé des femmes de transgresser les rôles et les espaces historiquement assignés. Cela leur a permis de partir afin de fournir à leurs familles le nécessaire à la subsistance, même lorsque leur mandat social se cantonnait originellement uniquement au domestique. Le « syncrétisme actuel du genre » a signifié pour les femmes une multiplication significative de leurs rôles et une augmentation importante de la quantité de travail, puisque le domestique reste sous leur responsabilité exclusive, et qu'elle doivent fournir de plus en plus les ressources. Les hommes jouissent donc d'un contexte de privilèges. Ils sont déchargés des pressions sociales des autorités familiales ou communautaires, mais aussi étatiques, pour assumer leurs responsabilités, et ce d'autant plus par un contexte de permissivité quant à l'exercice de violences de toutes sortes sur les femmes¹⁴⁰.

139. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

140. Maero et Leon Alvarado.

**Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango
- 19 avril 2013 -**

Je discute avec Romina, une patiente de 46 ans. Elle me raconte qu'elle a eu ses six enfants avec son ex-mari qui la violentait. De plus, il ne voulait pas qu'elle utilise de contraception. Romina : « *il me disait : « tu vas aller avec un autre si tu en utilises ! » . Mais quand je suis tombée enceinte de ma sixième fille, il m'a fait prendre deux injections à la suite. Il disait que c'était des vitamines, mais en fait c'était des injections pour avorter du bébé ! Il me l'a avoué plus tard. Il ne me laissait pas planifier et après il voulait me faire avorter ! Dieu merci ma fille va bien, elle n'a pas eu de problèmes de santé ou de déformations à cause de ça » . Je demande à Romina si c'est pour cela qu'elle a quitté son mari. Elle me répond : « *je ne l'ai même pas quitté ! J'avais trop peur ! Quand ma sixième a eu un an, il est parti. Il est parti de lui-même, juste comme ça, et je ne l'ai jamais revu ! Il m'a rappelé une fois, deux ans après, pour que je revienne avec lui, ou juste dormir avec lui, je ne sais pas. Il me disait « pourquoi tu m'as laissé ? » . Mais c'est lui qui est parti ! Et tant mieux ! Il n'a jamais donné de nouvelles aux enfants, il ne nous a jamais donné d'argent. J'ai dû trouver toute seule le nécessaire pour qu'ils puissent aller à l'école » .**

Comme Romina, Catia vit seule avec ses trois filles. Elle s'est séparée du père de l'aînée car il ne voulait pas reconnaître son enfant et qu'il exerçait des formes diverses de violences sur elle. Le père de ses deux autres filles travaille presque toute l'année dans des plantations, il est alcoolique et ne ramène pas d'argent. Catia est contrainte de subvenir seule aux ressources de son foyer.

**Catia et Fabiana - San Ildefonso Ixtahuacán - 33 et 30 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

A - Comment tu fais pour travailler avec tes filles ?

C - Comme je te disais, avant, quand j'avais que l'aînée, comme je travaillais au *municipio*, je la laissais avec ma mère, et je donnais un peu d'argent à ma mère pour qu'elle achète la nourriture. Mais maintenant c'est compliqué avec les deux petites. Je dois tout le temps voir comment faire pour travailler. Comme elles n'ont pas encore sept ans, je ne peux pas les mettre à l'école. Avant, ils prenaient les enfants à partir de cinq ans à l'école, mais maintenant il y a une nouvelle loi et avant sept ans ils ne les prennent plus. Cette année ils en ont sorti plein de l'école, qui avaient cinq ou six ans. Ils étaient en « *castellanización* », en pré-primaire. Ils les ont renvoyés chez eux.

A - Parce qu'il n'y a pas assez d'instituteurs ?

C - Il y en a assez, à moins qu'ils ne veulent pas en payer autant. Ce qu'ils disent c'est que les enfants n'ont pas encore l'âge pour bien apprendre car ils sont trop petits. Moi ce que je vois c'est le contraire. Plus tôt ils étudient, plus vite ils apprennent. Les laisser à la maison c'est du gâchis. Et imagine pour trouver qui va les garder quand on travaille.

F - Oui parce que je le voyais aussi avec mon neveu. Il avait commencé l'école, ça allait bien. Mais comme il n'avait pas encore sept ans, avec cette nouvelle loi, ils l'ont sorti. Ma sœur l'a repris à la maison. Et puis comme son mari avait des dettes et qu'elle avait besoin d'argent, elle est partie avec un passeur aux États-Unis pour travailler et elle a amené le petit avec elle. Elle a laissé l'aîné qui allait à l'école avec ses beaux-parents et elle est partie avec le petit.

La valorisation des fonctions maternelles « traditionnelles » par l'État, mais aussi au sein

des familles, des communautés et des organisations mayas (Ch12-II-3) peut sembler entrer en contradiction avec l'obligation vitale d'investir la sphère du travail salarié, face à des politiques qui ne cherchent en rien à soulager le poids du travail domestique. Les femmes s'emploient le plus souvent dans la sphère domestique, et pour cela sont contraintes de migrer, dans le chef-lieu municipal ou départemental, à la capitale ou au Mexique, ou encore aux États-Unis pour celles qui réussissent à réunir l'argent nécessaire pour le passage clandestin. Le salaire pour une travailleuse domestique dans la ville de Huehuetenango varie entre 600 et 1000 quetzales mensuels (60 à 100 euros). Il s'agit le plus souvent de jeunes femmes indigènes rurales, qui travaillent dans des familles *ladinas* de classe moyenne, pour soulager le travail domestique des femmes du foyer, qui occupent généralement un emploi ou ont une micro-entreprise. Les travailleuses domestiques sont nourries et logées, s'occupent des enfants, des personnes âgées, font le ménage, la cuisine, s'occupent du linge... Elles peuvent parfois négocier avec leurs employeurs de suivre des études basiques ou d'alphabétisation en parallèle, dans des cours du soir ou du week-end, proposés par des écoles privées. Les frais de scolarité sont à leur charge, sauf si leurs patrons, par souci « progressiste » ou « de charité » décident de participer à ces frais. Certaines d'entre elles ont un enfant, qui n'est pas autorisé à vivre sous le même toit. Elles doivent donc le laisser dans la communauté, le plus souvent à la charge de leur mère. Elles ont rarement la possibilité de rentrer chez elles, surtout si elles étudient, car elles n'ont qu'une journée ou demi-journée de congé hebdomadaire dans leur travail. Elles n'ont pas de vacances, mais peuvent demander à leurs employeurs des permissions d'absence de plusieurs jours, qui, si elles sont accordées, seront probablement décomptées de leur salaire. De plus, les communautés sont éloignées et mal desservies en transport en commun ce qui demande une logistique matérielle importante pour rentrer. Reconfigurant considérablement le rôle maternel, elles assurent donc peu de travail éducatif auprès de leur propre enfant, mais subviennent plutôt à ses besoins matériels, ainsi qu'à ceux d'autres membres de leur famille, tels que leurs mères ou leurs petits frères et sœurs, rôle traditionnellement attribué aux hommes.

V Aspirations et choix de vie des femmes

1 Des possibilités d'études limitées

Le Guatemala n'a jamais été un pays de valorisation de la scolarisation féminine. Jusqu'au XXème siècle, la couronne espagnole s'en est totalement désintéressée. L'attention se portait uniquement sur le travail reproductif et, pour les femmes indigènes et les *Ladinas* pauvres, on y ajoutait le travail productif (couture, service, travail agricole, fabrication artisanale de cigares et d'alcool...). Ces deux catégories de travaux n'étaient pas mesurés, et peu ou pas rémunérés¹⁴¹. Les droits citoyens les plus minimes leur étaient niés, même pour les rares femmes ayant reçu une éducation¹⁴². Les femmes guatémaltèques ont mené régulièrement des luttes à partir du XXème siècle pour améliorer leur accès à l'éducation, à la propriété de la terre, aux droits politiques et obtenir de meilleures conditions de travail. Cette amélioration n'a jamais permis d'atteindre une réelle égalité avec les hommes jusqu'à présent, encore moins pour les femmes rurales, indigènes et pauvres¹⁴³.

141. Palomo et Secretaría Presidencial de la Mujer, « Del trabajo al trabajo » ; Monzón, *Rasgos históricos de la exclusión de las mujeres en Guatemala*.

142. Monzón, *Rasgos históricos de la exclusión de las mujeres en Guatemala*.

143. La cuerda, *Nosotras, las de la historia* ; Carrillo, *Luchas de las guatemaltecas del siglo XX*.



Jeunes filles mam

Dans le corpus d'enquête, on voit que la scolarité des femmes a été limitée, voire quasiment inexistante, sous différents motifs, tels que l'obligation d'accompagner leurs parents contraints d'aller travailler dans les plantations. Enfants, elles aidaient leurs parents à s'occuper des animaux, ou à effectuer d'autres tâches, ce qui pour beaucoup ne leur permettait pas de suivre les cours régulièrement, et les amenait à abandonner par lassitude de redoubler des classes. Certains parents ne donnaient d'opportunités d'études qu'aux garçons ou aux filles cadettes, grâce à l'aide financière des aînés. Beaucoup de familles auraient aimé donner un traitement équitable à leurs enfants en terme de possibilités d'études, mais ont été limitées pour des raisons économiques, souvent au profit des garçons. L'investissement sur la scolarité des garçons est estimé rapporter plus de bénéfices en raison de la patrilocalité et de la patrilinearité. Le fait que beaucoup de jeunes garçons se désresponsabilisent des grossesses qu'ils provoquent chez certaines de leurs camarades de classe renforce l'idée qu'il est moins risqué d'investir dans la scolarité d'un garçon que dans celle d'une fille. Certaines filières n'existent pas en cours du soir ou de week-end, ce qui rend impossible pour les jeunes femmes de travailler la journée pour financer leurs études et de subvenir à leurs besoins, et parfois à ceux de leur famille. La seule solution est alors d'obtenir une bourse, mais leur nombre est très réduit, et les critères d'excellence les écartent souvent de la possibilité d'en obtenir une face à des étudiant·e-s plus aisé·e-s, qui ont déjà les moyens de réussir plus facilement.

La plupart des jeunes femmes interrogées se sont unies et/ou ont eu un enfant à l'arrêt de leur scolarité. Toutes auraient voulu continuer d'étudier mais toutes n'en avaient pas les moyens financiers. Quelques unes se sont unies justement après un accord avec leur conjoint et parfois leurs beaux-parents, qui proposaient de leur financer la suite de leur scolarité. Cet

engagement a été généralement tenu dans un premier temps, mais les obligations domestiques et/ou une première grossesse sont venus perturber ce projet initial. Le désaccord *a posteriori* du mari ou des beaux-parents à leur poursuite d'étude est également évoqué.

Fernanda, du *municipio* d'Ixtahuacán, se définit comme « *une femme qui aime étudier, aller de l'avant* ». Récemment, elle prenait des cours de spécialisation le week-end. Elle aurait aimé avoir une licence, une maîtrise, un doctorat. Elle est actuellement institutrice dans une petite communauté avec un grand effectif d'élèves, elle s'occupe de ses deux enfants, dépense beaucoup pour les frais médicaux de son fils malade. Elle vit à moitié chez ses parents, car son mari est violent et il vend les denrées alimentaires de la maison pour s'acheter de l'alcool. Malgré sa situation assez critique, et sa trentaine bien entamée, elle ne perd pas espoir de reprendre un jour les études dont elle rêve.

**Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

F - J'ai rencontré mon mari pendant mes études. Quand on s'est marié, il me frappait parce qu'il ne voulait plus que j'étudie. Parce que soit-disant certains camarades de notre promotion me regardaient, ou il disait que je leur souriais. Je lui ai toujours affirmé que j'ai des rêves et que personne ne peut s'interposer dans ma volonté de les accomplir. J'ai toujours trouvé des manières d'avancer d'une manière ou d'une autre. Une stratégie que j'ai utilisé, c'est de nous inscrire tous les deux à des cours de spécialisation et de faire son travail en plus du mien pour ne pas qu'il abandonne et que je puisse moi-même continuer. Le jour du rendu du mémoire, il ne s'est pas présenté. Je lui avais tout fait, j'avais tout écrit pour lui, je l'avais imprimé. Il avait juste à le porter lui même mais il voulait que j'y aille à sa place. J'ai refusé, il m'a frappée. Alors je ne lui ai pas donné le mémoire. Je lui ai dit de le réécrire et j'ai négocié un délai pour lui avec le professeur. Il n'a rien fait et n'a pas validé son diplôme. Moi je suis passée et je pouvais enfin aller à l'Université, mais il ne m'a pas soutenue. Et je devais trouver seule l'argent pour la maison, parce que lui n'apportait rien. Et c'est là que la maladie de mon fils a commencé et que j'ai tout dépensé pour le soigner. Donc je me suis arrêtée là.

Irmina est une jeune femme mam de 21 ans, passionnée de bachatas. Elle travaille dans un petit restaurant d'Ixtahuacán qui appartient à sa sœur. Elle gagne 500 quetzales par mois (50 euros) en travaillant du lundi au dimanche, de 7h à 22h. Elle a fait des études d'institutrice grâce à une bourse, dont elle doit à présent rembourser la moitié. Elle voudrait continuer ses études pour faire de la médecine, mais elle doit d'abord travailler pour rembourser et mettre de l'argent de côté pour la suite. Son père devait l'aider financièrement, mais il a du être opéré de la jambe et il n'a plus d'argent. Elle a eu une opportunité pour entrer en école de police, mais son père n'a pas voulu ; il disait qu'elle allait se faire violer par ses collègues dès qu'elle intégrerait une équipe. Son père lui interdit de sortir et d'avoir des relations intimes avec les hommes parce que c'est trop dangereux. Elle pense qu'il a raison. Elle m'explique que certains de ses petits amis avaient insisté pour avoir un rapport sexuel, d'autres non, mais un lui a fait du chantage au suicide : « *si tu ne veux pas faire l'amour avec moi, c'est que tu ne m'aimes pas pour de vrai, et je préfère mourir* ». Elle a proposé à un de ses petits amis insistants, un Hondurien venu travailler à Ixtahuacán, de se marier avant d'avoir un rapport. Il a refusé prétextant qu'il était trop jeune pour s'engager avec quelqu'un. Irmina ajoute cyniquement : « *mais il n'était pas trop jeune pour m'abandonner enceinte j'imagine !* ». Son petit ami actuel insiste aussi en disant qu'il mettra un préservatif, mais elle n'a pas confiance : « *on ne sait jamais si il va réellement le mettre ou non, et si ça ne fonctionne pas est-ce qu'il va assumer ?!* ». Il est de

sa communauté d'origine, mais vit à la Capitale. Les parents de son petit ami veulent qu'ils se marient et qu'elle retourne à la communauté vivre avec eux même si leur fils n'y vit pas. Irmina ne veut pas se marier pour l'instant. Elle m'explique que ses amies qui n'étudient pas préfèrent s'unir pour avoir quelqu'un avec qui sortir, se promener, partager. Irmina doute de tout ça : *« les hommes sont romantiques au début, mais des fois ils ne sont plus si romantiques une fois unis. Moi je préfère travailler et après terminer mes études. Comme ça je suis sûre que je ne me retrouverai jamais enfermée »*.

Comme on l'observe ailleurs, beaucoup de jeunes filles, particulièrement parmi celles qui suivent des études, ont des projets de vie, incluant secondairement la temporalité génésique. Mais souvent leurs désirs ne correspondent pas à l'autonomie financière et sociale dont elles disposent¹⁴⁴. Malgré ses précautions, Cristalia, jeune femme mam de Todos Santos, s'est retrouvée enceinte il y a huit ans durant ses études à Huehuetenango. Son petit ami n'a pas voulu reconnaître son enfant. Elle est alors retournée vivre chez ses parents, jusqu'à ce que sa fille grandisse un peu. Puis, elle a repris l'université en droit, en cours du soir, en occupant un emploi la journée pour financer ses études et l'entretien de sa fille. Sa mère garde sa fille pendant la semaine. Elle estime finalement que c'est mieux d'être mère célibataire : *« si je m'étais mariée avec lui, ou que je vivais avec lui, peut-être que je n'aurai plus jamais étudié ! »*.

2 La conjugalité comme frein à l'épanouissement personnel des femmes

Plusieurs jeunes filles et jeunes femmes du corpus, qui n'avaient pas encore d'enfants et qui étudiaient, avec un niveau d'études relativement élevé ou un emploi satisfaisant, racontaient qu'elles aimeraient avoir des enfants, mais souhaitaient rester célibataires. Elles n'étaient pas intéressées par la vie de couple. Dominga, mam de 17 ans de Todos Santos, me parlait ainsi régulièrement du fait que les femmes réalisent un travail conséquent à la maison et qu'elles ne sont même pas payées pour ça, ni valorisées, et que c'est pour cela qu'elle ne cherchait pas à s'unir à un homme, qu'elle préférerait faire des choses pour sa famille.

Les jeunes femmes qui font des études, sont enceintes généralement moins jeunes que celles qui ont été déscolarisées, pour plusieurs raisons. Elles se contraignent davantage à éviter les rapports sexuels, dont les conséquences pourraient les amener à un abandon de leurs études. Cela se combine au fait qu'elles se laissent moins faire par les jeunes hommes et peuvent plus facilement affirmer leurs décisions. Elles ont des aspirations d'emploi qu'elles jugent plus valorisant que le travail domestique et savent qu'elles auront certainement besoin d'un salaire pour assurer leur quotidien. Elles conçoivent l'avenir dans un espace où elles pourront s'affirmer et se développer personnellement. Enfin, elles sont aussi mieux informées sur les méthodes contraceptives et y ont plus facilement accès, entre autres parce qu'elles parlent espagnol et se rendent en ville pour étudier.

Notons que ce désintérêt pour la vie conjugale se retrouve plus fréquemment chez les jeunes femmes qui ont suivi des études, mais qu'il traverse toutes les classes sociales et les catégories ethniques au Guatemala. La docteure Gimena fréquente des hommes, mais dit être trop indépendante pour se marier pour l'instant, ou même pour avoir un petit ami sérieux. Elle dit que de toutes façons la plupart des hommes ne veulent pas avoir une petite amie médecin. Et de ce fait, elle se sentait gênée de gagner plus que certains hommes qu'elle a fréquentés, et d'avoir un meilleur poste, un meilleur statut. Elle raconte qu'elle sortait à un moment avec un

144. Grenier-Torres, « Capacité reproductive et itinéraires génésiques chez les femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire ».

technicien de radiographie et qu'elle avait presque honte qu'on la voit avec lui, de le présenter à ses parents. Et lui n'osait prendre aucune initiative, il était trop impressionné : « *peut-être parce que moi je lui parlais normalement, j'avais confiance en moi, je n'avais rien à perdre et je ne le traitais pas comme s'il valait plus que moi. Mais ça n'a pas fonctionné non plus pour autant!* ».

Même chez certaines femmes qui sont en couple, qui n'ont pas suivi d'études, qui n'occupent pas d'emploi, et qui apprécient leur conjoint, la conjugalité n'est pas à préserver à tous prix. C'est le cas de Petra :

Petra - Batzalom, Todos Santos - 24 ans - mam

- 13 avril 2014 -

A - Maintenant que tu as un bébé tes beaux-parents continuent de t'embêter ?

P - Non. Bon ils me disent encore parfois que c'est mieux si le bébé reste avec eux et que moi je retourne chez moi. Moi je leur dis que si je retourne chez moi, j'amène mon bébé, que je ne vais pas laisser mon bébé avec eux. Je leur dit : « *il vient avec moi. Quand il aura 18 ans, il décidera s'il veut retourner avec son père!* ».

A - Mais pourquoi ils te disent ça ?

P - Je ne sais pas, peut-être qu'ils ne m'aiment pas. Parce que je leur réponds beaucoup, je ne me laisse pas faire, ils disent qu'ils n'aiment pas ça. Mais je ne vais pas les laisser m'humilier. Je n'ai plus peur d'eux.

A - Et toi comment tu as appris à ne pas te laisser faire ?

P - Je ne sais pas, je suis comme ça. Je ne me laisse jamais faire. Une fois mon mari a voulu me frapper, et je ne me suis plus laissée faire. J'ai dit : « *si tu me frappes, moi aussi je vais te frapper et je vais partir* ».

A - Maintenant il te traite comment ?

P - Il me traite bien. Il m'aime. C'est quand mes beaux-parents s'incrustaient dans notre intimité que ça ne se passait pas bien. Avant je me laissais un peu faire, je pleurais. Maintenant je rigole quand ils me critiquent, je leur réponds, et ils me laissent. Et si je dois partir, je partirai. J'irai chez mes parents.

Selon Alma, une femme mam de 28 ans, le nombre important de femmes célibataires est aussi un résultat du fait que les femmes ne sont plus aussi dociles qu'avant, même pour celles qui ont des enfants : « *ça n'importe plus autant une femme de continuer sa relation avec un homme. S'il la maltraite, elle laisse son mari et s'en va* ». Alma fait partie d'un groupe communautaire de femmes du *municipio* d'Ixtahuacán. Avec d'autres femmes de son groupe, elles organisent des ateliers dans les communautés environnantes sur « *la discrimination des femmes indigènes* », pour s'« *aider à se défendre* ». Les mères de beaucoup de jeunes femmes de l'enquête encouragent, dans une certaine mesure, la reproduction des rôles sexués traditionnels, tout en revendiquant l'émancipation de leurs filles¹⁴⁵. Leurs parents aident parfois à ouvrir pour elles d'autres opportunités que la vie conjugale traditionnelle s'ils le peuvent, par exemple en offrant à leur fille un terrain pour construire sa maison, allant contre les pratiques plus anciennes d'héritage patrilinéaire et de patrilocalité. Les parents cherchent de plus en plus à financer les études de leurs filles, ou à les aider à migrer. Ils acceptent aussi qu'elles reviennent vivre chez eux si leur conjoint ou leurs beaux-parents les maltraitent, ou encore qu'elles restent à la maison si elles ont un enfant et que le père refuse de le reconnaître :

145. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

Rosa - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam
- 14 mai 2014 -

R - Ma sœur, qui vit dans la communauté, a eu un enfant avec un jeune homme. Mais elle a eu des problèmes avec lui parce qu'il buvait, il sortait toujours, il allait voir d'autres femmes, il ne ramenait pas d'argent... Elle n'a pas supporté tous ces problèmes. Elle est retournée chez nous quand elle était enceinte de huit mois. Il n'est pas venu la chercher. Elle avait 16 ans. Je crois qu'elle s'est unie avec lui parce qu'elle était déjà enceinte de lui, mais après ça ne lui importait plus autant d'être avec lui quand elle a vu tous les problèmes. Elle dit qu'elle ne veut plus être avec un homme. Elle sait tisser donc elle vend les tissages qu'elle fait et elle entretient son enfant comme ça, comme le père ne donne rien.

A - Elle vit avec ton père ?

R - Plutôt avec ma belle-mère, comme mon père est tout le temps à Cancún pour travailler. Et quand il rentre à la communauté il est saoul en permanence. Et nous on aime pas ça, alors on l'évite.

A - Toi tu bois ?

R - J'ai juste bu quelques fois, deux ou trois bières (rire). Je ne sais pas pourquoi, un jour je suis partie à la *cantina* (au bar) avec un autre amie et j'ai bu plus. Le sommeil m'a envahie et je me suis endormie là-bas ! (rires). Je me suis réveillée, je suis rentrée chez moi et ils ne m'ont même pas ouvert ! Je n'ai même pas regretté ce que j'ai fait (rires) !

Catia est une femme mam d'Ixtahuacán de 33 ans. Elle a rencontré Adrián, son conjoint actuel, q'anjob'al de 40 ans, lors de réunions d'associations locales, après une longue période choisie de célibat. Elle avait reçu plusieurs demandes d'union mais était déçue des hommes, suite aux maltraitements de son premier conjoint et de sa belle-famille : « *j'aimais ma liberté, j'avais ma maison, mon travail, je m'arrangeais avec ma fille, personne ne me disait ce que j'avais à faire, où j'avais le droit d'aller, quand je devais rentrer* ». Catia avait sa propre maison qu'elle avait fait construire avec l'argent qu'elle avait gagné, sur un terrain que son père lui a offert, malgré les protestations de ses frères revendiquant le respect de la tradition d'héritage patrilinéaire.

Catia a fréquenté Adrián un moment, et ses parents l'ont convaincue de tenter une union avec lui. Ils lui disaient que même si ça ne fonctionnait pas, elle pourrait au moins être avec lui le temps d'avoir un autre enfant, pour être sûre de conserver au moins un enfant vivant sur les deux, qui pourrait s'occuper d'elle plus tard. Cet argument a convaincu Catia, d'autant qu'elle voulait apprendre à sa première fille à partager avec un autre enfant car elle devenait capricieuse. Adrián lui a alors proposé de s'installer chez sa mère, dans une communauté d'un autre *municipio*. Elle a refusé : « *comme j'ai ma propre maison ici, alors que lui il n'a rien là-bas, il n'a pas de terrain, de maison. Et je préfère m'éviter les problèmes. Je sais comment ça se passe de s'installer chez une belle-mère. Même si elle me traite bien, du peu que je la connais. Bon on ne parle même pas la même langue, mais on communique bien* ». Catia n'a toutefois pas aimé une remarque qu'Adrián lui a rapporté de sa mère, qui disait qu'il aurait dû trouver une femme moins scolarisée et moins indépendante. Elle a deux enfants avec Adrián et il a reconnu la première fille de Catia que le père biologique n'avait pas voulu reconnaître. Actuellement, il travaille dans des plantations et vit chez sa mère la plupart du temps : « *qui sait quand il va revenir !* » dit Catia en rigolant. Quand Catia a connu Adrián, il était séparé de son ex-conjointe depuis cinq ans. Il avait quatre enfants avec cette femme. Cette dernière supportait mal l'alcoolisme d'Adrián. Elle avait eu l'opportunité de partir pour les États-Unis

avec un autre homme, et l'avait saisie. Elle a été arrêtée à la frontière et elle est rentrée à la communauté retrouver ses enfants. Elle s'est remariée avec un autre homme, qui est décédé peu de temps après, et elle est finalement restée célibataire. Adrián ne donne pas d'argent ni pour les enfants qu'il a eus avec cette femme, ni pour les filles qu'il a avec Catia. Quand Adrián vit avec Catia, il ne lui donne pas des ordres car « *il n'est pas chez lui* ». Mais il se met à pleurer quand elle rentre tard, en disant à Catia : « *tu ne m'aimes pas, tu n'aimes pas que je vive avec toi* ». Catia, déçue des pressions, et des engagements non-respectés d'Adrián, notamment de cesser de boire, l'a mis plusieurs fois à la porte, y compris lorsqu'elle était enceinte. Il revenait chaque fois avec de nouvelles promesses et Catia l'acceptait à nouveau. Aujourd'hui, elle dit se sentir mieux quand il n'est pas là. Quand il est là, cela lui laisse moins de liberté et de temps libre, cela lui donne plus de travail car elle doit laver ses habits, lui préparer à manger, s'occuper de lui car « *il ne sait rien faire seul, quand personne n'est là pour s'occuper de lui gratuitement. Dans les plantations, il paye des femmes pour laver son linge, faire sa nourriture...* ». Catia, qui a monté son propre commerce de vente de jus et de nourriture sur le marché, a aidé Adrián à monter un petit commerce également, il y a quelque temps. Il n'a pas su gérer l'argent et allait boire au lieu de travailler. Catia dit que quand il n'est pas là, il y a plus d'argent, parce qu'Adrián n'apporte rien, mais de plus c'est elle qui doit acheter sa nourriture. Elle aimerait qu'il l'abandonne définitivement, même si elle l'aime et qu'elle a passé de bons moments avec lui dans des périodes courtes où il revenait avec un peu d'argent, ne buvait pas, et l'aidait à s'occuper des enfants. À présent, elle veut juste décider pour elle-même et ses filles, sans avoir le poids de cette relation.

3 La migration comme perspective d'avenir

Pour beaucoup de jeunes femmes, la conjugalité est donc souvent une priorité secondaire, après la poursuite d'études, l'occupation d'un emploi, ou encore la migration aux États-Unis. Evi, l'aide-soignante de l'Hôpital m'explique que plusieurs de ses dix frères et sœurs sont aux États-Unis. Elle rêve de les y rejoindre. Elle projette de réaliser ce rêve dans quelques années, en attendant que sa fille de quatre ans soit un peu plus grande, car elle ne veut pas l'amener. Elle ne veut pas partir avec son mari, « *parce qu'il a un bon poste à l'Hôpital* », et pense laisser sa fille dans la famille de ce dernier. Elle dit que de toutes façons elle préfère partir seule. À l'inverse, certaines femmes entretiennent, parfois virtuellement, une relation avec un homme, entre autres dans l'objectif de le suivre dans une migration prochaine aux États-Unis, ou de l'y rejoindre s'il y est déjà. Jaylin, l'aide-soignante mam d'Aprofam, projette ainsi de rejoindre son petit-ami aux États-Unis. Originaire de son village, elle admet volontiers qu'elle ne se serait probablement pas intéressée à lui s'il n'était pas parti. Il l'a contacté sur facebook après avoir migré et lui a proposé de le rejoindre pour qu'ils s'unissent, une fois qu'il aurait l'argent pour payer le voyage auprès d'un passeur, et un endroit correct où elle pourrait s'installer avec lui aux USA. À Todos Santos, la migration pour les femmes leur assure une certitude de se marier avec un Todosantero qui vit aux États-Unis et qui travaille, contrairement à celles qui restent au pays et qui sont le plus souvent abandonnées. Souvent les hommes de Todos Santos qui s'unissent aux États-Unis avec des femmes du même *municipio* ont déjà une famille au village qu'ils abandonnent.

Il existe une certaine performativité de la figure de repoussoir de la femme indigène rurale analphabète et uniquement procréatrice. Les jeunes filles indigènes souhaitent s'écarter de ce modèle, même si elles ont déjà un enfant issu d'une conjugalité qui n'a pas fonctionné ou d'un accident. Migrer avec son enfant unique ou en le laissant constitue une sortie de ce modèle. Les femmes ne sont plus uniquement des reproductrices d'une main d'œuvre masculine, elles

sont des travailleuses du *care* utiles au néolibéralisme¹⁴⁶. Cette migration féminine aux États-Unis coïncide avec un appel de main d'œuvre lié à la marchandisation du *care* et du travail domestique au Nord et sa constitution en tant que travail genré et racialisé¹⁴⁷. Aussi, elle est profondément liée aux conditions d'études, de travail, de conjugalité, de violences... des femmes dans leur vie au Guatemala. Par exemple, si elles ne souhaitent pas s'unir, qu'elles ne peuvent pas étudier, qu'elles ne trouvent pas d'emploi correct, que leur père ne leur donne pas de terrain, qu'elles ne voient pas de perspectives satisfaisantes de futur, elles sont le plus souvent contraintes de migrer vers les grandes villes ou « le Nord », pour occuper des emplois de travailleuses domestiques et espérer construire différemment leur futur et celui de leurs enfants.



Todos Santos 2014, étudiantes



Washington 2016, travailleuses domestiques

La migration aux États-Unis reste une perspective ambiguë pour les femmes, qui en rêvent mais craignent le trajet. Angelina, est une jeune fille mam de Todos Santos de 16 ans. Elle s'est unie, après avoir arrêté ses études, avec un jeune homme qui projetait de migrer. Elle est tombée enceinte assez vite. Elle réalise du travail domestique dans sa belle-famille, notamment en s'occupant des enfants en bas âge de sa belle-mère qui tisse beaucoup. Angelina rêve de partir aux États-Unis, principalement « pour connaître ». Sa sœur a migré là-bas le mois dernier avec son enfant. Angelina a eu très peur pour elle parce que son autre sœur est morte il y a quelques années, durant la traversée du désert au nord du Mexique. D'après une amie qui l'accompagnait, le passeur l'a abandonnée car elle était trop fatiguée et ne pouvait plus avancer. Un oncle qui vivait légalement aux États-Unis est parti chercher le corps et l'a ramené à Todos Santos. Angelina ne parvient toujours pas à faire le deuil parce que, d'après elle, le corps n'est pas celui de sa sœur. Sa sœur avait un tatouage qui aurait permis de l'identifier, mais on ne pouvait pas le voir car il n'y avait plus que des os. Les cheveux étaient plus longs,

146. Farris, « Femonationalism and the “Regular” Army of Labor Called Migrant Women ».

147. Farris, « Néolibéralisme, femmes migrantes et marchandisation du care ».

et elle avait des chaussettes hautes alors qu'elle aimait les chaussettes courtes. Elle portait des bracelets qu'Angelina n'a pas reconnu, mais elle avait pu les avoir en route. Elle doute encore aujourd'hui et ne voudrait pas risquer de mourir elle aussi et que son corps disparaisse.

Lorsque les femmes parviennent à trouver des formes de stabilité et d'épanouissement après une vie semée d'embûches, partir aux États-Unis ne les fait plus toujours rêver. Alina, par exemple, avait longtemps cherché les moyens et le courage de partir, surtout pour pouvoir donner plus d'opportunités à ses enfants. Aujourd'hui, elle préfère rester au Guatemala :

**Alina - Animatrice radio locale - 40 ans - *ladina*
- 23 septembre 2012 -**

Alina a 40 ans. Elle est *ladina* d'origine rurale très modeste. Depuis ses 13 ans, elle était amoureuse du fils, déjà majeur, du patron où elle travaillait. Il s'est engagé dans les PACs, tout comme un autre jeune homme qui voulait l'épouser également. Ils se sont alors battus mais le fils du patron a dit qu'il préférait attendre qu'elle grandisse un peu pour se marier. Le père d'Alina, craignant que la proposition de mariage n'aboutisse pas en raison des différences d'origine sociale l'a mariée à 15 ans avec l'autre homme, à l'insu du premier alors en mission avec la PAC. Elle a eu son premier enfant à 16 ans. Elle s'est séparée de son mari à 28 ans, après avoir eu quatre enfants, car il était violent. Alina critique le fait que son ex-mari vient d'avoir un bébé alors qu'il a un cancer depuis plus d'un an, dont il sait qu'il ne guérira pas. Elle aimerait avoir un autre enfant. Alina a été stérilisée à 22 ans, après la naissance de son quatrième enfant. C'est son oncle qui l'a amenée se faire stériliser à cause des maltraitances de son mari. Ils n'ont pas trouvé d'endroit qui accepte de la stériliser, sauf finalement Aprofam qui a accepté. Elle ignorait alors l'existence d'autres méthodes contraceptives et pensait que la stérilisation était réversible. Elle est célibataire et compte le rester. Elle ne répond pas aux avances des auditeurs de son émission de radio qui, pour la plupart originaires de son *municipio*, vivent aux États-Unis. Elle en fréquente quelques uns lorsqu'ils sont de retour dans le *municipio*, déportés ou parce qu'ils ont eu l'opportunité d'obtenir des papiers. Elle n'exclut pas un jour d'en épouser un pour partir facilement aux États-Unis. Mais pour l'instant, elle ne voit pas l'intérêt et elle est heureuse comme ça.

Beaucoup de femmes guatémaltèques aspirent à être propriétaires de leurs corps et de leurs vies. Or, les politiques étatiques et globales accroissent leurs difficultés. Rien n'est fait pour responsabiliser les hommes de leur paternité, ni lutter contre les violences sexistes. Les femmes expérimentent des conditions de vie qui leur permettent rarement d'envisager un futur épanouissant au Guatemala (difficulté d'accès à la propriété, surcharge de travail domestique, privation économique pour elles ou les enfants, difficultés de faire des études), or elles ne peuvent même pas migrer sans danger et sans exploitation.

Les femmes recourent alors à la construction d'alliances stratégiques ponctuelles entre femmes comme mécanisme de résistance. Au milieu de tant de violences quotidiennes, des formes d'organisations de femmes émergent, réclamant des droits citoyens, et marquant la construction d'elles-mêmes comme sujets sociaux et politiques depuis l'individuel et le collectif ¹⁴⁸.

148. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

Chapitre 12

Enjeux des résistances indigènes

Les politiques de planification familiale médicalisée massives et ciblées sur les femmes indigènes ont commencé à se systématiser depuis le conflit armé. Du fait de la forte présence indigène et la grande pauvreté des régions marquées par la guerre, les campagnes de stérilisation sont conduites principalement dans ces zones. Les pratiques autoritaires de contrôle médicalisé des naissances sont souvent interprétées par les populations indigènes comme une continuité dans les violences qu'elles vivent depuis le conflit armé, ce qui accroît leur méfiance envers les institutions. Mais certains discours mayanistes vont plus loin et considèrent que les programmes actuels de planification familiale médicalisée constituent un prolongement du génocide. Concernant les programmes de stérilisations au Guatemala, et plus spécifiquement à Huehuetenango, la sociologue Emma Chirix parle de « plan ethnocide »¹. Elle le met en lien avec la dimension génocidaire d'autres programmes de « stérilisations forcées », notamment au Pérou.

En effet, les stérilisations au Pérou sont assez unanimement dénoncées dans la presse internationale, et même nationale, comme génocidaire. On peut citer quelques titres de journaux qui témoignent bien de cette dénonciation eugéniste :

- « Les stérilisations forcées au Pérou en tant que politique eugénique punitive »² (Pérou, 2012)
- « Par les stérilisations forcées, Fujimori a implanté au Pérou un programme de nettoyage ethnique »³ (Catalogne, 2013)
- « Pérou. La méthode Fujimori pour se débarrasser des Indiens »⁴ (Italie, 2002)

Dans un article publié en 2003 dans le journal espagnol *El País*, la procureure générale péruvienne interviewée explique que :

*« le ministère public, après plus d'un an d'enquête, va déposer une nouvelle plainte contre Fujimori, cette fois-ci "pour génocide", après la stérilisation forcée de femmes et d'hommes dans de nombreuses communautés indiennes. [...] Des communautés entières ont été stérilisées, notamment en Amazonie et dans la zone du Callejón de Huaylas, où près de 60 % des femmes ont subi une ligature des trompes. [...] Une fois tous les témoignages réunis, ce qui ne saurait tarder, nous (le ministère public) porterons plainte devant le Congrès contre Fujimori pour génocide par stérilisation de communautés entières ».*⁵

1. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul.*, p.67.

2. Gonzales-Lara, « Las esterilizaciones forzadas en Perú como una política eugenésica punitiva ».

3. Cuentas, « Con las esterilizaciones forzadas Fujimori implantó en Perú un programa de limpieza étnica ».

4. Ciai, « PÉROU. La méthode Fujimori pour se débarrasser des Indiens ».

5. Sosa, « PÉROU. L'ex-président Fujimori bientôt inculpé pour génocide ».

On peut relever dans cette citation, que la question des stérilisations forcées est envisagée uniquement comme un crime de génocide envers la population indigène. Or, on sait que ces stérilisations ont touché la population indigène de manière différenciée, selon leur sexe notamment. Il ne s'agit non pas de « *stérilisation de communautés entières* », comme affirmé dans l'interview, car les stérilisations ont été réalisées principalement sur les femmes⁶. Seulement 7 % des personnes stérilisées au Pérou entre 1995 et 2000 étaient des hommes (environ 25.590 vasectomies pour 331.600 ligatures), et les 2074 plaintes concernant le caractère forcé de la stérilisation ont toutes été déposées par des femmes⁷. Le genre des victimes disparaît sous leur ethnicité, afin de faire reconnaître ces actes comme génocidaires. Si la dimension raciste des stérilisations forcées a plus d'écho que son caractère sexiste, plusieurs chercheur/se-s et avocat-e-s notifient l'importance de signaler que cette politique était dirigée spécialement sur les femmes. Elle constitue un crime commis sur un groupe marginalisé socialement, ce qui met en évidence des discriminations pour des raisons ethniques, car presque toutes étaient indigènes, mais aussi des discriminations socio-économiques et de genre⁸. D'ailleurs, le combat pour la reconnaissance de ces crimes était en premier lieu porté par des féministes péruviennes, aussi depuis une perspective de genre. Or, lorsque la scène publique nationale et internationale de défense des droits humains et autochtones s'empare de ce combat, la perspective féministe de cette accusation tend à revêtir un aspect secondaire, voire instrumental, au profit d'un combat sur le thème racial et génocidaire. Cette cause obtient une portée plus large, avec plus d'alliés, en raison d'une meilleure reconnaissance de la pertinence et de la légitimité de celui-ci, notamment à l'échelle internationale.

Contrairement au Pérou ou au Brésil⁹, la question des stérilisations est très peu mise en évidence sur la scène publique guatémaltèque par les acteurs de la preuve génocidaire. Pourtant, le discours sur la dimension génocidaire intrinsèque aux programmes de stérilisations, se retrouve dans l'ensemble du corpus d'entretiens avec les *leaders* communautaires masculins. Du néo-malthusianisme peut évidemment découler un projet eugéniste¹⁰. Eduardo Menéndez fait valoir que les indicateurs de mauvaise santé des peuples autochtones, en particulier dans le domaine de la santé reproductive, ainsi que les pratiques de stérilisation chez les femmes, sont des expressions du racisme et d'un certain eugénisme¹¹. Les femmes indigènes ont par exemple moins accès aux droits reproductifs, notamment car elles sont les plus affectées par les programmes de régulation de la fécondité dans le cadre d'un contrôle de la population. Il est périlleux de trancher sur l'intention eugéniste réelle ou supposée des programmes de planification familiale au Guatemala. Dans ce chapitre il s'agira plutôt d'identifier les enjeux d'une critique des politiques de stérilisation et de planification familiale médicalisée à partir de la question génocidaire. Car, l'argumentation sur cette question au Guatemala se cantonne plutôt à la sphère familiale et communautaire, dans un objectif qui semble relever du contrôle sexuel et reproductif des femmes. Les femmes quant à elles ne formulent pas la critique des programmes de santé reproductive sur le plan de l'eugénisme. Les organisations de femmes indigènes arborent publiquement peu de revendications sur ce thème. Toutefois, leurs analyses et leurs luttes se manifestent sous des formes diverses, et intègrent cette question de fait autour des revendications et démarches de réappropriation du corps et du territoire.

6. Tamayo et CLADEM, *Nada personal*.

7. www.humansforwomen.org/le-blog/sterilisations-forcees-perou

8. Montoya Vivanco et al., « Esterilizaciones durante el gobierno de Alberto Fujimori ».

9. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil*.

10. Drouard, « Aux origines de l'eugénisme en France ».

11. Menéndez, « De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas ».

I Reconnaissance du génocide et politiques multiculturelles en post-conflit

1 Un procès historique pour génocide

Au Guatemala, la dénonciation de l'eugénisme des stérilisations renvoie aux enjeux autour des violences sexuelles dans la construction mémorielle du génocide. De la même manière qu'au Pérou, ce sont des organisations féministes guatémaltèques autonomes qui portent d'abord la dénonciation des violences sexuelles pendant le conflit armé. Des organisations mayas et de défense des droits humains et des peuples indigènes s'en saisissent par la suite, mesurant ce que cette question peut représenter en terme de reconnaissance du génocide et d'obtention de droits autochtones.

Plusieurs dates sont importantes dans le processus de reconnaissance du génocide au Guatemala, depuis la signature des accords de paix en 1997. Le rapport de *Récupération de la mémoire historique* (REHMI), produit par l'archevêché de Guatemala, est publié en 1998¹². Il inspire largement le rapport de la Commission pour l'Éclaircissement Historique (CEH)¹³, mandaté par l'ONU, publié l'année suivante. Le bilan dressé par ces « commissions de vérité », mentionne la mort et la disparition de plus 200.000 personnes, 626 massacres, le déplacement forcé d'1,5 millions de personnes, et aussi des violences sexuelles exercées contre plusieurs milliers de femmes. La responsabilité de 93 % des actes de violence pendant la guerre est attribuée à l'armée guatémaltèque et aux paramilitaires. Les rapports de ces deux commissions estiment par ailleurs que plus de 83 % des personnes assassinées étaient d'origine maya. C'est pourquoi, elles ont qualifié les crimes des forces armées guatémaltèques d' « actes de génocide »¹⁴. Malgré les dénonciations accablantes des exactions et massacres organisés par l'armée, recensés dans ces rapports, aucun responsable n'est amené à comparaître devant un tribunal national suite à leur publication. Une plainte est déposée en 1994 pour le massacre de plus de 200 villageois de la communauté de Dos Erres en 1982, perpétré par une unité de kaibiles, les forces anti-insurrectionnelles de l'armée guatémaltèque (Ch1-III). Le témoignage principal est celui d'un des deux seuls survivants qui, enfant à l'époque, avait été enlevé par un des soldats. Ce massacre survient suite à l'attaque d'une caserne de l'armée par des forces de guérilla, dans une communauté voisine. Ces guérilleros avaient préalablement organisé une assemblée des habitant·e·s de la communauté pour transmettre leur projet révolutionnaire et leur demander de rassembler des vivres. Ces villageois devenaient alors, aux yeux de l'armée, acquis à la cause de la guérilla et un soutien objectif dans l'attaque de la caserne. Les hommes de Dos Erres, sommés par l'armée de se monter en PAC, refusèrent d'aller patrouiller dans la communauté voisine, au motif qu'ils ne voulaient pas laisser les femmes et les enfants seul·e·s au village. Ce refus est interprété comme un signe d'allégeance à la guérilla. Les soldats ont d'abord réuni, roué de coups et exécuté tous les hommes du village. Puis les enfants et les femmes, regroupées à part, ont été également exécutées, après le viol et la torture de plusieurs d'entre elles. Le village est ensuite brûlé¹⁵. Malgré des faits évidents et les injonctions de la Cour Inter-américaine des Droits de l'Homme, les dizaines de recours formés par la défense ont fait traîner cette affaire pendant des années¹⁶.

À partir de 2004, la mobilisation essentielle des organisations féministes intervient sur la question des violences sexuelles pendant le conflit armé¹⁷. Plus de 50.000 femmes auraient été

12. ODHAG, *REHMI - Guatemala : Nunca más (version française condensée)*.

13. CEH, *Guatemala memoria del silencio*.

14. CEH ; ODHAG, *REHMI - Guatemala : Nunca más (version française condensée)*.

15. CEH, *Guatemala memoria del silencio*.

16. www.corteidh.or.cr/cf/jurisprudencia2/ficha_tecnica.cfm?nIdFicha=361lang=es

17. Sur le processus féministe de traitement des violences sexuelles pendant la guerre au Guatemala voir :

violées par des militaires ou paramilitaires durant la période la plus brutale du conflit armé¹⁸. Cela aboutit à la mise en place d'un tribunal de conscience en 2010, qui met en avant des faits de violence ayant touché spécifiquement les femmes. Presque tous concernent des atteintes au corps et à la sexualité : viols de différents types, nudité forcée, grossesses forcées, vie conjugale forcée avec des militaires ou paramilitaires, esclavage sexuel et domestique par une disponibilité constante pour les troupes, mutilations, et enfin stérilisations forcées et avortements non désirés à cause des viols et d'autres types de violences¹⁹. En 2012, commence enfin le procès du général militaire et ex-président Ríos Montt. Le 10 mai 2013, il est condamné à 50 années de prison fermes pour génocide et 30 ans fermes pour crimes contre l'Humanité. Cette sentence est annulée 10 jours plus tard.



Photo tirée du site de l'ONG ICTJ



Femmes ixiles venues témoigner des violences sexuelles

C'était la première fois en Amérique Latine qu'un tribunal national actait une condamnation pour actes de génocide. C'est le témoignage d'une dizaine de femmes mayas-ixiles lors du procès, à propos des violences sexuelles qu'elles ont subies durant la guerre, qui détermina la condamnation pour génocide. Différents rapports estiment que plus de 90 % de ces femmes étaient indigènes mayas. Si ces témoignages ont permis de faire reconnaître le caractère génocidaire du conflit, c'est parce que ces femmes sont considérées comme les porteuses de leur culture, qu'elles transmettraient aux enfants via la langue ou la façon de soigner, et surtout parce qu'elles sont associées à la reproduction du groupe²⁰. Ce type de représentations est mobilisé par les commissions de vérité, tel qu'on peut le relever dans le rapport de *Récupération de la mémoire historique* :

« Cette violence anti-insurrectionnelle a pris tous les caractères d'un génocide, car elle s'attaquait à la base même du tissu social des communautés, dans une tentative d'extermination des femmes et des enfants, en tant que garants de la permanence de la vie et de la transmission de la culture »²¹.

Falquet, *Pax neoliberalia* ; Aguilar et Fulchiron, « El carácter sexual de la cultura de violencia contra las mujeres ».

18. Aguilar et Fulchiron, « El carácter sexual de la cultura de violencia contra las mujeres ».

19. www.unamg.org/pronunciamiento-final-tribunal-de-conciencia-contra-la-violencia-sexual-hacia-las-mujeres-durante-el

20. Simon, « Mujer, violencia y silencio en Guatemala ».

21. ODHAG, *REHMI - Guatemala : Nunca más (version française condensée)*.

Cette démarche s'inscrit dans la lignée d'une dynamique qui démarre à partir des années 1960 concernant les dénonciations des violences sexuelles en temps de guerre. La visibilité nouvelle de ces violences, émerge dans le cadre des revendications féministes quant au corps des femmes. Par la suite, des mutations internes aux sciences humaines et sociales apportent un regard neuf sur les conflits, et sur l'utilisation du viol comme tactique de guerre. C'est la guerre en ex-Yougoslavie qui permet de définir le viol comme une arme d'« épuration ethnique »²². L'analyse du viol comme tactique de guerre s'ancre dans une conception élargie du traumatisme car il se fonde sur une stratégie politico-militaire déterminée visant à atteindre la construction communautaire par le biais du concept traditionnel de domination patriarcale. Avec l'analyse des viols de la guerre en Yougoslavie, on cherche à montrer que dans l'imaginaire viril et raciste des bourreaux, massacrer les hommes c'est interrompre la transmission du sang et de l'identité, violer les femmes c'est conquérir ethniquement, par matrice interposée, et détruire l'identité de l'autre par la profanation²³ :

« dans la culture patriarcale, les femmes sont vues comme la propriété des hommes, et dans le contexte de la guerre, comme la propriété de l'ennemi, laquelle, comme toutes les autres propriétés, est expropriée et détruite afin d'affaiblir cet ennemi »²⁴.

2 Mémoires de la guerre et mayanisation

Au cœur du conflit armé, dans les années 1980, les mouvements révolutionnaires choisissent de faire apparaître la dimension ethnique de l'oppression au Guatemala pour obtenir une réaction internationale aux massacres perpétrés par l'armée. Ils mettent en avant les attaques à la population identifiée comme « maya », à travers la diffusion du récit de vie de Rigoberta Menchú, jeune femme indigène quiché²⁵. Cette militante y évoque les aspects culturels qui, selon elle, constituent l'harmonie communautaire « maya » et insiste sur l'attaque perpétrée contre « son peuple ». Les organisations humanitaires et de solidarité internationale adhèrent fortement à ce discours, si bien qu'elle obtient le prix Nobel de la paix en 1992. Rigoberta Menchú met en avant dans son témoignage d'autres caractéristiques et identités sociales. Elle insiste beaucoup sur sa condition de pauvreté, son expérience de paysanne, ses difficultés en tant que femme, ses engagements, son militantisme au sein du syndicat paysan CUC, en lien avec des forces de guérilla, ainsi que l'importance de sa ferveur catholique²⁶. Ces identités sont relayées à un second plan par les organismes internationaux qui s'emparent de son témoignage. Rigoberta Menchú est perçue comme une « victime innocente » du conflit armé, parce que c'est une femme indigène. Se présenter ainsi permet alors la dénonciation des exactions de l'armée envers une « population civile indigène innocente prise entre deux feux », et ainsi de mobiliser des acteurs internationaux pour qu'ils exigent l'arrêt des massacres²⁷. La victimisation devient alors la principale stratégie narrative des survivants de massacres pour résister et donner sens publiquement à la guerre au Guatemala²⁸. Ajouter l'innocence à la victimisation permet de s'affirmer en tant que non-protagoniste du conflit²⁹. À l'inverse, s'affirmer militant politique, ex-guerillero, ex-PAC... c'est accepter d'être perçu comme un acteur qui luttait pour

22. Branche, *Viols en temps de guerre*.

23. Nahoum-Grappe, « L'usage politique de la cruauté : l'épuration ethnique (ex-Yougoslavie, 1991-1995) » ; Thébaud, « Penser la guerre à partir des femmes et du genre ».

24. Aguilar, *Rompiendo el silencio*.

25. Burgos-Debray, *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*.

26. Vanthuyne, « L'anthropologie à l'épreuve des politiques du témoignage ».

27. Vanthuyne.

28. Vanthuyne, *La présence d'un passé de violences*.

29. Duterme, « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ».

une cause qu'il estimait juste et/ou légitime. Or, les femmes sont rarement considérées comme des actrices politiques. Elles sont perçues comme passives et subissant. C'est d'ailleurs aussi en partie depuis un imaginaire de non-politisation des femmes que celles-ci et leurs enfants ont moins fui les villages que les hommes, et ont donc été particulièrement exposées aux violences sexuelles et aux massacres. Les hommes pensaient qu'en raison de leur condition elles seraient épargnées. De plus, c'est justement parce qu'elles étaient assignées à un rôle reproductif qu'elles ont été contraintes de rester pour s'occuper des personnes les plus vulnérables qui pouvaient difficilement fuir : les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes. Notons qu'en restant au village, elles étaient exposées à d'autant plus de travail domestique et sexuel, productif et reproductif en raison des services sollicités par les différents groupes armés³⁰. Il n'est donc pas étonnant que l'identité de victimes des femmes soit surinvestie, et remplace la posture héroïque que conservent localement certains hommes³¹.

La construction d'une figure de « victime innocente » du conflit armé est liée à la mayanisation des victimes dans les représentations. Les rapports des deux commissions de vérité institutionnalisent d'ailleurs ce cadre narratif³². Cette mayanisation dépolitise les acteurs indigènes du conflit, y compris ceux qui ont soutenu la guérilla ou qui ont intégré les PACs, qui auraient été contraints ou manipulés par les forces armées ou de guérillas³³. Dans un contexte de post-conflit de pauvreté extrême et de présence forte d'ONGs, le motif de la victimisation favorise la mobilisation du registre compassionnel pour attirer de l'aide³⁴. Cette démarche s'inscrit dans le contexte global du « gouvernement humanitaire » où le discours acceptable est un discours victimisant, la souffrance des victimes leur donnant droit à être entendues, reconnues et aidées³⁵. Du fait de la condition historique, et encore actuelle, de « non-citoyen-ne » de certaines populations indigènes rurales pauvres du Guatemala, l'identité de « victime innocente d'un génocide » semble quelque peu avantageuse pour certains membres de ces populations. En effet, elle permet d'obtenir de l'aide internationale pour vivre plus dignement, contrairement aux revendications de droits socio-économiques auprès du gouvernement³⁶. L'appropriation de l'identité politique de « victime » du conflit armé constitue alors une stratégie de revendication de droits fondamentaux, de moins d'inégalité et de précarité, de plus de justice³⁷.

En effet, de 1996 à aujourd'hui, le contexte socio-économique et politique est toujours très difficile dans les villages qui ont vécu des massacres, et qui font face à l'extrême pauvreté, au manque de santé, d'éducation, d'infrastructures...³⁸. Face à la répression réelle des mouvements sociaux actuels, l'importance de se positionner en « victime innocente maya » est toujours d'actualité pour attirer des soutiens internationaux, dans un registre compassionnel. On peut citer l'exemple du traitement d'un massacre de manifestants indigènes survenu à Totonicapán en 2012. Les manifestants, indigènes ruraux et pauvres pour la plupart, arboraient une liste de revendications politiques concrètes telles que l'opposition à une réforme éducative ou encore l'augmentation du prix de l'électricité. Ils bloquaient une route importante pour demander qu'une délégation de leurs mouvements soit reçue par le gouvernement, qui a préféré faire intervenir l'armée. Voyant les militaires arriver, certains manifestants les ont attaqués avec des

30. Aguilar, *Rompiendo el silencio*.

31. Duterme, « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ».

32. Vanthuyne, *La présence d'un passé de violences*.

33. Stoll, *Rigoberta Menchú and the Story of All Poor Guatemalans*.

34. Vanthuyne, « Trois ONG œuvrant pour la « paix » au Guatemala ».

35. Fassin, *La raison humanitaire*.

36. Vanthuyne, « L'anthropologie à l'épreuve des politiques du témoignage ».

37. Vanthuyne, « Guatemala ».

38. Vanthuyne, *La présence d'un passé de violences*.

pierres et des cocktails molotov, de manière prévue et organisée. Les militaires ont alors tiré, provoquant la mort de huit manifestants, et blessant gravement plusieurs dizaines d'autres. Suite à ces événements, et devant le mépris du gouvernement et son refus d'assumer ses responsabilités dans ce massacre, les organisations locales ont décidé d'alerter l'opinion internationale. Pour obtenir du soutien et des aides matérielles, c'est un registre pacifique et mayaniste qui a été choisi, ne reflétant pas la réalité politique et combative des manifestants. Par exemple, les reportages sur le massacre effaçaient les attaques des manifestants et leurs revendications politiques concrètes pour donner des justifications abstraites, telles que « *les paysans mayas manifestaient pacifiquement pour la protection de la Terre-mère quand ils se sont fait brutalement attaquer par l'armée* ». Dans cette même exaltation d'une identité mayaniste, ces reportages, réalisés par des étrangers ou des *Ladinos* de la capitale proches des organisations de défense des droits humains, montraient également plus volontiers des rituels funéraires réalisés par des mayanistes que les messes catholiques organisées pour les défunts.

Ce registre de victime innocente construit autour de la mise en avant d'une identité culturelle maya s'inscrit donc fortement en lien avec les dispositions et les critères d'organisations internationales pour apporter de l'aide. À la fin de la guerre, les soutiens politiques, humanitaires et matériels affluent vers le Guatemala. Cela encourage l'émergence et le développement d'organisations identifiées comme « mayas », dont les revendications politiques s'ancrent dans l'exaltation culturelle. Ce fleurissement s'est réalisé dans l'élan humanitaire d'après guerre où l'on observe une « *circulation importante des élites intellectuelles entre la recherche et les organisations humanitaires, et une forte interpénétration des discours* »³⁹. Les ONGs de droits humains envisagent une « guérison » des traumatismes des victimes du conflit, à partir d'un travail de régénération et revalorisation de l'identité maya. Les interprétations et les actions des ONGs participent alors à l'élaboration d'une mémoire officielle, du conflit armé mais aussi de la culture et de l'identité mayas⁴⁰. Cette dynamique s'inscrit dans un phénomène historique plus global de revalorisation de « l'ethnique ». À partir des années 1990, les revendications agraires et politiques des paysans latino-américains ayant en grande partie échoué, la demande de participation citoyenne s'oriente vers un nouveau champ de légitimité. La « question ethnique » remonte sur la scène politique, avec un rôle fondamental joué par les organisations internationales. Il s'agit alors de réinterpréter et de visibiliser des revendications anciennes (justice, égalité, participation) sous l'angle ethnique. Pour Hoffmann, la « ré-indianisation » doit donc se comprendre comme une exigence renouvelée de participation citoyenne à la Nation, bien que cette tendance ait effacé le caractère social des problèmes et des revendications sous le rideau culturel, ethnique⁴¹.

La mayanisation entraîne chez des *leaders* autochtones une revalorisation et une reconstruction de traditions, en fonction de ce qu'ils veulent re-signifier. Selon Copans, la tradition est le « *terme qui désigne ce qui survit culturellement ou socialement du passé et dont on cultiverait la mémoire pour juger du présent et surtout pour fonder des droits ou des principes identitaires dont on peut se réclamer avec autorité* »⁴². Les organisations indigènes « mayas » puisent dans des conceptions théoriques et idéologiques dites « mayanistes ». Le courant mayaniste issu de l'anthropologie culturelle états-unienne⁴³, cherche à démontrer l'unité et la richesse culturelle

39. Bergeret, « Anthropologies et controverse identitaire au Guatemala ».

40. Vanthuyne, « Trois ONG œuvrant pour la « paix » au Guatemala ».

41. Hoffmann, « De paysans à indiens, les représentations de la paysannerie latino-américaine, de 1970 à 2000 ».

42. Copans, *L'ethnologie*.

43. Le Bot et Rousseau, « Du bon usage des autobiographies... et de leurs critiques. À propos de l'affaire Rigoberta Menchú » ; Vanthuyne, « L'anthropologie à l'épreuve des politiques du témoignage ».

des peuples dits « mayas »⁴⁴. Les élites indigènes guatémaltèques qui développent fortement ce courant à partir de la guerre voient un enjeu politique important à la reconnaissance du génocide : l'obtention de droits spécifiques pour le « groupe culturel maya ». C'est pourquoi, l'influence mayaniste est prégnante dans la rédaction des accords de paix⁴⁵. On peut estimer que le phénomène de mayanisation au Guatemala relève en partie de ce que Spivak définit comme un « esencialisme stratégique ». Il s'agit pour des *leaders* mayas, encouragés par des organisations de droits de l'homme internationaux, de fixer une identité maya essentialisée, du moins provisoirement, pour favoriser l'action politique, réclamer des droits spécifiques pour les Mayas. S. Bastos et A. Cumes précisent que le discours associé à l'identité et à l'idéologie Maya est également utilisé, promu et diffusé par des acteurs n'appartenant pas au mouvement maya et qui, souvent, ne partagent pas leur idéologie⁴⁶. Cette idéologie mayaniste, qui a inspiré la rédaction des rapports des deux commissions de vérité, est aussi la plus fortement diffusée dans l'environnement post-conflit guatémaltèque pour analyser les différents phénomènes sociaux, et en particulier ceux qui touchent aux violences contre les femmes indigènes. Elle imprègne les discours et pratiques de nombreux acteurs du panorama politique et social guatémaltèque, notamment les organisations indigènes et de défense des droits humains.



*Illustration de l'article - Manifestation de femmes à Huehuetenango
(Photo tirée du site internet Saraguatè)*

Le discours mayaniste est par exemple déployé dans les luttes sociales actuelles pour la défense du territoire, dans l'opposition aux méga-projets. Dans les déclarations de certaines organisations indigènes, ces luttes sont souvent « mayanisées », en reformulant les problèmes sociaux, environnementaux, politiques, économiques que posent ces méga-projets, sous l'angle de l'attaque à la culture maya. L'analyse distincte que proposent les groupes féministes indigènes, qui participent activement à ces luttes, est moins diffusée car elle correspond moins aux attentes des soutiens internationaux en terme de droits de l'homme et de protection de l'environnement. Par exemple, en 2012, on assiste à de grandes mobilisations contre les conséquences locales de l'implantation d'une centrale hydroélectrique espagnole à Barillas, dans la zone q'anjob'al de Huehuetenango. Une agence de médias « alternative », proche des organisations mayanistes et de défense des droits humains titre l'article concernant les mobilisations : « *Pour la défense de la Terre-Mère et des droits des peuples : nous sommes tous et toutes* »

44. Pour un panorama des liens entre mayanisme et élites mayas, lire : Esquit, « Contradicciones nacionalistas : pan-mayanismo, representaciones sobre el pasado y la reproducción de la desigualdad en Guatemala ».

45. Esquit.

46. Bastos et Cumes, *Mayanización y vida cotidiana*, 2007.

Barillas »⁴⁷. La photo qui illustre l'article est une banderole tenue par des groupes féministes indigènes où il est écrit : « *Hidro Santa Cruz : Combien de femmes avez-vous besoin de violer pour produire de l'électricité ?* ». Or, dans le titre de l'article, la dimension genrée de l'attaque, exprimée par ces groupes de femmes, est écartée au profit de l'attaque au groupe ethnique et culturel. Le titre fait également écho au slogan lancé par les organisations féministes « *Todas somos Barillas* » qui exprime la solidarité avec ce que vivent les femmes de Barillas qui souffrent de l'implantation de la centrale. Ce slogan est utilisé en septembre 2012 comme nom d'un festival non-mixte d'organisations féministes à Huehuetenango, avec pour sous-titre : « *Pour la vie, le corps et le territoire des femmes* ». Le combat contre cette centrale hydroélectrique est caractéristique des conflits locaux autour des grosses multinationales. Les groupes de femmes luttent contre l'implantation de cette centrale qui affecte leurs vies par la déforestation, la contamination, l'appropriation de terres, l'assassinat de *leaders* communautaires, la migration contrainte des hommes qui parfois les pousse à abandonner leur famille, les violences sexuelles exercées par les forces de sécurité ou les travailleurs de l'entreprise... en toute impunité. Si les femmes de ces groupes développent des analyses précises sur la manière dont elles sont ciblées et affectées en tant que femmes, pauvres, rurales et indigènes, les organisations qui les entourent, inspirées d'idéologie mayaniste, retransmettent leurs analyses et leurs revendications uniquement en termes ethniques.

3 Assigner et cantonner les femmes au rôle de reproductrices de la culture maya



*Publication de la sentence du procès de Ríos Montt
- voir ci-dessous -*



Manifestation de femmes pour la reconnaissance du génocide et des violences sexuelles (Photo tirée du site de l'ONG Avocats Sans Frontières Canada)

Les organisations de droits humains et mayas ont donc tendance à dénoncer les violences sexuelles exercées pendant la guerre en tant que « *crimes contre le peuple maya* » et non pas en tant que crimes contre les femmes. Le livre qui retranscrit la sentence prononcée à l'encontre de Ríos Montt lors de son procès, où ont témoigné les femmes ixiles violées, s'intitule : *Sentence de génocide et délits contre les droits de l'humanité contre le peuple maya Ixil*⁴⁸. Lors du procès

47. Saraguat, « Por la defensa de la Madre Tierra y los derechos de los pueblos : Todos y todas somos Barillas ».

48. AJR/CALDH, *Sentencia por genocidio y delitos contra los deberes de humanidad contra el pueblo maya ixil*.

ces violences sont interprétées comme une attaque à la culture et à l'honneur des hommes de la communauté et non pas comme une atteinte à l'intégrité physique et à la liberté sexuelle des femmes⁴⁹. Pourtant, comme le note Jahan, le féminicide qui touche les femmes indigènes mais aussi les femmes *ladinas*, est une séquelle du conflit armé. Or, la lecture « ethnique » des meurtres de femmes ou des atteintes à leur dignité perpétrés au moment du conflit armé ne suffit pas à rendre compte de la complexité des racines de cette violence : « *La femme indienne, violée, humiliée, assassinée, ne symbolise pas que le devenir de son peuple : elle est aussi cette représentante d'une moitié d'humanité méprisée et rabaisée à une condition subalterne dans une société où racisme et machisme se mêlent, se confortent, se cumulent* »⁵⁰.

L'ambition mayaniste de dénoncer les violences sexuelles du conflit uniquement sous l'angle d'un génocide ethnique participe à la naturalisation d'un rôle féminin de reproduction, dont le corps appartiendrait au groupe. Les femmes se trouvent, selon cette vision, dépossédées de leurs propres corps et surtout d'un rapport individualisé à leur corps. Aussi, les violences sexuelles actuelles, du viol à des formes contraintes de stérilisation, semblent encore être considérées comme des atteintes au groupe ethnique, ce qui minimise la dimension genrée de l'agression, occulte la prégnance de la violence faite aux femmes et renforce le pouvoir patriarcal.

Comme on l'a vu plus haut, le génocide se prouve par les violences sexuelles, à travers l'assignation et le cantonnement d'un rôle féminin indigène à la transmission culturelle. Or, cette représentation performative se solidifie dans l'après-guerre par les processus de mayanisation. La construction de l'identité politique mayaniste va s'ancre dans le corps des femmes mayas comme gardiennes et transmetteuses de la culture. Ce rôle féminin, comprenant le rôle maternel et de procréation, va être sacralisé. Si les femmes ont généralement été assignées à ces fonctions, le passé et présent de domination ethnique sur les Indigènes accentue cette assignation⁵¹.

Vergès montre que dans l'imaginaire machiste colonial, le viol vise à déposséder les hommes, à détruire l'organisation sociale algérienne et à détruire les femmes en les humiliant. Le viol des femmes n'est alors pas à dénoncer d'un point de vue culturaliste dans une société qui serait plus « traditionnelle » et qui valoriserait l'honneur des hommes et la manière dont circulent les femmes. Le viol est dans ce cas une arme de guerre, la marque d'une dépossession sur le corps féminin colonisé⁵². Bouyahia explique que dans le cas algérien le statut des femmes a occupé une place prépondérante dans la démonstration de l'infériorité des « Indigènes ». L'intérêt des discours coloniaux sur les femmes « indigènes » renforcera à leur égard la méfiance durable du nationalisme algérien qui fera du virilisme, de la famille et de la protection des femmes des symboles de la nation algérienne. Le contrôle des femmes est prôné comme le moyen de maîtriser le canal de perpétuation des normes, d'une culture d'une nation⁵³. Les femmes deviennent des emblèmes censés raffermir un lien imaginaire et fédérer autour d'une nation constituée d'un « nous » homogène⁵⁴. Pour Thébaud :

« Profondément sexualisé, le discours de guerre met en avant une division complémentaire de la nation entre l'homme-soldat et les femmes et les enfants assimilés à la terre qu'il défend. Le rôle des hommes est de défendre l'inviolabilité du corps féminin, symbole de la nation et

49. Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

50. Jahan, « La violence contre les femmes au Guatemala : du génocide au féminicide ».

51. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

52. Vergès, *Le Ventre des femmes*.

53. Bouyahia, « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité 'indigène' ».

54. Thébaud, « Penser la guerre à partir des femmes et du genre ».

*du foyer, d'où l'équation posée entre pureté nationale et pureté sexuelle qui conduit à une mythification du viol très présente dans l'iconographie de guerre, et à une volonté de contrôler les sexualités, de lutter contre l'infidélité et la prostitution »*⁵⁵.

Le viol au Guatemala a été interprété socialement à partir de préjugés culturellement installés et non pas à partir des propres expériences des femmes. Or, la violence sexuelle soulève une série de punitions sociales contre les victimes, au lieu de provoquer des réseaux de soutien et de chercher la justice, forçant les femmes à faire taire la torture qu'elles ont subie. À cet égard, il est clair que plus la moralité sexuelle d'un lieu est rigide et plus le contrôle d'un groupe sur la sexualité des femmes est fort, plus les sanctions contre les survivantes sont dures⁵⁶. Déposséder symboliquement les femmes mayas de la propriété de leurs corps pour l'attribuer au groupe permet donc de revendiquer des droits politiques pour ce groupe au nom de la préservation culturelle. En ce sens, cette perception essentialiste des femmes comme reproductrices du groupe culturel constitue un vecteur de renforcement des normes patriarcales familiales et communautaires, introduisant notamment l'idée d'un nécessaire contrôle sur leur capacité reproductive et leur sexualité⁵⁷.

Selon A. Cumes, les mouvements indigènes mixtes accordent bien souvent une prépondérance à la question ethnique comme seul critère d'interprétation de la réalité sociale des femmes indigènes. Certains mayanistes estiment que la perspective féministe et les approches analytiques en terme de rapports de genre proposées par des femmes au sein de leurs mouvements doivent être rejetées car elles proviendraient de « l'occident » et constitueraient une nouvelle forme coloniale. A. Cumes remarque aussi que la valorisation des explications essentialistes, qui ne mettent pas en péril les pouvoirs privés et publics des hommes, relève d'une attitude androcentrique jouissant de privilèges. Elle note toutefois que la posture ethnocentrique de certaines féministes non-indigènes a alimenté les réponses essentialistes du côté des mouvements indigènes, en considérant les femmes indigènes incapables de s'émanciper du pouvoir masculin au sein de leur famille et de leur communauté⁵⁸.

Dans son étude sur les actuelles stérilisations forcées des femmes roms, Kóczé montre comment, dans un contexte politique particulier de post-guerre et de post-génocide, la reconnaissance des pratiques racistes perpétrées sur le corps des femmes n'est autorisée à s'exprimer qu'en termes d'atteinte aux pouvoirs reproductifs de la communauté. Après avoir été l'instrument d'un eugénisme raciste, le corps des femmes roms devient l'instrument d'un nationalisme communautaire. Le souci masculin de contrôler la sexualité féminine occupe une place fondamentale dans les processus de construction ethno-nationale des groupes humains. Les femmes sont érigées comme les dépositaires de l'identité ethnique du groupe. Elles portent ainsi « *le double fardeau de 'mères de la nation', reproduisant les frontières du groupe ethno-national, assurant la transmission de sa culture, et de signifiant privilégié de sa différence collective* »⁵⁹.

Dans son analyse de la mémoire du génocide arménien, Ekmekcioglu montre que seuls les hommes ont l'image de protagonistes, de héros. Dans le post-génocide, la question de l'égalité homme-femme est relayée à plus tard, sous des motifs qui font appel à l'harmonie traditionnelle pour reconstruire et renforcer le peuple, l'identité, la nation arménienne. Les femmes sont

55. Thébaud.

56. Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

57. Kóczé, « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui ».

58. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

59. Kóczé, « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui ».

sollicitées dans un effort commun, en insistant sur leur rôle essentiel dans l'espace domestique, dans la reproduction du groupe et la transmission de la culture. Il devient alors difficile d'être une femme arménienne si on n'est pas hétérosexuelle et mère de plusieurs enfants. La norme est pro-nataliste et la militance féministe pour les droits reproductifs est extrêmement stigmatisée. Il s'agit de repeupler la nation, être plus nombreux pour récupérer les territoires, récupérer les femmes islamisées et leurs enfants qui seront baptisés et adoptés par la nation arménienne, mais aussi forcer les femmes à garder les enfants nés du viol⁶⁰. D'autres chercheuses arméniennes montrent comment, aujourd'hui encore, les personnes LGBT sont accusées d'affaiblir le système familial national arménien, d'être perverties par l'occident, donc les alliées des turcs, car elles participeraient à « l'extinction de la race ». La question génocidaire est instrumentalisée pour enfermer l'identité arménienne dans un cadre hétéronormé, contrôler la sexualité et la reproduction des femmes, et les normaliser⁶¹.

On peut supposer que c'est l'une des raisons pour laquelle les revendications des femmes indigènes guatémaltèques en terme d'accès aux droits reproductifs sont invisibles. Dans le processus de mayanisation, s'est opéré un renouvellement des formes patriarcales, et certaines tendances rejettent le féminisme en tant qu'apport occidental, source de division. Au sein des mouvements mayanistes, il est peu accepté que les femmes indigènes aient des revendications politiques propres, concernant des discriminations qui leur sont propres, car des *leaders* masculins dénoncent le risque d'affaiblir l'union et la solidarité du groupe. A. Cumes rapporte que les femmes qui, au sein des mouvements mayas, ont fait la critique de rapports de domination de genre dans ces mouvements, et plus largement dans les communautés indigènes, ont été qualifiées d'ethnocidaires et d'aliénées de leur propre culture⁶². Certaines tendances mayanistes acceptent une critique du machisme au sein des populations mayas, mais en attribuant uniquement son origine à la colonisation occidentale : les hommes indigènes seraient victimes de cet héritage colonial sexiste qui les pousse à la domination masculine malgré eux. Ils sont alors déresponsabilisés dans la reproduction des rapports de pouvoir⁶³. Le discours de Fabiana qui suit montre l'imprégnation de cette tendance :

**Fabiana - Huehuetenango - militante féministe - 30 ans - mam
- 29 avril 2013 -**

F - Les hommes mayas on leur a appris à être machistes, durant la colonisation et aussi durant la guerre. Comme on leur a appris à boire de l'alcool, ça les rend encore plus violents. Ça c'est avec la colonisation. On raconte qu'à l'époque coloniale, quand on frappait dans les plantations pour mettre les gens au travail c'était par unité de 25 coups de ceinture. Et aujourd'hui, ici, des hommes frappent encore les femmes et les enfants selon cette même unité quand ils veulent les mettre au travail. Ils appliquent cet apprentissage du travail par les coups de la colonisation jusqu'à la famille.

A - Et du conflit ?

F - Bon comme tu sais durant le conflit il y a eu beaucoup de viols. Et les femmes ne le disent pas, elles n'osent pas, encore aujourd'hui, elles le taisent. Elles supportent le poids de tout ça et des fois elles sont très critiquées. Quand j'étais plus jeune j'entendais tout le temps : « *telle femme est la femme des soldats* » ou « *cette femme a un enfant parce qu'elle s'est mise avec les soldats* ». Maintenant on l'entend moins, mais avant ça se disait beaucoup.

60. Ekmekcioglu, *Recovering Armenia*.

61. Shahnazaryan, Aslanova, et Badasyan, « Under The Rainbow Flags ».

62. Cumes, « Las mujeres son "más indias". Género, multiculturalismo y mayanización ».

63. Cumes.

Bon et tu sais que les femmes sont violées encore aujourd'hui, par les hommes de leur propre communauté ou de leur propre famille parfois [...] Je crois que l'homme maya se décharge de la violence accumulée sur les femmes ou les enfants.

A. Cumes écrit à ce propos : « *il se peut que le patriarcat soit vu uniquement comme un héritage colonial, mais dès le moment où les hommes indigènes le reproduisent, se l'approprient et en tirent des bénéfices, ils le maintiennent et le normalisent* »⁶⁴. À travers le prisme mayaniste, les problématiques de rapports de genre sont évacuées de la mémoire. Le contrôle social sur la sexualité des femmes, leur corps et les produits de leurs corps est renforcé. La négation d'une reconnaissance des femmes pauvres et indigènes en tant que sujet se perpétue, ce qui ne permet pas d'enrayer les processus de violences qu'elles subissent, voire en engendre de nouveaux.

**Fernando - Todos Santos - leader mayaniste - 55 ans - mam
- 15 juin 2013 -**

F - Oui il y a des hommes qui interdisent à leurs femmes d'aller voir Aprofam. Mais c'est parce qu'après elles ne peuvent plus jamais avoir d'enfants. Là-bas ils profitent que les femmes ne parlent pas espagnol pour faire que nous n'ayons plus d'enfants, ils ne nous aiment pas parce que nous sommes indigènes. . . mayas, ils n'aiment pas nos enfants, ils ne veulent pas de nous, ils n'aiment pas nos coutumes, ils voudraient nous voir disparaître. Donc, c'est pour ça que les hommes ne laissent pas leurs femmes aller voir Aprofam.

Pour limiter l'accès des femmes à la contraception, certains hommes indigènes puisent dans le registre d'une menace eugéniste provenant des institutions de santé, en continuité avec l'entreprise génocidaire des années 1980. Un coordinateur d'une coopérative maya m'affirmait ainsi que les institutions de santé cherchaient à « *mutiler l'appareil (génital) de (leurs) femmes afin que les mayas ne puissent plus avoir de descendance* ». La crainte de la perte culturelle et la nécessité de la préservation du groupe apparaissent souvent comme un leitmotiv dans les entretiens réalisés auprès d'hommes indigènes, et aboutissent généralement à légitimer des formes de contrôle sur le corps et la sexualité des femmes, telle que l'interdiction d'utiliser des méthodes contraceptives médicalisées. Il existe aussi une contrainte morale familiale et communautaire pour les femmes indigènes les obligeant à s'unir uniquement à des hommes indigènes, et à assurer un travail procréatif et maternel satisfaisant, dans une perspective de protection culturelle⁶⁵. On peut supposer que c'est l'une des raisons qui accentue la stigmatisation des femmes qui ne tombent pas enceintes « assez vite » après l'union, et qui sont privées d'utiliser des méthodes contraceptives ou accusées d'en utiliser (Ch9-I). La représentation du corps des femmes indigènes comme enjeu de survie physique et culturelle des mayas semble justifier qu'on les prive de la propriété de leur propre corps et des décisions le concernant. Une lecture complémentaire des stérilisations, proposée par les *leaders* masculins de mouvements ethniques, et relevée également par Kóczé, serait la volonté étatique de dépossession des hommes indigènes de leur pouvoir sur la reproduction, engendrant une lutte pour le contrôle de la gestion reproductive des femmes :

« la réaction des leaders tziganes sur la question des stérilisations apparaît [...] comme une mesure défensive pour protéger leur pouvoir reproductif et ne pas perdre de vue ce qui constitue pour eux l'objectif central de leur engagement politique. Pour cette raison, l'ethnicité

64. Cumes.

65. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul* ; Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

- et à travers elle, la discrimination raciale - est maintenue comme cadre discursif dominant des revendications politiques roms »⁶⁶

4 Mayanisation et patriarcat

On ne reviendra pas ici sur les critères discutables de la catégorisation des peuples indigènes et tribaux, qui les distinguent de la communauté nationale, notamment dans la convention n°169 de l'OIT, et sur tous les enjeux de l'attribution de droits collectifs spécifiques. On remarque toutefois que cette catégorisation engendre l'institution rigidifiée d'une identité, de coutumes et de traditions, sans les inscrire dans une temporalité historique, ni dans un espace national. Les clauses des conventions internationales faisant référence aux droits des groupes ou des minorités insistent sur les ancrages culturels, l'importance de la sauvegarde, de la protection culturelle vis à vis des restrictions étatiques. Il devient alors possible de revendiquer des ressources « traditionnelles ». Veena Das écrit à ce propos :

« Dans la réalité des affrontements où la culture est en jeu, les prétentions des communautés culturelles à dominer les membres individuels se manifestent avec plus de force encore. Ces revendications convergent, par exemple, vers le droit des groupes d'exercer un pouvoir sur les corps, de refréner la sexualité des membres du groupe, non seulement par l'exercice direct de la coercition, mais aussi en légiférant sur la représentation qu'il est bon de donner du passé de la communauté »⁶⁷.

Le processus de légitimation de l'unité du mouvement mayaniste s'articule à partir de l'apologie de la *cosmovision* et de la culture « harmonieuse » de la civilisation maya de l'époque classique, dont il s'agirait d'assurer la continuité, à partir des survivances actuelles dans les différentes ethnies indigènes dites mayas. La parole mayaniste est de ce fait considérée pour beaucoup comme essentialiste⁶⁸, car elle revendique une identité indigène normative et homogénéisée qui laisse peu de place à un dynamisme identitaire de redéfinition de soi. Elle participe à façonner des pratiques et représentations sociales spécifiques de l'indigénéité⁶⁹, rendant non-négligeable son poids politique. C'est pourquoi, le renforcement de la perception essentialiste des femmes indigènes comme reproductrices du groupe culturel, tel que cela apparaît dans les commissions de vérité et les organisations mayas, constitue un vecteur de renforcement des normes patriarcales familiales et communautaires⁷⁰.

Ixchel - fille d'un leader communautaire mayaniste - 16 ans - q'anjob'al - 15 mai 2013 -

Ixchel et son frère étudient dans la capitale départementale à 9h de leur communauté. Je croise souvent son frère qui se promène avec des camarades de classe. Je demande à Ixchel si elle fait aussi des sorties :

Ixchel - Tu sais, mon Papa me dit souvent qu'en tant que femme maya je dois apprendre à être respectable donc je ne sors pas trop... [. . .] Ben... il dit que je ne dois pas fréquenter les garçons... parce que je dois me concentrer uniquement sur mes études pour apporter à ma communauté et à ma famille. Et même moi je trouve que c'est mieux de ne pas aller avec les garçons parce que quand je finis... il faudra que je me marie avec un homme de la communauté... pour avoir mes enfants... et leur apprendre... tout ce qu'ils doivent savoir sur notre culture maya... .

66. Kóczé, « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui ».

67. Das et Hellal, « L'« Humain » dans les Droits de l'homme Universalisation versus globalisation ».

68. Esquit et al., *Las rutas que nos ofrecen el pasado y el presente : activismo político, historia y pueblo Maya*.

69. Bastos et Cumes, *Mayanización y vida cotidiana*, 2007.

70. Simon, « Mujer, violencia y silencio en Guatemala ».

Ma fille je lui apprendrais à tisser, à broder, pour qu'elle fasse de jolis huipils (vêtement traditionnel des femmes indigènes), à faire les tortillas [...] c'est pour ça aussi que mon papa ne voulait pas que j'étudie à Huehue au début... comme il y a des filles de la communauté qui sont tombées enceinte pendant qu'elles étudiaient ici... je ne sais si elles ont été violées ou... après elles ont dû aller chercher du travail chez des personnes à Guaté (la capitale) pour s'occuper de leur bébé. Et souvent elles ne reviennent pas. Certains disent que des filles comme ça sont devenues des prostituées à Guaté parce qu'elles n'ont pas trouvé d'autre travail. Quand j'ai eu ma bourse, mon Papa il me disait : « *il vaut mieux que tu restes ici, parce qu'à Huehue tu vas avoir des ennuis* ». Mais après heureusement comme mon frère allait venir aussi, il m'a laissé partir à Huehue avec lui.

Comme cela ressort à travers l'exemple d'Ixchel, il est souvent entendu chez les adultes indigènes qu'une jeune fille, parce que « maya », doit protéger sa réputation, surtout sexuelle, pour devenir une femme respectable de la communauté et reproduire certaines normes de genre qu'il est souhaité de valoriser culturellement. Ces discours insistent sur l'importance de la préservation familiale, communautaire et culturelle, mise en opposition à la libération des mœurs chez les jeunes filles, en lien avec la modernisation et mondialisation occidentale. Ils pointent ainsi de manière critique les enjeux de transformation culturelle et déplorent la perte de valeurs identitaires des jeunes des communautés. Par exemple, des groupes de jeunes garçons dans les communautés sont régulièrement accusés de s'imprégner de la culture gang états-unienne et de constituer alors un danger pour les filles. Celles-ci sont encouragées à ne pas communiquer avec ces jeunes garçons, même par téléphone ou internet, voire à éviter de fréquenter l'espace public, par souci de « préservation ». De même, la contraception des femmes en dehors d'une union est pensée comme un signe de dépravation sexuelle et de perte de valeurs traditionnelles. Une jeune femme d'une association de femmes indigènes m'expliquait qu'il était difficile pour les femmes d'étudier ou de trouver un emploi valorisant, comme travailler dans une organisation indigène, car chaque fois qu'une femme doit partir de la communauté pour une mission ou une formation, elle est soupçonnée de libertinage sexuel. Et si elle est unie, c'est d'autant plus difficile de s'organiser pour partir quelques jours. Selon J. Falquet, le néolibéralisme, en précipitant l'exode rural parfois contraint, a généré des transformations culturelles accélérées. Ces transformations peuvent ouvrir des espaces de liberté pour les femmes, mais ces espaces sont difficilement investis, car elles sont vues comme gardiennes obligées des traditions culturelles ⁷¹.

Dans sa recherche sur le traitement des violences contre les femmes par la justice indigène en Bolivie, E. Gadea estime que ces violences résultent à la fois d'une forte hiérarchisation sexuelle mais également d'un désengagement complet de l'État, contraignant les femmes à se tourner vers des formes parallèles de justice, notamment auprès des autorités communautaires ⁷². Comme au Guatemala, ces autorités communautaires ont tendance à poser la problématique du genre au travers du prisme de l'appartenance ethnique. Une femme indigène est avant tout une représentante de sa culture et son émancipation est secondaire, voire néfaste pour le groupe. L'auteure montre que les autorités indigènes, le plus souvent exclusivement masculines, tendent à minimiser les violences intra-familiales contre les femmes, à les maintenir à la sphère privée, à en partager les tords, et à trouver des formes de conciliations propices à la répétition des violences. En cherchant à privilégier l'équilibre communautaire au droit individuel des femmes, la violence de l'homme est banalisée, voire légitimée socialement.

À Huehuetenango, en cas de viol au sein de la communauté, les femmes se rendent parfois

71. Falquet, « Penser la mondialisation dans une perspective féministe ».

72. Gadea, « Les femmes dans la justice indigène en Bolivie ».

auprès des autorités communautaires, qui, surtout si la femme est célibataire, se contentent de sermonner l'agresseur. Pour dissuader les femmes d'aller plus loin dans leur recherche de justice, ils expliquent que si l'agresseur va en prison cela détruira le tissu social de la communauté et la femme en sera responsable⁷³. Notons que l'abandon et la violence des hommes ne sont jamais considérés comme des facteurs de destruction de la communauté par les autorités indigènes. D'autre part, l'incapacité d'une femme à procréer, ou le fait que son travail domestique ou de soin aux enfants soit jugé insatisfaisant, peuvent constituer, aux yeux des autorités communautaires, un motif de justification des violences intra-familiales envers elle, ou le droit pour le mari de prendre une autre femme. Freyermuth décrit le cas d'un juge de paix communautaire, qui autorise un homme à abandonner sa femme et ses enfants pour une autre, sans compensation, sous prétexte que la première ne pouvait plus concevoir. Or, celle-ci avait pourtant été stérilisée avec l'accord de son mari!⁷⁴.

La reconnaissance du droit collectif réaffirme le lien fort qui unit un individu à son groupe d'appartenance. Dans la revendication nationale multiculturelle, l'effacement symbolique d'une hiérarchie entre la justice étatique et les justices indigènes renvoie le droit individuel derrière le droit collectif⁷⁵. Or au Guatemala comme en Bolivie, aucun des deux systèmes judiciaires n'assurent la protection des femmes violentées, comme on peut le constater dans l'histoire de Marla qui a échappé à une tentative d'assassinat par son mari et n'a trouvé ni justice étatique ou communautaire, ni protection (Ch11·III·1). Aussi, ces deux systèmes de justice participent conjointement d'un ordre social caractérisé par une forte domination masculine.

5 Impacts du contrôle communautaire et familial sur le corps des femmes

Fabiana - militante féministe d'Ixtahuacán - 30 ans - mam - 29 avril 2013 -

F - Il y a peu, c'est arrivé à une jeune fille d'ici (Ixtahuacán) après la fête du village. Elle n'avait pas voulu rentrer avec sa mère et avait rejoint sa communauté à pied plus tard dans la nuit, toute seule. En chemin, plusieurs hommes l'ont violée, on ne sait pas qui, et elle est tombée enceinte. Son père a voulu la forcer à avorter. Il était tellement énervé qu'il disait qu'il hésitait entre deux seules solutions possibles : ou qu'elle avorte, ou qu'il la tue directement. Il était très énervé contre la mère aussi, parce qu'elle avait laissé la fille rester seule à la fête. De toutes façons c'est toujours la même chose dans ces cas-là, c'est toujours la femme qu'on rend coupable. Dans tous les cas de viols que j'ai connu, ça s'est toujours passé comme ça.

Evelina - Abalac, Colotenango - 30 ans - mam - Interprète IE. - 29 juin 2014 -

Evelina évoque le viol qu'elle a subi avec une amie neuf ans plus tôt par des hommes de la communauté. Les autorités de la communauté n'ont rien fait. Une association les a aidées à porter plainte et la police est venue, mais n'a pas arrêté les agresseurs. Toutefois, selon Evelina et IE, la venue de la police a fait peur aux hommes de la communauté, et les viols, courants jusqu'alors, ont diminué après cela. Un groupe de femmes assure une vigilance.

73. Maero et Leon Alvarado, *Ser Mujer En San Miguel Acatan*.

74. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

75. Gadea, « Les femmes dans la justice indigène en Bolivie ».

IE - Elle dit qu'ils étaient quatre à les violer. Quand elles les ont dénoncés, des gens de la communauté ont dit qu'elles le méritaient parce qu'elles marchaient seules et qu'il était tard. Ils disaient que sûrement elles avaient quelque chose à voir avec eux, qu'ils devaient être leurs amants. [...] Ils étaient plus âgés, mariés et ils avaient des enfants. [...] Elle raconte qu'après cela elle est rentrée chez elle chercher un couteau pour tuer un des violeurs. Les autorités locales étaient là, et au lieu d'attraper l'homme, ils sont allés l'attraper elle. Et ils n'ont rien fait pour l'aider, ils l'ont juste humiliée. Elle se sentait honteuse, elle pensait que sa vie était ruinée. Elle sent toujours des coupures dans son corps quand elle y pense. Heureusement, avec le groupe de femmes, elle a pu récupérer de la dignité et on essaye de faire en sorte que ça ne se reproduise plus, parce que nos mères et nos grands-mères ont vécu ça, surtout pendant le conflit armé. Maintenant, on essaye de faire en sorte que les femmes le dénoncent, qu'elles ne se taisent plus, et qu'elles n'aient plus honte.

Dans le cas des viols du conflit armé, A. Fulchiron observe que dans les années qui ont suivi, les victimes devaient démontrer à tout le monde qu'elles étaient des femmes respectables. Toutes les décisions étaient alors prises en fonction de la culpabilité du viol⁷⁶. Le contrôle sexuel s'exerce beaucoup à partir de la menace du viol non-conjugal. On enseigne aux jeunes femmes à se protéger de l'espace public depuis une vision du danger représenté par les hommes. Fréquenter des hommes ou des jeunes garçons, même comme amis, est critiqué, car c'est ne pas faire attention à soi. Les filles peuvent difficilement investir l'espace public sans avoir une contrainte pour le faire, y être statique est suspect⁷⁷. D'autre part, comme on l'a vu, le viol est très peu condamné, même quand l'agresseur est connu de tous. On peut alors suggérer qu'il y a une prégnance du regard communautaire et de la violence sexuelle intracommunautaire pour préserver un ordre patriarcal où les femmes ne doivent pas sortir d'un certain rôle. Dans les communautés, il existe actuellement un nombre important de suicides de jeunes filles, enceintes de manière non-désirée :

Observation clinique de planification familiale Hôpital de Huehuetenango - 21 février 2013 -

Une médecin amène Adelza, jeune fille de Todos Santos de quinze ans, enceinte de sept mois, qui a l'air anéantie. La médecin nous raconte que la mère d'Adelza compte l'envoyer à la capitale pour que la communauté ne constate pas la grossesse et qu'elle accouche dans le secret. Evi s'exclame devant Adelza : « *le pauvre bébé!* ».

Quelques jours plus tard, la médecin vient nous voir pour nous raconter : « *vous rappelez? La petite de Todos Santos, celle qui ne voulait pas du bébé, elle vient d'accoucher à l'Hôpital à sept mois. Finalement, elle n'a pas eu le temps d'aller jusqu'à la capitale comme le voulaient ses parents!* ». Je demande si elle va quand même retourner dans sa communauté. La médecin répond : « *non, je crois qu'elle n'y retournera plus* ».

Quelques semaines plus tard je croise la médecin et lui demande des nouvelles d'Adelza. Elle m'annonce : « *finalement l'enfant est mort* ». Je demande une nouvelle fois si elle est retournée dans sa communauté. La médecin : « *il paraît oui. Il n'y a plus de bébé donc... j'imagine que personne n'a su et qu'elle a pu retourner tranquillement chez elle* ».

Au sein des communautés, il existe des pratiques de détection d'une femme qui n'est plus vierge, par la manière dont elle marche, par la couleur de sa peau ou encore par la présence de tâches sur son visage. E. Chirix écrit que « *pour l'homme sexiste, le corps des femmes*

76. Fulchiron, *Tejidos que lleva el alma*.

77. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

*se convertit en « carte » sur laquelle ils peuvent lire les indicateurs de sa conduite [...] La virginité a été une condition imposée aux femmes et c'est une manière de les dominer à travers la chosification de leurs corps »*⁷⁸. Si la virginité est une responsabilité féminine, il devient normal pour les hommes de ne pas assumer la grossesse d'une fille qu'ils ont mis enceinte, de manière consentie ou contrainte.

Dans ce cadre, il existe une interprétation féministe locale de la présence forte de « rumeurs négatives » concernant les conséquences néfastes de la contraception médicalisée au sein des communautés. En retraçant le parcours de ces rumeurs, des femmes constatent qu'elles proviennent souvent des membres des communautés qui ont migré aux États-Unis. Les rumeurs seraient diffusées par des mouvements pro-vie états-uniens, au sein de lieux de cultes fréquentés par des migrants Latinos-américains. Il est d'ailleurs aisé de constater que ces énoncés se retrouvent aussi dans des communautés *ladinas* et d'autres pays. Des groupes de femmes indigènes organisées soupçonnent les hommes en situation migratoire de les colporter intentionnellement jusque dans leurs communautés, pour que leurs femmes ou leurs filles restées sur place n'utilisent pas de moyens de contraception pendant leur absence, et se retrouvent donc davantage contraintes à pratiquer une abstinence sexuelle.

Les rumeurs de viols et d'abus des personnels dans les centres de santé sont très présentes également, et peuvent remplir la même fonction. Pour les hommes, ces rumeurs justifient leur insistance à préserver l'intimité et l'intégrité de leur femme, ou à faire en sorte qu'elles-mêmes la préserve par des normes particulières de comportements.

**Natalia - mayaniste - San Ildefonso Ixtahuacán - 57 ans - mam
- 13 mai 2014 -**

N - Il y a beaucoup de femmes qui sont mortes tu sais à cause de certaines méthodes contraceptives. Il y a un homme qui vit un peu plus loin, qui a abandonné sa femme pour se marier avec une jeune fille de 15 ou 16 ans. Et cet homme avec ses parents, ils ne voulaient pas que la fille tombe enceinte, peut-être parce qu'il avait déjà des enfants. Alors ils ont commencé à faire des injections à la jeune fille.

A - Au centre de santé ?

N - Non ! Eux-mêmes ! L'homme disait qu'il ne voulait pas qu'elle aille là-bas parce que les infirmiers pouvaient la regarder. Bref, je ne sais pas s'ils ne l'ont pas bien appliquée ou si c'est la méthode, mais à force, la fille a eu un cancer dans la matrice. Elle a fait une hémorragie et elle est morte, la pauvre. C'est pour cela que je ne suis pas vraiment d'accord avec ces méthodes contraceptives. Parce que ça pose beaucoup de problèmes. Beaucoup de femmes sont mortes dans nos communautés, d'autres n'ont plus réussi à avoir d'enfants. Il y a des conséquences sur la santé dans l'utilisation de ces injections chez nous les femmes mayas. Le mari de ma fille lui a fait mettre un implant. Mon mari et moi, nous étions énervés, et nous voulions lui faire enlever. Parce qu'en tant que mayas, on ne peut pas accepter que des produits viennent dégrader son corps et la mette en danger. La famille du mari ils sont évangéliques, c'est peut-être pour ça qu'ils ne se préoccupent pas autant. Mais finalement nous n'avons rien fait, parce que négocier avec le mari, les parents du mari, les infirmiers... Nous nous sommes démotivés.

Dans les deux anecdotes racontées par Natalia, l'opinion et la volonté des deux femmes concernées par la pose contraceptive sont absentes. Elle envisage au contraire les décisions sur le corps de ces femmes comme légitimement prises par d'autres. De surcroît, elle estime que ces

78. Chirix. p.224.

décisions doivent être issues de processus de concertations, de négociations, de débats, voire de luttes entre acteurs extérieurs pour s'appropriier la gestion du corps et de la reproduction de ces femmes. Ces types de discours, excluant de fait l'intérêt de consulter la femme concernée, sont récurrentes dans le corpus d'entretiens, particulièrement chez les hommes et les mayanistes comme Natalia.

II Essentialisation de l'identité féminine indigène

1 Usages du vêtement indigène féminin

Dans un entretien réalisé en 2013, Fabiana, fille de *leaders* mayanistes mam d'Ixtahuacán et militante féministe m'affirmait qu'elle préfère porter son vêtement « maya » que des habits « occidentaux ». Son *traje*, c'est-à-dire son vêtement « traditionnel » composé d'un *corte* et d'un *wipil*⁷⁹, représente pour elle la fierté et la respectabilité des femmes mayas au sein des communautés, ce qui lui assure une forme de reconnaissance. Lors d'un entretien que je réalise avec elle un an plus tard, elle m'explique comment les jeunes hommes cherchent à la séduire en la complimentant dans la rue lorsqu'elle porte un pantalon, mais sans aller plus loin. Elle ajoute que lorsqu'elle porte son *corte*, elle subit régulièrement des attouchements sexuels de la part d'hommes, généralement plus vieux, dans des lieux publics ou dans les transports en commun. À travers cette dernière anecdote, elle cherche à me faire comprendre que les marqueurs de son identité indigène, tels que le vêtement, légitiment socialement le fait que des hommes puissent plus facilement disposer de son corps. Cet exemple illustre à la fois le sentiment de cette jeune femme de devoir accentuer son identité maya pour pouvoir prétendre à une forme de respectabilité auprès des hommes indigènes, et à la fois la violence masculine à laquelle elle est exposée en raison de son identité indigène, l'appropriation violente de son corps par les hommes, qu'ils soient indigènes ou non. Rosa et Jaylin, également mam, pèsent le même type d'arguments dans le choix de leur tenue vestimentaire, entre l'option de porter le *corte* ou de porter le pantalon :

Rosa et Jaylin - San Ildefonso Ixtahuacán - 21 ans - mam - 14 mai 2014 -

Rosa - Je ne sais pas ce que je préfère. Le *corte* je pense, parce que des fois on t'embête si tu portes un pantalon.

A - Qui t'embête ?

R - Bon les gens te critiquent. Mais surtout les garçons ils te draguent dans la rue. Je ne sais pas pourquoi les hommes se sentent toujours obligés de dire quelque chose si tu portes un pantalon. Moi ça me fait honte. Quand je porte le *corte*, ils ne disent rien. Ils me respectent plus je crois.

Jaylin - Bon ils ne disent rien mais moi je me sens plus en danger quand je porte le *corte*. Je me sens plus à l'aise avec le pantalon. Le *corte* je ne le porte que quand je suis dans la communauté.

R - Bon c'est vrai que moi je ne sors pas trop d'ici comme Jaylin, je ne prends pas souvent les transports, peut-être c'est pour ça que je me sens mieux en *corte*. Ici, ils me respectent plus en *corte*.

A - Pourquoi tu te sens en danger en *corte* Jaylin ?

J - Parce que, comme les hommes sont très machistes, quand on met le *corte* ils deviennent très « abusifs ».

79. Le *corte* est un tissage plié en jupe longue et le *wipil* un haut brodé qu'utilisent certaines femmes indigènes guatémaltèques

A - Abusifs ? Comment ça ?

J - *gênée* - disons qu'ils commencent à toucher. . .

A - Ils ne le font pas quand tu portes un pantalon ?

J - Non, ils ne le font pas.

R - Peut-être parce que quand on porte le *corte*, on peut savoir d'où nous sommes.

J - Peut-être parce qu'ils pensent qu'en tant que femme indigène on va rester silencieuse et on va se laisser faire. Ce qu'il se passe c'est que les gens ont l'idée que les personnes qui viennent des communautés rurales se taisent toujours parce qu'elles ont peur. Mais il y a pas longtemps, un jour où j'étais debout dans le bus et que je portais mon *corte*, un homme m'a manqué de respect, et je lui ai mis une baffe en lui disant : « *comme ça tu vas apprendre à respecter* » ! Il a été très surpris (rires). Après j'ai regretté, parce que je me suis dit : « *et s'il répond et qu'il commence à me frapper. . . ?* »

A - Il n'y avait personne autour ?

J - Si, il y en avait, mais les gens ne s'en mêlent pas.

A - Et comment ça se fait que les gens des communautés rurales aient cette réputation de ce taire et de laisser faire ?

J - Parce qu'on pense qu'ils ne connaissent pas leurs droits, en plus comme beaucoup sont analphabètes. Surtout les femmes des communautés, ils savent qu'elles n'iront pas voir la police ou un juge de paix, même s'ils les violent.

Le *corte* est un vêtement couvrant et qui empêche de voir les formes. Lors de mon terrain, j'ai entendu plusieurs fois des hommes, *ladinos* comme indigènes, formuler des blagues sur l'idée de défaire le *corte* d'une femme indigène, y compris de manière non-consentie. On peut aussi faire un lien avec l'agression racontée par Fernanda dans son enfance, lorsque ses camarades de classe l'ont déshabillée de force pour voir ce qu'elle portait sous son *corte* (Ch11.III.1). Ce type de fantasme d'agression sur le corps des femmes indigènes en défaisant leur *corte* se retrouve dans plusieurs endroits au Guatemala⁸⁰. Un parallèle est d'ailleurs possible avec le fantasme du dévoilement dans l'entreprise coloniale française en Algérie, décrite par Fanon⁸¹. Au fil des années, se sont déroulées des transformations des pratiques d'usage du *traje*. Ce vêtement est important dans la représentation identitaire, car il est porté même par des femmes qui ont très peu de moyens, alors que les *trajes* sont plus chers que les vêtements occidentaux. Notons que le *traje* est un vêtement originellement imposé par le pouvoir colonial espagnol. Aujourd'hui, on observe des pratiques de mélanges de vêtements et de customisation des *trajes*. Le *traje* revêt à la fois des aspects folklorisant et d'*empowerment*, de fierté et de revendication maya, ou encore de mode tout simplement. Dans tous les cas, au-delà d'un marqueur ethnique, c'est aussi un marqueur social de richesse⁸². Alors que, dans les communautés, le port du *traje* est une pratique vestimentaire qui apparaît assez évidente pour les femmes, comme en témoigne Jaylin, Rosa et Fabiana, la pression pour l'abandonner est grande dans les villes. En effet, dans la société racialisée guatémaltèque stéréotypée, on tend à supposer que les femmes habillées en tenue maya sont des domestiques. Le conserver est alors une résistance intentionnelle et consciente⁸³.

Pour Velásquez Nimatuj la persévérance des femmes indigènes à porter le costume est l'expression d'une transgression à la fois historique et quotidienne. Selon elle, de plus en plus de femmes mayas sont conscientes que porter ces vêtements régionaux implique plus qu'un droit

80. Nelson, *Man ch'itil Un dedo en la llaga*.

81. Fanon, *L'an V de la révolution algérienne*.

82. Cumes, « Las mujeres son "más indias". Género, multiculturalismo y mayanización ».

83. Macleod, « De apariencias y resistencias ».

culturel. L'auteure critique l'utilisation folklorique du costume dans l'industrie du tourisme. Elle estime que l'imaginaire de la nation créée a exclu les femmes et les Indigènes, naturalisant les inégalités inscrites dans leur corps à travers leur folklorisation, leur esthétisation et leur marchandisation⁸⁴. En effet, la mercantilisation de l'Indigène au Guatemala est construite sur l'identité féminine. Pour A. Cumes, l'erreur nationaliste du mayanisme est la même erreur que celle de l'État, c'est à dire de placer les femmes autochtones comme un symbole clé de l'identité politique, en neutralisant ou en minimisant les inégalités qui sont inscrites sur leur corps. Cela peut non seulement légitimer les effets du même système colonial, patriarcal, racialement construit, mais aussi répéter les processus excluant et de chosification des femmes⁸⁵.

2 Incarnation de la nature

Des auteurs *ladinos* et étrangers décrivent la beauté et le caractère des femmes indigènes sous l'aspect naturel. Par exemple, dans un de ses poèmes, l'essayiste et diplomate *ladino* Luis Cardoza y Aragón décrit une femme indigène qu'il rencontre en évoquant son physique sous l'aspect minéral (peau d'une obsidienne). Il raconte qu'elle « *marche comme un oiseau* », portant un enfant dans son dos, avec une couronne de fleurs et de fruits, pieds nus, dénudée par ses haillons. Il évoque son aspect « *harmonieux* » en faisant référence à des éléments de la cosmogonie présente dans le Popol Vuh⁸⁶. Il ajoute à ce portrait idéalisé qu'elle est « *métisse dans sa pensée* » et « *indigène dans les entrailles* »⁸⁷.

Comme beaucoup d'éléments de la réinvention traditionnelle du mayanisme, la représentation de la femme maya est construite à partir de plusieurs inspirations, ancrées dans le reste de la société guatémaltèque et dans des dynamiques globales. L'essentialisation des rôles genrés se retrouve par exemple dans certaines tendances religieuses ou écologistes. De diverses manières le nouvel imaginaire historique mayaniste est exprimé comme l'histoire vraie qui révèle un passé caché ou déformé par l'histoire officielle. La notion de peuple maya, comme cela a été dit, a pris forme à partir de ces discours et est liée aux discours sur le multiculturalisme qui sont générés par les organisations dirigées par les intellectuels mayas, mais aussi par l'État⁸⁸. Il existe également un lien fort entre un tourisme ethnique et mystique (new age) et la revendication de tradition supposément autochtone⁸⁹. La construction de la mayanité correspond à une image globalisée de l'altérité ethnique depuis un regard occidental : une spiritualité épurée des religions occidentales, une thérapie traditionnelle à base de plantes, un rapport protecteur à l'environnement, une organisation sociale coutumière. L'image de cette différence culturelle essentialisée est valorisée et doit être protégée de l'hégémonie de la mondialisation occidentale⁹⁰. Cette idéologie propose un imaginaire du sacré féminin lié à la Terre-mère. Aussi, les femmes indigènes sont d'autant plus volontiers renvoyées à la nature.

Cette représentation s'inscrit dans la figure poussée politiquement d'un « *nativo ecologico* », d'un Indigène qui par essence est en cohésion avec son environnement naturel, d'un bon sauvage

84. Velásquez Nimatuj, « Traje, folklorización y racismo en la Guatemala postconflicto ».

85. Cumes, « Las mujeres son "más indias". Género, multiculturalismo y mayanización ».

86. Le Popol Vuh est un livre rédigé en 1558, par un quiché converti au catholicisme, à partir de contes de la tradition orale. Il représente pour beaucoup de mayanistes la référence maya en terme de spiritualité.

87. Cardoza y Aragón, *Guatemala*.

88. Esquit et al., *Las rutas que nos ofrecen el pasado y el presente : activismo político, historia y pueblo Maya* ; Esquit, « Contradicciones nacionalistas : pan-mayanismo, representaciones sobre el pasado y la reproducción de la desigualdad en Guatemala ».

89. Robin Azevedo et Salazar-Soler, *El Regreso de lo Indígena*.

90. Sarrazin, « Idées globalisées et constructions locales., Globalized ideas and local constructions. »

en quelque sorte⁹¹. Incarner cette figure permet plus facilement que des droits collectifs soient reconnus dans le cadre des politiques multiculturelles, notamment concernant l'usage des terres proches des communautés indigènes. Si on considère à Huehuetenango les dynamiques d'expropriation pour installer des méga-projets agricoles et extractivistes, on comprend d'autant mieux l'intérêt d'incarner cette figure pour réclamer des droits politiques et sociaux sur la base de la revendication culturelle. Il existe toutefois un aspect performatif à l'affirmation de cette identité collective spécifique. La vision occidentale du rapport de *care* à l'environnement des Indigènes féminise le sujet « indigène », en l'associant avec une « *nature perçue comme entité féminine, qui selon les conceptions occidentales de genre implique une relation de pouvoir [de domination ou de protection] sur les Indigènes* »⁹². L'association de l'identité féminine à l'identité indigène implique une féminisation des hommes indigènes face à la masculinité hégémonique *ladina*⁹³.

Pour A. Cumes, le colonialisme est un scénario qui définit la place matérielle et intellectuelle des femmes mayas au Guatemala. La subordination des femmes indigènes en contexte colonial favorise non seulement les hommes indigènes, mais aussi l'ensemble du système d'exploitation colonial⁹⁴. Les femmes ne sont pas considérées comme des sujets pensants mais comme des « faiseuses de la nature » du travail manuel « non qualifié ». En d'autres termes, la place sociale des femmes autochtones est celle des domestiques. Ceci est mélangé avec un traitement de son image comme un ornement, comme un « objet touristique »⁹⁵. Aussi, le recours des jeunes filles à des mélanges entre langue indigène et espagnol ou anglais, ou encore à la combinaison aléatoire du *traje* et des vêtements occidentaux, à l'utilisation du maquillage ou des cheveux courts, est dénoncé comme une marque de la perte d'une « *pureté culturelle* » maya. Cette critique de perte culturelle est formulée tant par des mayanistes que par des *Ladinos* et des touristes étrangers, depuis une vision folklorique. Cette folklorisation de l'identité féminine indigène est entretenue y compris par des institutions étatiques. Par exemple, dans les écoles, on demande souvent aux jeunes filles indigènes de présenter des travaux d'arts plastiques ou des danses en lien avec leur « culture », ce qu'on ne demande jamais aux jeunes garçons indigènes⁹⁶. Cette folklorisation, cette assignation d'une identité « traditionnelle » aux populations indigènes est plus contraignante pour les femmes, car elle réédifie une division sexuelle du travail et l'attribution du rôle de reproductrices de la culture aux femmes. Elles sont alors d'autant plus soumises à des normes de comportements spécifiques⁹⁷.

3 Une socialisation genrée traditionnelle

Dans un ouvrage, Aura Cumes cite un activiste maya qui explique que si les femmes s'assoient par terre dans les communautés et les hommes sur des chaises, ce n'est pas lié à des privilèges masculin mais parce que les femmes doivent être plus proches de la terre-mère. A. Cumes critique alors une vision de la culture comme une entité homogène et indiscutable de

91. Dumoulin, « Les savoirs locaux dans le filet des réseaux transnationaux d'ong » ; Raffestin, « Les ingérences paradoxales de la pensée écologique » ; Ulloa, *La construcción del nativo ecológico* ; Sellato, « L'ethnologue entre l'écologiste et le bon sauvage » ; Dumoulin, « Grandeur et décadence de la double conservation dans les arènes internationales ».

92. Ulloa, « El nativo ecológico ».

93. Cumes, « Las mujeres son “más indias”. Género, multiculturalismo y mayanización ».

94. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

95. Cumes.

96. Cumes, « Las mujeres son “más indias”. Género, multiculturalismo y mayanización ».

97. Masson, « Sexe, race et colonialité. Point de vue d'une épistémologie postcoloniale latino-américaine et féministe ».

valeurs et coutumes partagées à la marge des rapports de pouvoir⁹⁸.

Observation cérémonie « maya » - internat Ixmucané - 13 avril 2013 -

Pour une fête de l'association de promotion de la scolarité des jeunes filles de communautés, il est organisé une « cérémonie maya ». Ce sont deux femmes mayanistes d'une cinquantaine d'années qui animent la cérémonie. [...] Elles font l'apologie du couple, et le présentent comme l'accomplissement absolu, disent que les hommes doivent se comporter en hommes responsables et les femmes aussi et qu'il ne faut pas divorcer et aller dépenser de l'argent en frais d'avocat. Elles insistent sur le fait qu'il ne faut pas manger de nourriture industrielle car ce n'est pas bon pour notre corps et aussi pour l'environnement à cause des plastiques. Elles disent qu'il ne faut pas gaspiller l'eau. Elles sermonnent la manière dont certaines jeunes filles font les offrandes en expliquant la manière « correcte » de les faire. La plupart des filles indigènes ne comprennent pas ce qu'elles doivent faire, ne connaissent pas leur nahual (signe astrologique maya) qu'on leur demande d'utiliser. Pour mieux comprendre, elles demandent sans cesse des précisions à une des volontaires espagnole qui leur répond en rigolant : « *je ne sais pas, je ne suis pas maya !* ». À la fin de la cérémonie je discute avec six jeunes filles mam et q'anjob'al. Une jeune mam de Todos Santos évangélique dit qu'elle a bien aimé parce qu'on fait des offrandes au soleil et ça lui plaît. Les autres acquiescent plus ou moins convaincues, mais disent ne pas avoir aimé globalement la cérémonie : « *on ne sait rien de tout ça* », « *je ne connais pas ça, je ne sais pas pourquoi ils nous disent de faire ça* », « *on ne croit pas en ça* », « *ça ne m'intéresse pas trop* »... Par contre elles ont apprécié le poème écrit et chanté par une des jeunes boursières pop'ti de l'association. Je leur demande de me raconter le poème : « *elle disait qu'on rencontrait le prince charmant et qu'après souvent il change, il devient violent, ou il part, et on se retrouve toute seule avec un bébé sur les bras et qu'on ne peut plus étudier* ». Je demande pourquoi elles ont aimé. Une explique : « *c'était joli la manière dont elle a dit ça, et j'ai aimé la musique de bachata qu'elle a mis pour l'accompagner* ». Une autre ajoute : « *c'est qu'elle raconte mieux des craintes qu'on a toutes* ».

Les mayanistes défendent une vision de complémentarité harmonieuse dans les rapports entre hommes et femmes depuis la *cosmovision* maya et la culture des ancêtres. Si les femmes remettent en question ces idées et cherchent à transformer des pratiques, elles sont vues par certains, on l'a déjà évoqué, comme une menace à l'identité collective. La naturalisation, l'essentialisation, la construction idéalisée des relations hommes/femmes dans les sociétés mayas se justifient dans une démarche de revalorisation du groupe. Comme le relève A. Cumes, la réalité des hommes et des femmes mayas se structure pourtant dans un contexte plus large de domination coloniale-patriarcale. Sacraliser une pensée et des comportements, en les séparant des rapports de pouvoir au sein desquels ils s'établissent, ne permet pas de transformer la réalité mais plutôt de justifier des rapports d'oppression⁹⁹. Or, la colonisation a opprimé les hommes dans le monde public, mais leur a donné du pouvoir dans le privé¹⁰⁰.

98. Cumes, « Las mujeres son “más indias”. Género, multiculturalismo y mayanización ».

99. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

100. Segato, *Las estructuras elementales de la violencia*.



Préparation de l'atelier du groupe de femmes - Communauté d'Abalac, Colotenango

En mars 2013, dans la communauté mam d'Abalac à Colotenango, j'assistais à un atelier d'un groupe de femmes de la communauté organisées autour de la prise de conscience féministe, de la lutte contre les violences et de la guérison de ces violences. Le groupe s'était dans un premier temps réuni sous l'impulsion d'une organisation féministe de la capitale, autour des femmes les plus âgées qui cherchaient à « guérir » des violences sexuelles exercées sur elles pendant la guerre. Puis d'autres jeunes femmes, certaines violées également, les ont rejoint peu à peu.

Ce jour là, les femmes qui avaient préparé l'atelier annoncent l'objectif suivant : « *Sortir le corps et la sexualité de l'espace de la honte, de la peur, du silence* ». L'atelier commence par une session de mouvements, de danse et de don de tendresse à soi et aux autres. Une des leaders commente « *nous avons honte de toucher et de bouger notre corps. Si les gens nous voient bouger les hanches, ils vont dire qu'on aime ça (le sexe), qu'on fait ce qu'on a envie et que donc nous ne sommes pas des femmes bien. Mais quand on le fait comme aujourd'hui toutes ensemble, les jeunes, les anciennes, c'est plus facile, on a plus confiance en nous* ». L'exercice suivant consiste à parler de ce qu'elles nomment « *les croyances négatives* » qui les ont affecté dans leur corps au cours de leur vie. Elles estiment que ces croyances sont plutôt transmises par la famille, quand elles sont enfants, et par la communauté, à partir de l'adolescence.

Dans leur enfance, on leur interdisait des activités, de divertissement ou considérées plutôt masculines, et on les orientait plutôt vers des tâches de travail. Cela a empêché certaines d'assister régulièrement à l'école : « *Au lieu de jouer, va couper le bois, apprends à faire les tortillas et à servir les hommes* », « *tu ne peux pas aller à la fête ou jouer au ballon parce que tu n'es pas un homme* ». Depuis petites, on leur apprend à être des « *femmes respectables, à obéir et à s'occuper des hommes et des enfants. On a pas le droit d'être heureuses ni de vouloir autre chose* ». À l'adolescence, si elles ne portent pas de *corte*, elles disent qu'on les soupçonne

d'aspirer à une vie différente que celle qu'on attend d'elles. D'autre part, on leur transmet des règles visant à les dévaloriser, en leur faisant sentir qu'elles peuvent salir les autres et par là mettre les hommes en danger, car eux sont propres. Pour protéger les hommes de leur impureté, elles ne doivent pas « *permettre que leurs habits touchent ceux des hommes* », « *utiliser un bout de leurs habits usés comme couche pour un petit garçon* », « *passer au dessus des sacs de maïs* ».



Enfants qui jouent - Communauté d'Abalac, Colotenango

À partir de l'adolescence, on leur apprend finalement que c'est les hommes qui représentent un danger pour elles. Elles sont alors responsables de se préserver. Elles sont sommées d'éviter de se maquiller, de porter des bijoux ou de s'habiller autrement que dans leur tenue traditionnelle. On leur interdit parfois de se promener seules, pour qu'elles ne soient pas violées. On leur interdit de parler à des garçons. Plusieurs jeunes filles de la communauté n'ont pas pu poursuivre leur scolarité parce que « *les parents disent qu'elles risquent de tomber enceintes* ».

Elles évoquent le fait qu'une fois mariées, il est difficile de se séparer de son conjoint si on le souhaite. Elles sont rendues responsables des « *problèmes* » au sein de leur couple quand leur mari est violent, et doivent « *obéir à leur époux* ». Plusieurs constatent que même lorsque les maris sont aux États-Unis, elles ne sont pas plus libres de leurs mouvements, car leurs faits et gestes sont rapportés aux maris par d'autres personnes de la communauté, ou elles sont carrément corrigées dans leur comportement par d'autres personnes, au nom du respect qu'elles doivent à leur mari : « *ils nous tiennent bien sous contrôle, alors qu'ils sont aux États-Unis depuis des années et qu'ils font tout ce dont ils ont envie de leur côté!* ». Des jeunes mères célibataires qui peinent à joindre les deux bouts racontent qu'on les rend responsables de la

situation dans laquelle elles se trouvent. On leur dit : « *tu ne t'es pas bien comportée avec sa famille, c'est pour ça qu'il t'a abandonnée* », « *il était déjà marié, à quoi tu t'attendais ?* », « *il a suffit qu'il te frappe une seule fois pour que tu partes alors qu'il s'est excusé, maintenant ne te plains pas s'il ne veut rien te donner pour le bébé* ».

À la fin de l'atelier, les femmes mettent en place un rituel inspiré de la réinvention traditionnelle maya à l'aide de bougies, de fleurs, d'encens... Elles utilisent ce rituel pour désinstaller en elles toutes ces croyances et les effets néfastes qu'elles ont dans leur vie. Puis installent une nouvelle croyance en s'imprégnant collectivement de cette phrase : « *B'a'n tu'n t-ten nk'ujlab'il, tu'n n-nik'a ti'j nxumlali, ex wey* » - « *Je peux apprendre à aimer et à connaître mon corps parce que c'est le mien* ».



Rituel de « sanation » d'inspiration "maya" - Atelier du groupe de femmes d'Abalac

Ce groupe de femmes tire le constat que certaines personnes de la communauté, ou de leur famille, cherchent à limiter la participation des femmes aux ateliers, leur organisation et leur solidarité car ces personnes « *ne veulent pas que les choses changent* ». Les femmes qui participent et s'organisent ont effectivement réussi à conquérir peu à peu des espaces de pouvoir, dans un contexte communautaire particulier de forte absence des hommes, notamment en raison des migrations. Paradoxalement, le renforcement des rôles traditionnels qu'on cherche à assigner aux femmes se trouve confronté à cette absence masculine, et l'obligation pour certaines femmes d'investir des rôles traditionnellement masculins, parmi eux, la participation au sein de l'organisation communautaire. Cette situation s'était déjà produite durant le conflit armé avec la désertion de nombreux hommes des communautés, et après, à travers l'investissement massif des veuves du conflit notamment. Cette participation est toutefois généralement limitée

à des rôles secondaires au sein des formes d'organisation communautaire, et très peu des rôles publics. Cependant, la participation à des organisations de femmes, les poussent à investir des rôles plus importants, à acquérir des compétences et de la reconnaissance, ce qui parfois leur ouvre les portes pour des fonctions plus importantes au sein des organisations mayas mixtes. Les femmes jonglent alors entre les espaces domestiques reproductifs, laboral externes et politiques. Les hommes cherchent toutefois souvent à limiter l'espace politique dédié aux femmes, quand ils estiment que celui-ci comporte un risque de perdre certains de leurs privilèges ¹⁰¹.

Au niveau des autorités communautaires comme des organisations mayas, les femmes peinent toutefois à se faire une place, surtout dans les postes décisionnaires et de représentation publique, qui sont occupés presque exclusivement par des hommes. Parfois, le faible capital scolaire, linguistique et en information des femmes est mobilisé par les autorités masculines pour justifier leur exclusion des charges de pouvoir. Or, ils cherchent souvent à limiter l'éducation et l'émancipation des femmes, pour justement limiter leur pouvoir, et qu'elles continuent d'assumer les tâches domestiques ¹⁰².

Pourtant, les femmes sont très investies dans les mouvements mayas. J. Falquet remarque que même si la mixité ne va pas de soi, les femmes constituent une importante ressource politique pour les mouvements sociaux pour des raisons « *démographiques (il s'agit de la moitié de la population mobilisable), pratiques (il s'agit d'une force de travail militant particulièrement dévouée et efficace), financières (elles émeuvent l'opinion publique nationale et internationale pour obtenir des fonds et luttent presque toujours de manière bénévole) et symboliques (elle sont la clé de la légitimation « morale » des luttes)* ». Le recours à l'engagement et au travail militant des femmes fait preuve selon J. Falquet, d'une tentative d'appropriation collective des femmes, d'autant que leurs propres revendications ne sont pas soutenues, et que leurs besoins ne sont pas satisfaits. Elle conclut :

« *Les femmes font partout l'objet de tentatives d'appropriation chaque fois plus insistantes dans un espace politique raréfié, par les États et les Institutions internationales d'un côté, de l'autre par les mouvements le plus souvent d'obédience nationaliste et/ou religieuse qui se targuent de constituer les principales alternatives. Imaginer et défendre des projets politiques propres n'en est que plus important* » ¹⁰³.

Imaginer et défendre des projets propres, c'est justement l'ambition de certaines femmes indigènes, depuis une posture intersectionnelle.

III Formulations intersectionnelles des femmes indigènes

1 Conscience des rapports d'oppression imbriqués

**Rebeca - étudiante institutrice - 18 ans - mam de Todos Santos
- 30 mars 2014 -**

Elle me montre un dessin d'elle-même qu'on lui a demandé de réaliser lors d'un atelier à l'école, et à côté duquel on lui a demandé de se présenter par un trait de caractère. Elle a écrit : « *Je n'aime pas qu'on me discrimine en tant que femme* ».

A - Comment est-ce qu'on te discrimine en tant que femme ?

R - Eh bien on me discrimine pour mon *traje*, pour la manière dont je parle, pour la couleur de ma peau, pour ma culture, pour ma langue.

101. Cumes, « Las mujeres son “más indias”. Género, multiculturalismo y mayanización ».

102. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

103. Falquet, « A qui appartiennent les femmes ? »

Rebeca cite ainsi des critères qui semblent relever uniquement de l'indigénéité pour décrire les discriminations qu'elle vit en tant que femme. Faisant écho à l'imaginaire déjà évoqué selon lequel les femmes seraient plus indigènes que les hommes, on remarque également que certaines femmes lient spontanément les discriminations qu'elles vivent en tant que femmes aux discriminations ethniques. L'ensemble des participant·e·s indigènes à l'enquête affirment que les femmes indigènes souffrent plus de discriminations que les hommes. Si les hommes insistent également beaucoup sur ce fait, ils l'attribuent principalement au racisme des *Ladinos* et de l'État, et au fait que les stigmates de l'indigénéité que portent les femmes sont plus visibles que ceux des hommes. Pour la plupart d'entre eux, les femmes ne subissent donc pas de discriminations de la part des hommes indigènes. Dans un festival féministe indigène à Colotenango, plusieurs hommes prenaient la parole pour parler des violences et des discriminations vécues par les femmes indigènes. Un étudiant mam disait par exemple : « *on parlait de ne pas oublier l'histoire, le passé. Mais que se passe t'il par exemple avec les femmes qui souffrent dans les fincas, à cause de la mine, ou dans nos communautés, quand il n'y a pas de médicament, d'éducation, cela aussi s'appelle inégalité, cela aussi s'appelle injustice, cela aussi s'appelle guerre. Et les femmes indigènes sont toujours celles qui souffrent le plus* ». Les femmes qui s'exprimaient à sa suite, intégraient dans leur analyse également la souffrance vécue dans les rapports entre Indigènes au sein des communautés, notamment liés aux rapports de genre. Elles tissaient alors des liens entre les différentes formes de violences auxquelles elles se confrontaient dans différents espaces.

**Fernanda - San Ildefonso Ixtahuacán - 35 ans - mam
- 12 mai 2014 -**

F - Je ne sais pas pourquoi les hommes boivent comme ça. Peut-être la tristesse de ne pas avoir de travail. Souvent ça commence comme ça. Mais ça empire la situation au lieu de la résoudre. Et imagine pour nous les femmes, avec le mari alcoolique et violent, le manque de nourriture, les problèmes de santé, qui peut survivre à tout ça? C'est pour ça qu'on meurt rapidement ici. Alors ce qu'il faut, c'est parler aux enfants des défis de la vie. Il faut leur expliquer que personne ici ne les félicitera jamais de ce qu'ils font de bien. [...] Les femmes *ladinas* souffrent presque autant que les femmes indigènes, en tous cas dans la famille. Elles sont aussi violentées. Mais bon la femme indigène souffre dans la famille, la communauté qui la critique. Mais aussi quand elle se confronte à l'autre culture. Parce qu'une femme *ladina* ne sera jamais discriminée parce qu'elle est *ladina*, seulement parce qu'elle est une femme. Et en plus souvent la femme indigène est plus pauvre et n'a pas beaucoup d'opportunités. Et moi tu vois, qui ai un emploi, qui vit dans le *municipio*, je ne suis pas la plus à plaindre. Tu as déjà vu comment ça se passe pour celles qui vivent dans des communautés retirées. [...] Parce que quand on maîtrise l'espagnol on peut encore se défendre un peu. Mais je crois que beaucoup de problèmes arrivent avec le manque d'argent. Même des fois juste pour qu'on te prenne au sérieux. [...] Et puis les femmes *ladinas* sont plus respectées que les femmes indigènes je pense. Par exemple, un homme indigène n'osera jamais violer une femme *ladina*. Nous on peut se faire violer par un homme indigène ou un homme de l'autre culture. Et nous on a tellement honte parfois. Et on manque tellement d'informations.

Selon A. Cumes, quand les femmes indigènes parlent de leurs expériences de discrimination, elles mettent en évidence l'interconnexion ou la séparation difficile entre les variables ethnique, de genre et de classe sociale. Dans leur vécu quotidien, il est difficile de séparer les choses dont elles souffrent exclusivement en tant que femmes et spécifiquement en tant qu'Indigènes.

Pourtant, les mouvements et organisations de la société civile opèrent souvent cette séparation. Ainsi, alors qu'elles pratiquent une analyse intersectionnelle spontanée de leurs conditions sociales, certaines femmes indigènes sont amenées à se positionner dans une seule perspective de lutte si elles souhaitent agir politiquement ¹⁰⁴.

Dans les entretiens réalisés au cours de cette enquête, certaines femmes mentionnent les cadres contraignants des institutions de santé, et les répressions auxquelles elles sont exposées si elles ne s'y conforment pas. Elles dénoncent les discriminations qu'elles y subissent à la fois :

- en tant que femmes : « *moi je demande toujours à mon frère de m'accompagner au centre de santé, parce que tu sais déjà, comme nous sommes des femmes ils ne nous écoutent pas* »,

- en tant qu'Indigènes : « *ma voisine, comme elle parle bien espagnol, elle s'habille comme une Ladina quand elle va là-bas, et là oui, ils la traitent bien, mais moi on voit que je suis indigène, donc on me traite comme si j'étais un déchet* »,

- en tant que pauvres : « *comme je n'avais pas de quoi leur donner un billet pour qu'ils s'occupent de ma maman plus rapidement, ils nous ont fait attendre jusqu'à ce que ça devienne plus grave, alors je me suis endettée auprès d'un monsieur du village et on est allées dans une clinique privée. Mais sans argent tu meurs ici, ils te laissent mourir!* ».

Alma et Fabiana - San Ildefonso Ixtahuacán - 28 ans - mam - 13 mai 2014 -

Al - Les femmes indigènes vivent plus de discriminations que les hommes. Même dans les centres de santé, dans les hôpitaux, elles y vont plus que les hommes parce qu'elles s'occupent des malades. Et elles sont plus malades que les hommes.

F - Peut-être en raison de ce dont on parlait tout à l'heure, que les femmes travaillent énormément. Elles se lèvent en premier, se couchent en dernier. Elles allaitent les enfants, s'en occupent. Elles moulent le maïs, préparent les repas, nettoient toute la journée la maison, le linge, la vaisselle, les mains dans l'eau froide, elles vont nourrir les animaux. Quand les hommes ne sont pas là, elles s'occupent aussi du champ toutes seules. Elles ne pensent jamais à elles, ne prennent pas soin d'elles. Elles prennent soin des autres mais personne ne prend soin d'elles. Je crois que c'est pour ça que nous tombons malade. Elles n'ont même pas le temps de se tisser un vêtement. C'est pour ça qu'ici il y a des femmes qui mettent le même *corte* tous les jours pendant un an, deux ans, avant de pouvoir finir d'en tisser un autre, juste pour pouvoir se changer. Alors elles le lavent rarement, et quand elles le lavent, elles ne peuvent pas attendre qu'il sèche complètement avant de le mettre à nouveau. Si elles vont faire paître des bêtes, elles amènent parfois leur tissage, et tissent pendant qu'elles surveillent les animaux. Alors pour qu'elles réussissent à en tisser des supplémentaires pour pouvoir les vendre et avoir un peu d'entrée d'argent! [. . .] C'est pour ça que je dis que les femmes sont plus vaillantes. Parce que la pensée machiste dit que nous sommes plus faibles, plus plaintives. Mais tu vois tout ce qu'on supporte! Et avec ça on se fait encore réprimander, et on supporte! On s'occupe de tout dans la famille, on planifie comment s'en sortir, où trouver de l'argent. Encore plus les mères célibataires, et tu as vu qu'elles sont nombreuses. Mais même les femmes qui ont des maris doivent trouver de l'argent, apporter de l'argent au foyer, en plus de tout ce qu'elles font déjà. Les femmes font le double, le triple de ce que font les hommes, ou plus encore, mais je ne sais plus comment on dit plus du triple en espagnol (rires).

104. Cumes, « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ».

Al - Nous les femmes, on se tue à la tâche, et on se fait corriger par les hommes. Ils ne font rien et en plus certains se permettent de boire leur salaire ! (rires)

F - On se rend bien compte de ça, mais on se dévalorise. Quand on demande à une femme où est-ce qu'elle travaille, elle répond : « *nulle-part* ». Mais tout ce qu'on fait à la maison ce n'est pas du travail ? Je sais qu'au fond toutes ont conscience de ça.

Al - Oui parce qu'on le voit dans les ateliers des groupes de femmes dans les communautés, au bout de dix minutes, le temps qu'elles se mettent en confiance, toutes commencent à dire la même chose que ce qu'on vient de dire.

Dans la plupart des entretiens réalisés, il était évident que les femmes interrogées avaient conscience du travail domestique comme un travail à part entière injustement dévalorisé, ou encore des rapports sexuels non désirés comme des violences sexuelles. Elles se plaignaient de la mauvaise répartition des tâches domestiques, éducatives, sexuelles. Elles identifiaient clairement les violences physiques, verbales, économiques, auxquelles elles étaient injustement confrontées. Toutes évoquaient les formes multiples d'oppression en tant que femmes indigènes rurales, pauvres, et liaient les espaces de violences et d'oppression dans un continuum. Elles exprimaient aussi des stratégies conscientes de résistances, et des formes de constructions et d'organisations solidaires entre femmes. Cette incroyable clarté dans la conceptualisation intersectionnelle et l'action féministe était d'autant plus surprenante qu'elle se retrouvait chez des femmes non alphabétisées, qui n'avaient reçu aucune formation, ni participé à des mouvements ou à des organisations politiques. Cela témoigne de l'ampleur de la construction locale, de la diffusion et de l'ancrage, de modalités de représentations et de pratiques d'émancipations chez les femmes indigènes, hors des biais connus de transmission. Toutefois, on peut identifier certains éléments, au cours de l'histoire récente, qui ont sans doute favorisé le développement et la diffusion de ces formes locales d'analyses et de pratiques féministes.

2 Les perspectives émancipatrices au cours de l'histoire locale

Durant le conflit armé, beaucoup de femmes indigènes huehuetèques se sont initiées à des rhétoriques et à des formes d'organisation qui remettaient en cause leurs conditions initiales. Ces transformations découlaient parfois de diverses influences, telles que la théologie de la libération, les mouvements de guérillas, le début des organisations paysannes, le contact avec des ONGs, l'imprégnation du mouvement zapatiste dans le refuge au Mexique, le début des organisations de femmes indigènes...

Ces influences se complétaient régulièrement. Par exemple, la réception du discours révolutionnaire de guérilla s'est souvent inscrite sur la base de projets coopérativistes préalables, liés à la théologie de la libération. Des discours et des pratiques d'égalité de genre dans les forces de guérilla, s'ancraient donc parfois dans un terreau de conscientisation féministe initié dans le cadre de la théologie de la libération et de l'expérience coopérativiste¹⁰⁵. Aussi, à l'instar du zapatisme, l'une des raisons pour laquelle la guérilla a été bien accueillie par les femmes dans les communautés au Guatemala, c'est le projet d'améliorer les conditions de santé et d'éducation dans les zones rurales, ainsi que la lutte contre l'alcoolisme masculin et la violence intra-familiale. Mais aussi certaines femmes ont rejoint la guérilla car cela leur donnait une autre perspective future, la possibilité de voyager, de s'écarter des rôles traditionnels, ou encore de participer à une action politique et d'obtenir des responsabilités...¹⁰⁶ D'ailleurs, plus généralement, l'éclatement de l'unité familiale pendant la guerre a contribué à transformer l'image

105. Olivera B, « Le « Mouvement indépendant des femmes » du Chiapas et sa lutte contre le néolibéralisme ».

106. Kobrak, *Huehuetenango : Historia de una Guerra*.

traditionnelle de la femme guatémaltèque. Si, au sein des organisations révolutionnaires et des groupes progressistes, la place qui revient à la femme en tant que sujet historique n'était pas toujours pleinement reconnue, son image vis à vis de la société et son auto-représentation se modifièrent profondément ¹⁰⁷.

Une étude menée sur le recueil de témoignages de femmes indigènes ayant participé aux forces de guérillas montre que cette expérience de combattantes leur a permis de reconnaître - et faire reconnaître - avec force et courage la valeur de leur corps comme un territoire personnel, à affirmer leur droit à une vie sans violences sexuelles et domestiques, et leur droit à choisir comment planifier leurs enfants ¹⁰⁸. Notons qu'au sortir de la guerre, dans certains endroits, les droits et habitudes acquises au sein de la guérilla se sont assez vite effacés, au profit d'une répartition plus « traditionnelle » des tâches domestiques, de la représentation politique, de la terre. Ces espaces ont vu se développer à nouveau un phénomène important de violences contre les femmes, notamment de violence conjugale ¹⁰⁹. L'étude citée précédemment sur les femmes indigènes dans la guérilla montre toutefois que ces ex-combattantes évitaient de tomber enceintes tant qu'elles étaient prêtes à se battre, ou au contraire s'arrangeaient pour tomber enceintes si elles souhaitaient s'éloigner des combats. Aucune de ces femmes n'utilisaient de méthodes contraceptives médicalisées pour planifier les grossesses, notamment en raison des effets secondaires et des éloignements fréquents avec leur époux. Notons par ailleurs que la plupart d'entre elles ont souffert d'une ou plusieurs fausses couches du fait des mauvaises conditions de vie et de santé ¹¹⁰.

C'est également le cas pour les femmes contraintes de se déplacer au Chiapas mexicain pendant la guerre. Or, on note chez les réfugiées, l'influence importante d'échanges avec des modèles d'organisation de femmes chiapanèques (zapatistes entre autres). Ces femmes chiapanèques développent aussi une pensée commune, qui intègre une vision globale et locale de leurs conditions. Elles dénoncent la baisse des budgets sociaux qui fait augmenter la charge de travail pour les femmes et leur vulnérabilité par le manque d'accès à la santé, à la scolarisation, à la sécurité. Elles dénoncent également la militarisation, les politiques néolibérales qui provoquent l'augmentation de la pauvreté et des violences sexuelles et familiales, le démantèlement de l'économie paysanne par des privatisations et l'obligation de migrer vers les États-Unis... ¹¹¹

Les réfugié-e-s guatémaltèques au Mexique avaient déjà des expériences organisationnelles en communautés, coopératives, groupes chrétiens, groupes de guérilla. Dans les camps, ils et elles organisaient eux-mêmes des comités de santé et d'éducation. C'est aussi dans ce cadre que sont nés des groupes de femmes, à partir d'associations informelles, de groupes d'entraide, pour collaborer aux services communautaires ¹¹². Cela a amené à la création d'une première association formelle par et pour les femmes réfugiées, s'inscrivant aussi dans la culture coopérativiste. À travers cette association, les femmes qui y participaient sont parvenues à obtenir des aides économiques pour acheter un moulin de *nixtamal*, qui leur permettait de moudre collectivement le maïs consommé, afin d'économiser leurs efforts, mais aussi obtenir un bénéfice économique, ainsi qu'un fond de secours. Elles ont alors obtenu plus de poids pour participer aux assemblées communautaires et acquérir une certaine indépendance. Elles se réunirent par la suite avec des femmes de tous les camps, et créèrent une organisation des femmes réfugiées toujours

107. Colom, *Mujeres en la alborada Guerrilla y participación femenina en Guatemala 1973-1978*.

108. Hernández Alarcón, *Memorias rebeldes contra el olvido*.

109. Duterme, « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ».

110. Hernández Alarcón, *Memorias rebeldes contra el olvido*.

111. Olivera B, « Le « Mouvement indépendant des femmes » du Chiapas et sa lutte contre le néolibéralisme ».

112. Martínez Portilla et Nogues Pedregal, *Miradas desde el refugio*.

active : Mamá Maquín. Dans cet organisation, les femmes traitent ensemble des problématiques spécifiquement féminines. À l'époque, elles ont participé de manière déterminante dans des négociations pour que les femmes obtiennent leurs noms sur la propriété des terres à leur retour au Guatemala, ou encore qu'elles aient des droits égaux à l'éducation et à l'organisation. Cette influence est forte dans les organisations locales et dans les communautés au Guatemala à leur retour ¹¹³. Notons que le droit à la terre est un bon exemple de la complexité à trancher entre affirmer un droit individuel pour tou-te-s ou un droit collectif pour la communauté, dans un contexte de rapports de genre défavorables aux femmes. On a bien vu dans cette recherche que la propriété féminine des terres améliore leurs conditions sociales. Les femmes acquièrent plus d'autonomie, de pouvoir de décision et de meilleures conditions de vie et d'opportunités.

Les premiers groupes de femmes indigènes qui émergent sont donc liés à la guerre, et combinent la question des violences sociales, ethniques et de genre. Ils se forment notamment autour des veuves du conflit, pour assurer et revendiquer la survie et les droits humains. Par exemple le CONAVIGUA, créé en 1984, est un réseau d'entraide de femmes, pour la production, la décharge de travail domestique, l'aide à la subsistance des veuves, l'éducation, la formation de groupes de femmes en alphabétisation, santé et droits humains ¹¹⁴.

Ces groupes de femmes sont liés aux organisations politiques de gauche. Il n'est alors pas étonnant que les femmes s'impliquent également dans des organisations comme le CUC, un syndicat paysan important historiquement et politiquement au Guatemala. La question de l'équité de genre, dans le CUC et dans d'autres organisations de gauche, avance progressivement, grâce à l'implication des femmes. Les femmes s'auto-forment sur la prise de parole en public, l'estime de soi, la prise de décisions, la participation politique au sein des groupes et des communautés, les rapports de genre et les discriminations, les droits humains, y compris reproductifs et sexuels... Pour les chercheuses féministes guatémaltèques, l'organisation et la participation croissante des femmes dans les luttes sociales, et en particulier celles concernant leurs droits, sont porteuses de changements, car elles représentant à la fois la preuve et l'espoir du changement ¹¹⁵.

Parallèlement, dans les années 90, la montée des mouvements mayas et des projets de développement a été fortement investie par les femmes qui cherchaient de meilleures conditions de vie. Elles se sont alors emparées du mayanisme pour lutter contre les discriminations qu'elles vivaient en tant qu'Indigènes, bien que nombre de ses courants leur soit potentiellement défavorables ¹¹⁶. En profitant des espaces de participation, des femmes qui se trouvaient en situation de subordination importante ont pu trouver dans l'usage de l'identité maya un soutien pour la libération en tant que femmes, en lien avec les organisations féministes indigènes existantes ¹¹⁷.

Les femmes indigènes rurales pauvres ont pris l'habitude d'utiliser moins que les hommes et que les femmes indigènes urbaines de classe moyenne leur identité ethnique comme une ressource politique et culturelle. En effet, on l'a vu, elles la vivent d'une manière dévaluée, en association à leur expérience d'inégalités sociales. Cependant, elles recourent parfois au mayanisme dans des cadres plus intimistes de construction identitaire et de guérison ¹¹⁸. La pensée mayaniste, transmise régulièrement à travers les *comadronas*, s'applique comme base de valorisation de soi

113. Martínez Portilla, *El refugio como escuela*.

114. Bastos et Camus, *Quebrando el silencio*.

115. Barrios-Klée Ruiz et Artigas, *Mujeres mayas y cambio social*; La cuerda, *Nosotros, las de la historia*.

116. Cumes, « Las mujeres son "más indias". Género, multiculturalismo y mayanización ».

117. Bastos, « Violencia, memoria e identidad : el caso de Choatalum ».

118. Cumes, « Las mujeres son "más indias". Género, multiculturalismo y mayanización ».

en tant que femme maya, et source de renforcement du sentiment de dignité et de justice. En ce sens, l'utilisation informelle du mayanisme chez les femmes diffère souvent de celle, formelle, des hommes. Pour certaines féministes mayanistes, le modèle de sexualité dans les communautés est intrinsèquement lié à la colonisation. Il est patriarcal et orienté vers la reproduction. Cette analyse s'inscrit en contradiction avec un certain masculinisme mayaniste, qui survalorise la sexualité patriarcale orientée vers la reproduction ¹¹⁹.

On l'a vu, les féministes indigènes mettent en avant les imbrications racistes, patriarcales et de classe dans leur quotidien et au niveau structurel. Elles historicisent les violences qu'elles rencontrent sous forme de continuum, et les lient aux violences qu'elles vivent dans chacun des espaces sociaux. C'est pourquoi elles cherchent à présent à construire des formes d'autonomies de leurs mouvements. Les groupes de femmes qui se sont développés dans la période post-conflit, se sont réunis tout d'abord autour de thématiques liées à la guerre qui les affectaient tout particulièrement, notamment la question de l'accès à la terre, à un environnement de vie sain et la lutte contre les violences sexuelles. Ces thématiques renvoient aux rapports au corps et, aujourd'hui, les analyses et revendications des femmes se sont élargies depuis cette perspective ¹²⁰.

Le groupe de femmes mam de la communauté d'Abalac, en lien étroit avec l'organisation Actoras de Cambio, est assez caractéristique d'une tendance importante dans le féminisme indigène à Huehuetenango, qui puise dans toutes les influences citées précédemment. Ce groupe lutte contre les violences sexuelles actuelles et pour la reconnaissance des violences sexuelles du conflit armé, mais aussi il alimente une dynamique d'émancipation plus large à travers une réappropriation de son corps. L'action du groupe consiste alors non seulement à dénoncer et prévenir les violences, mais aussi soigner leurs effets, notamment à travers la revalorisation de soi par des rites symboliques d'inspiration mayaniste. Tout en investissant fortement une identité maya, les participantes s'écartent d'un discours mayaniste qui mettrait uniquement en avant l'attaque ethnique, et suggérerait que les femmes ne sont qu'un instrument pour atteindre les hommes et la culture, qu'il s'agit alors de protéger.

L'existence d'un féminisme indigène qui inscrit la mémoire du conflit et la reconnaissance du génocide au cœur de sa lutte, laisse donc émerger une posture critique face à l'exercice de contrôles sur le corps et la sexualité des femmes - tel que la limitation de leurs libertés contraceptives -, y compris au nom de la préservation du groupe culturel. La mémoire du génocide proposée par les groupes féministes indigènes vise à enrayer les attaques racistes et patriarcales exercées sur leur corps, leur sexualité et leur reproduction, en créant un impact sur les représentations sociales. Ces groupes proposent en ce sens une alternative à une question génocidaire qui oppose un féminisme colonial des institutions en place à un antiracisme patriarcal des organisations indigènes mayanistes.

3 Un féminisme indigène pour la vie, le corps et le territoire

En 2012, dans le département de Huehuetenango, une rencontre féministe « *pour la vie, le corps et le territoire des femmes* » ¹²¹ est organisée. Lors des ateliers, j'observe que les violences de genre exprimées par les femmes lient la violence intrafamiliale et communautaire à celle des politiques publiques et économiques. Les femmes témoignent dans leurs récits d'expériences d'oppression imbriquées auxquelles elles sont confrontées : l'implantation des multinationales

119. Chirix, *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*.

120. Falquet, *Pax neoliberalia*.

121. www.festivaldemujeres-todassomosbarillas.blogspot.fr/2012/09/mujeresorganizadas-nivel-nacional.html

minières et hydroélectriques, la répression criminelle des protestations sociales, les violences sexuelles et le refus de l'État comme des autorités coutumières de poursuivre leurs auteurs, l'abandon ou la non-responsabilisation de pères ou de conjoints, la violence intrafamiliale, les normes strictes de conduites féminines dictées au sein de la communauté, les attouchements et le harcèlement dans les espaces publics, les difficultés d'accès à l'éducation et à l'emploi, les maltraitements au sein des institutions publiques... L'ensemble de ces éléments est appréhendé par ces femmes comme une forme historique continue et articulée de violences qui vise à restreindre leur intégrité physique et morale, à nier leur citoyenneté.



Introduction du festival féministe "Todas Somos Barillas" - Nentón, Huehuetenango

Par des processus de transformation et d'analyse de leurs vies, de leurs communautés de leur pays, des femmes guatémaltèques indigènes refusent le statut de victimes pour devenir des « actrices de changement », redéfinissant le concept de citoyenneté. Elles s'affrontent à des forces globalisées, des oppressions qui prennent à la fois des dimensions individuelles et collectives, telles que le féminicide¹²². Les politiques agressives de stérilisation au Guatemala, qui ciblent les femmes pauvres et indigènes, soulèvent de nombreux problèmes, laissant apparaître des plaies ouvertes par le conflit. Sujettes à une diversité d'interprétation, ces politiques témoignent de la violence et de la complexité des rapports de pouvoir patriarcaux, raciaux et de classe, que les accords de paix n'ont en rien suffi à enrayer. La mobilisation de certains registres discursifs du génocide reproduit un rapport patriarcal au corps des femmes indigènes, légitimant un contrôle communautaire de leurs pratiques sexuelles et reproductives. Toutefois, des mémoires dissonantes de groupes féministes indigènes permettent de s'éloigner du regard culturaliste sur

122. Costantino, « Femicide, impunity, and citizenship ».

le génocide, pour mieux comprendre les enjeux de pouvoir autour du corps des femmes, qui émergent dans le cadre de la pratique génocidaire. Ces mémoires ouvrent un espace vers de nouvelles représentations et pratiques dans le champ politique du corps féminin.

Contrairement à d'autres pays d'Amérique Latine¹²³, les groupes féministes guatémaltèques se sont relativement peu intéressés à la question des droits reproductifs et à la défense d'accès aux méthodes contraceptives. Cette spécificité résulte peut-être de l'entremêlement fort de ces groupes avec les groupes féministes indigènes, dont les revendications prioritaires tels que l'accès pour les femmes à la terre, la lutte contre les violences sexuelles, l'amélioration globale des conditions de vie, l'accès à la scolarisation et à la santé... constituent des manières de sortir quelque peu de la pauvreté et engendreraient de fait une amélioration des conditions reproductives. Peut-être que la crainte génocidaire et le discours important sur ce thème au sein des organisations féministe a aussi fait en sorte de laisser cette question de côté.

Or, une nouvelle tendance émerge dans le féminisme guatémaltèque indigène. Il s'agit du féminisme communautaire qui vise à la libération des oppressions historiques structurelles à partir de la récupération du « corps-territoire » et du « territoire-Terre », dont elles ont été expropriées¹²⁴ :

« En mettant au centre le corps, en particulier le corps des femmes indiennes comme objet de toutes les violences mais aussi comme sujet individuel et collectif, première source matérielle et spirituelle de résistance, le féminisme communautaire avance des propositions particulièrement importantes. À partir de pratiques concrètes à la confluence des luttes féministes et indiennes/antiracistes contre l'extractivisme, il théorise le lien entre les violences racistes et patriarcales contre les femmes indiennes (1) à l'époque coloniale, (2) dans les processus contre-révolutionnaires et (3) dans le projet néolibéral. Au-delà, il propose une analyse globale qui fait apparaître les liens entre extractivisme, militarisation, guerre et (re)colonisation - en plaçant au cœur de la logique néolibérale actuelle, l'histoire longue de l'usage patriarcal et raciste de la violence. En ce sens, il contribue depuis la base au développement du féminisme décolonial du continent et constitue un des pôles les plus éloignés, épistémologiquement et politiquement, de la globalisation néolibérale du genre telle que la promeuvent les institutions internationales »¹²⁵.

Les violences contre les femmes indigènes prennent des formes différentes mais sont souvent reliées par l'atteinte à l'intégrité corporelle et plus généralement à la propriété et à la gestion autonome du corps. Et ce, que ce soit par les violences sexuelles passées et présentes, les féminicides, les atteintes à la santé par la dégradation du milieu environnemental et des conditions de vie ou encore le contrôle de la sexualité et de la reproduction. Aussi, les formes de résistances sont multiples, et parfois instrumentalisées par des hommes indigènes soucieux de conserver leurs privilèges. Des femmes indigènes, quant à elles construisent une pensée intersectionnelle et développent des modalités multiples d'actions, individuellement et collectivement.

Si les mouvements de femmes indigènes n'exposent pas publiquement un discours qu'elles auraient construit autour de revendications sur les droits reproductifs, on ne peut toutefois affirmer leur inaction individuelle ou collective en ce sens, ni même leur silence total. En effet, elles arborent des discours plus larges, intégrant les rapports au corps, à la vie et au territoire, dans lequel les droits reproductifs peuvent s'ancrer comme un espace logique de réappropriation

123. Ribeiro Corossacz, *Identité nationale et procréation au Brésil* ; Falquet, « Les « féministes autonomes » latino-américaines et caribéennes ».

124. Falquet, « « Corps-territoire et territoire-Terre » ».

125. Falquet, *Pax neoliberalia*.

de son corps et de son destin. On peut également estimer que l'affirmation de droits reproductifs passe pour ces femmes par des biais infra-politiques, dans la construction d'un imaginaire social distinct ou dans la perpétuation de pratiques s'écartant des comportements normalisés préconisés ¹²⁶. Le vécu des femmes concernant la contraception laisse supposer des rapports complexes au pouvoir et au savoir médical, des perceptions particulières du corps et de la reproduction à partir de savoirs enracinés dans des pratiques quotidiennes méconnues ou méprisées dans l'espace institutionnel et médical, que j'ai essayé ici de décrypter.

126. Scott, *Domination and the Arts of Resistance*.

Conclusion

« Pour certains, je continue à être l'indienne, la femme abusive, la subversive, celle qui est née dans un milieu humble et qui n'a pas d'éducation. Je continue à être la domestique, la servante, comme disent certains métis de la capitale.

Il y a de l'envie quand une femme indigène occupe des petits espaces de leadership dans le pays. Chaque fois que je fais quelque chose au Guatemala, je dois assurer mes arrières quant à ceux qui détiennent le pouvoir »

- Rigoberta Menchú - ¹²⁷

Citoyennetés des femmes indigènes dans le Guatemala de post-conflit

Laurin et Juteau classifient les violences sexuelles comme une modalité d'appropriation collective du corps des femmes, et pas seulement individuelle ¹²⁸. Selon ces auteures :

« la forme collective de l'appropriation des femmes, qu'elle soit institutionnelle ou interindividuelle, est actuellement en progression et elle pourrait devenir la forme principale de l'oppression » ¹²⁹.

Elles remarquent même que, dans sa forme ancienne, l'appropriation privée et collective sont peu compatibles lorsqu'elles s'appliquent aux mêmes femmes. Or, dans les nouvelles formes d'appropriation, une femme doit par exemple à la fois être mère et travailleuse. Les femmes doivent aussi être épouses ou amantes. Elles doivent fournir des services sexuels, ainsi que du travail domestique et bénévole (de *care*, militant, religieux ou autre). Dans un contexte où elles sont assignées à occuper des emplois précaires et dévalorisés, d'une manière docile et dévouée, les appropriations collective et privée des femmes deviennent solidaires et s'alimentent l'une et l'autre dans un complexe aliénant. Or :

« les femmes sont pauvres parce que ni l'appropriation collective de leur force de travail sur le mode du salariat, ni l'appropriation privée de leur corps et de leur travail sur le mode familial et conjugal, ni même les deux formes de prestations combinées, ne leur permettent de gagner leur vie à long terme et celle de leurs enfants » ¹³⁰.

Les auteures soulignent que ce nouveau mode de sexage entraîne probablement pour les femmes une plus grande misère matérielle, une plus grande insécurité et une plus grande dépense d'énergie physique et psychique.

127. Cité par Barrientos Tecun, « Identité(s) et marginalité(s) des femmes dans la littérature guatémaltèque », p. 252.

128. Laurin et Juteau, « L'évolution Des Formes de L'appropriation Des Femmes ».

129. Laurin et Juteau.

130. Laurin et Juteau.

Dans le département de Huehuetenango, l'appropriation collective des femmes est d'autant plus forte que l'appropriation privée est déstabilisée. Elle persiste toutefois dans l'existence d'unions souvent informelles et temporaires en raison des taux élevés d'abandons et de mortalité masculine. Laurin et Juteau soulignent à ce sujet que « *par l'appropriation privée sérielle, la classe des hommes retire de la classe des femmes tout ce qu'elle retirait par le passé, mais à un moindre coût financier, social et psychologique pour elle-même* ». Elles mentionnent alors la possibilité pour les hommes d'avoir des enfants d'une ou plusieurs femmes, et d'en tirer, s'ils le désirent, des avantages, sans être tenus de participer à leur entretien et à leur éducation. Aussi, et on le voit dans l'étude présente, la pleine responsabilité parentale renvoyée aux mères tend d'autant plus à une appropriation collective de leurs enfants. Pour les auteures, « *épouser une femme, c'est sans doute empêcher les autres hommes de s'approprier les services sexuels de cette femme, sa production domestique, les enfants qu'elle peut mettre au monde, mais c'est d'abord et avant tout rendre effective cette production de biens, de services, d'enfants, au service de la société, c'est à dire de la classe des hommes en entier* »¹³¹. Or, dans le cas guatémaltèque, le conflit a marqué une perturbation importante de la notion d'appropriation privée tout en l'utilisant, pour réaffirmer une appropriation collective. C'est pourquoi, avant, pendant et après la guerre, l'exercice permis, voire encouragé par l'État, de la violence sexuelle, de la contrainte au travail domestique, de la régulation autoritaire et contrôlée de la planification familiale sur les femmes - encore plus lorsqu'elles sont pauvres et indigènes -, est une dynamique de renforcement important de l'appropriation collective des femmes. Le continuum de violence que vivent ces femmes, qui intègre les contraintes dans la gestion de leur vie reproductive, vise à accélérer et accentuer cette appropriation collective au profit d'enjeux politiques et économiques.

Loin des perspectives exposées dans le rapport USAID cité en première partie - *1/ Plus de sécurité et de justice pour les citoyens, 2/ Une meilleure croissance économique et un développement social dans la région de l'Altiplano Occidental, 3/ Une meilleure gestion des ressources naturelles pour limiter les impacts du changement climatique global* - les politiques de développement au Guatemala, en contrôlant la reproduction des mères indigènes, n'améliorent en rien les conditions sociales, économiques, environnementales, sécuritaires ou de justice des citoyennes.

La contraception médicale peut en effet constituer un facteur de persistance de la domination masculine sous des formes renouvelées. Elle conforte la construction d'une identité féminine fondée sur la maternité, renforçant de ce fait la division sexuelle du travail. La responsabilisation individuelle des femmes quant à la gestion de leur maternité écarte la question collective des inégalités, dans la famille mais aussi sur le marché du travail. L'accès des femmes à des méthodes médicalisées de planification médicale n'a ni bouleversé la division sexuelle entre la sphère privée et la sphère publique, ni recomposé les rôles parentaux. L'entrée des femmes sur le marché du travail ne s'est pas accompagnée d'une meilleure répartition de la charge de travail entre hommes et femmes. Au contraire, cela a amené les femmes à assumer une double journée. la contraception médicale ne fait alors que renforcer la représentation prégnante d'une différence indépassable entre les sexes¹³².

Les responsabilités familiales nouvelles assumées par les femmes ne leur permettent pas pour autant d'acquérir plus de pouvoir social¹³³. La déstructuration de l'économie rurale amène les femmes dans des activités où elles sont plus enclines à subir des situations de violences¹³⁴.

131. Laurin et Juteau.

132. Bajos et Ferrand, « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ».

133. Vergès, *Le Ventre des femmes*.

134. Falquet, « Des assassinats de Ciudad Juárez au phénomène des féminicides ».

L'affaiblissement de la position sociale, professionnelle, économique, sexuelle des femmes les rend plus facilement « objets » de violence¹³⁵.

Ces femmes n'acquièrent pas non plus plus de pouvoir politique. Leurs difficultés réelles et leurs revendications ne sont pas prises en compte par l'État et les organismes internationaux qui disent pourtant mener des « politiques de genre » et « contre les violences faites aux femmes ». On l'a vu, l'emblème phare de cette politique est la réduction du nombre d'enfant pour améliorer leurs conditions sociales, alors que cette politique répond à côté des besoins réels des femmes, pour répondre aux besoins de l'économie néo-libérale. Les institutions de santé représentent un des seuls espaces dans lesquels les femmes indigènes rurales sont en contact avec l'État. On y présente aux jeunes femmes indigènes pauvres un devenir de bonnes mères, comme une démarche de socialisation citoyenne. La régulation de leurs corps devient une preuve de modernité, de rationalité économique qui leur permet d'intégrer un corps national. Or, de l'autre côté, les inégalités et les violences envers ces femmes s'accroissent, les écartant de la citoyenneté¹³⁶. Et l'internalisation de la violence conduit à ne pas exiger les droits citoyens¹³⁷.

Les programmes de planification familiale ne leur offre donc qu'une citoyenneté incomplète, au cœur d'une nation « *ladina* » dans laquelle elles occupent les places les plus basses. Les femmes indigènes peinent à se constituer comme sujets à part entière, tant dans leurs rapports aux institutions que jusque dans la sphère intime. Critiques du droit de regard et de contrôle sur leur vie sexuelle et reproductive, elles ont le sentiment d'être prises dans un étau entre des pouvoirs institutionnels et communautaires qui leur refusent le droit à prendre des décisions sur leurs propres corps. Ces discours proposent aux femmes indigènes une citoyenneté subordonnée, alors que ces dernières revendiquent une citoyenneté complète et aspirent à exercer pleinement leurs droits, y compris leurs droits reproductifs.

Aussi, loin des perspectives émancipatrices de l'éducation à une planification familiale normée, l'analyse des contrôles imbriqués sur les corps féminins témoigne au contraire du renforcement du caractère structurel des violences contre les femmes. Les processus de violences et d'impunités contribuent à nier leur statut de citoyennes, à insensibiliser la population aux questions des violences et donc à encourager leur reproduction. Marquées par ce continuum de violences dont leurs corps est la principale cible, des féministes indigènes guatémaltèques entendent lutter contre la manipulation de conceptions hiérarchisées au-niveau ethnique, culturel et social, destinée à les assujettir sous formes de contrôles et de violences conjugués. Ces conceptions hiérarchisées imprègnent les programmes de santé reproductive et de planification familiale, reflétant un imaginaire de pouvoir et de légitimité, dans le système bio-médical comme dans les projets de développement à l'aire globale. La violence de genre inhérente à ces projets, perpétuée conjointement par des politiques publiques et des organismes internationaux d'aide au développement, semble difficile à enrayer. Cependant, les résistances qui apparaissent permettent de repérer l'extension de cette violence dans l'ensemble des espaces de la vie des femmes pour la déconstruire et la combattre. Le travail de réflexion mené par des groupes de femmes indigènes intègre peu à peu les questions sexuelles et reproductives à une perspective large d'affirmation en tant que sujet et laisse envisager l'émergence de contre-pouvoirs et de transformations dans l'appréhension des rapports au corps et à la vie.

135. Falquet, « DSK ou le continuum entre les violences masculines et les violences néolibérales ».

136. Fregoso et Bejarano, *Terrorizing Women*.

137. Freyermuth Enciso et Argüello Avendaño, « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ».

Épilogue



Dans une petite communauté de Colotenango, Huehuetenango, juin 2014.

En cette après-midi de juin 2014, Ana, Eva et Lena dégustent les tortillas en discutant de l'atelier de femmes de la communauté auquel elles ont participé ce matin. Appuyé par l'organisation pour laquelle Eva travaille, un groupe de femmes de la communauté se réunit régulièrement pour mener des activités émancipatrices et des ateliers. Orientés au début vers la « sanation » des violences sexuelles souffertes par des femmes de la communauté pendant la guerre, les thèmes, les publics féminins et les modalités d'action se sont élargis. Aujourd'hui, ce groupe tente de créer les conditions de prise de conscience, de guérison et de résistance face aux oppressions imbriquées auxquelles elles se confrontent en tant que femmes indigènes rurales pauvres. Les autorités communautaires ont réquisitionné la salle qu'elles occupaient pour y installer le poste de santé, qui est pourtant toujours vide de personnels, de matériel et de médicaments. Elles évoquent en s'en moquant les agressions verbales qu'un groupe de personnes du village leur a adressé ce matin devant la cabane qu'elles occupent à présent : « *ils ont dit que les femmes venaient aux ateliers juste parce qu'il y avait à manger, même si on essayait de leur mettre des idées dans la tête ! Hahaha* ». Parfois les propos de ces personnes, proches des groupes para-militaires pendant la guerre, sont plus violents. Les femmes qui participent à l'atelier sont accusées d'être des « *guérilleras* » du fait de leur organisation et de leur action subversive, des « *prostituées* » du fait de leur défense des droits des femmes à choisir comment elles veulent mener leur vie, des « *sorcières* » du fait des rituels d'inspiration mayaniste, mais aussi du partage de connaissances sur leur vécu, leur corps, leur santé.

Ana, Eva et Lena discutent à présent du festival initié par leur groupe de femmes, sur les violences faites aux femmes et la mémoire du conflit, qui aura lieu dans quelques semaines à Colotenango. Elles ont invité un groupe de théâtre communautaire de femmes, qui racontent la manière dont elles luttent pour leurs territoires et pour leurs droits depuis le conflit armé, de leur plus profonde expérience intime à la construction d'une prise de conscience globale de leur condition. Eva qui a déjà vu la pièce me confie qu'elle l'aime beaucoup « *car elle raconte bien notre histoire et nous aide à penser la manière dont nous continuerons à semer* ». En prononçant ses mots, elle se tourne vers sa petite Mel qui danse en riant et ajoute : « *tu vois la force de Mel, l'énergie qu'elle a, je crois que nous avons semé quelque chose en elle qui lui donne cette force. J'ai vraiment l'espoir qu'elle sera une femme libre* ».

Aussi, entre épreuves douloureuses et stratégies d'émancipations, dans cette famille d'une petite communauté montagnaise mam de Huehuetenango au Guatemala, marquées par leur passé, affrontant dignement leur présent et construisant solidairement leur futur, les femmes rêvent à de nouveaux destins.

Bibliographie

Adams, Richard Newbold. *Etnicidad e igualdad en Guatemala*. Santiago de Chile : United Nations Publications, 2005.

Adams, Richard Newbold, et Santiago Bastos. *Las relaciones étnicas en Guatemala, 1944-2000*. CIRMA. Antigua Guatemala, 2003.

Adjovi, Roland, et Florent Mazon. « L'essentiel de la jurisprudence du TPIR depuis sa création jusqu'à septembre 2002 ». *Actualité et Droit International*, 2003. <http://www.ridi.org/adi>.

Aguilar, Yolanda. *Rompiendo el silencio : justicia para las mujeres víctimas de violencia sexual durante el conflicto armado en Guatemala*. Guatemala : UNAMG, 2006.

Aguilar, Yolanda, et Amandine Fulchiron. « El carácter sexual de la cultura de violencia contra las mujeres ». In *Las violencias en Guatemala. Algunas perspectivas*, FLACSO. Guatemala, 2005.

AJR/CALDH. *Sentencia por genocidio y delitos contra los deberes de humanidad contra el pueblo maya ixil*. Serviprensa. Guatemala, 2013.

Alfredo Embid. « Del control de natalidad al genocidio », 2007. <http://www.monografias.com/trabajos2/control-natalidad-al-genocidio/del-control-natalidad-al-genocidio.shtml>.

Anderson, Benedict. *Imagined Communities : Reflections on the Origin and Spread of Nationalism*. Londres : Verso, 1991.

Angeloff, Tania, et Delphine Gardey. « Corps sous emprises. Biopolitique et sexualité au Nord et au Sud ». *Travail, genre et sociétés*, n° 34 (2015) : 31-38.

Appadurai, Arjun, Judit Carrera, et Josep Ramoneda. « Violence et colère à l'âge de la globalisation ». Traduit par Béatrice Taupeau. *Esprit*, n° 5 (2007) : 75-89.

APROFAM. « Seminario "Población, Recursos Naturales y Medio Ambiente" ». Guatemala, 1988.

Arlette Gautier. « Les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes, mais toujours contestées ». Lettre du LPED n°6, 2005. <http://pagesperso.univ-brest.fr/~agautier/documentation>

Atlani-Duault, Laëtitia. « Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance » ». *Autrepart* 35, n° 3 (2005) : 3.

Atlani-Duault, Laëtitia, et Jean-Pierre Dozon. « Colonisation, développement, aide humanitaire. Pour une anthropologie de l'aide internationale ». *Ethnologie française* 41, n° 3 (2011) : 393.

Atlani-Duault, Laëtitia, et Laurent Vidal. « Le moment de la santé globale : Formes, figures et agendas d'un miroir de l'aide internationale ». *Revue Tiers Monde* 215, n° 3 (2013) : 7.

Ayimpam, Sylvie. « Enquêter sur la violence . Défis méthodologiques et émotionnels ». *Civilisations* 64, n° 1 (2016) : 57-66.

Bajos, Nathalie, et Michèle Ferrand. « La condition foetale n'est pas la condition humaine ». *Travail, genre et sociétés*, n° 15 (2008) : 176-82.

---. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ». *Sciences sociales et santé* 22, n° 3 (2004) : 117-142.

---. « L'avortement ici et ailleurs ». *Sociétés contemporaines* 61, n° 1 (2006) : 5-18.

Bajos, Nathalie, Henri Leridon, Hélène Goulard, Pascale Oustry, et Nadine Job-Spira. « Contraception : from accessibility to efficiency ». *Human Reproduction* 18, n° 5 (2003) : 994-99.

Ballón Gutiérrez, Alejandra. « El caso peruano de esterilización forzada. Notas para una cartografía de la resistencia ». *Aletheia* 5, n° 9 (2014).

---. *Memorias del caso peruano de esterilización forzada*. Lima : Fondo Editorial de la Biblioteca Nacional del Perú, 2014.

Barrientos Tecun, Dante. « Identité(s) et marginalité(s) des femmes dans la littérature guatémaltèque ». In *Identités périphériques. Péninsule Ibérique, Méditerranée, Amérique Latine*, L'Harmattan. Paris, 2004.

Barrios-Klée Ruiz, Walda, et Edda Gaviola Artigas. *Mujeres mayas y cambio social*. Guatemala : FLACSO, 2001.

Bastos, Santiago. « Desigualdad y diferencia : ideas para el estudio del racismo y sus consecuencias en Guatemala ». *Stockholm review of latin american studies*, n° 6 (2010) : 27-42.

---. « Educación y sistemas de dominación étnica : la interculturalidad como pregunta ». In *Laberintos : educación bilingüe e interculturalidad*, par Virgilio Álvarez Aragón, 145-60. Guatemala : FLACSO, 2007.

---. « Violencia, memoria e identidad : el caso de Choatalum ». In *Mayanización y vida cotidiana : Estudios de caso*, Cholsamaj. Vol. 1. Guatemala, 2007.

Bastos, Santiago, et Manuela Camus. « Multiculturalismo y pueblos indígenas : reflexiones a partir del caso de Guatemala ». *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales* 1, n° 1 (2004) : 87-112.

---. *Quebrando el silencio : organizaciones del pueblo Maya y sus demandas (1986-1992)*. Guatemala : FLACSO, 1996.

Bastos, Santiago, et Aura Cumes. *Mayanización y vida cotidiana : Estudios de caso*. Cholsamaj Fundacion, 2007.

---. *Mayanización y vida cotidiana : Introducción y análisis generales*. Cholsamaj Fundacion. Vol. 1. Guatemala, 2007.

Bastos, Santiago, et Quimy De León. *Dinamicas de Despojo y Resistencia En Guatemala. Comunidades, Estado y Empresas*. Guatemala : ServiPrensa, 2014.

Baubérot, Jean. « L'acteur et le sociologue. La commission Stasi ». In *Des sociologues sans qualités ? Pratiques de recherche et engagements*, 99-116. Paris : La Découverte, 2011.

Baulieu, Étienne-Emile, Françoise Héritier, et Henri Léridon. *Contraception : contrainte ou liberté*. Paris : Odile Jacob, 1999.

Baum, Gregory. « Théologie de la libération et marxisme ». *International Review of Community Development*, n° 17 (1987) : 135-41.

Benkimoun, Paul. « Quand Washington trouvait ses cobayes humains au Guatemala ». *Le Monde.fr*, 2 septembre 2011.

Bensa, Alban. « À la recherche de la juste distance ». *Enquête*, n° 1 (1995) : 131-40.

Bergeret, Agnès. « Anthropologies et controverse identitaire au Guatemala ». *Journal des anthropologues*, n° 110-111 (2007) : 161-83.

---. « Sécurité et Développement ». *Revue de la régulation. Capitalisme, institutions, pouvoirs*, n° 7 (2010).

Berry, Nicole S. *Unsafe Motherhood : Mayan Maternal Mortality and Subjectivity in Post-War Guatemala*. New York : Berghahn Books, 2010.

Billiez, Jacqueline. « La langue comme marqueur d'identité ». *Revue européenne des migrations internationales* 1, n° 2 (1985) : 95-105.

Bizeul, Daniel. « Des loyautés incompatibles ». *SociologieS*, 2007.

- Boccaro, Guillaume. « Tous homo oeconomicus, tous différents. Les origines idéologiques de l'ethno-capitalisme ». *Actuel Marx* n° 56, n° 2 (2014) : 40-61.
- Boccaro, Guillaume Bruno. « Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile ». *Chungara, Revista de Antropología Chilena* 39, n° 2 (2007) : 185-207.
- Boltanski, Luc. *La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*. Paris : Gallimard, 2004.
- Bonhomme, Julien. « Alerte aux voleurs de sexe ! Anthropologie pragmatique d'une rumeur africaine ». *Cahiers d'anthropologie sociale*, n° 5 (2009) : 115-38.
- . *Les voleurs de sexe : anthropologie d'une rumeur africaine*. Paris : Seuil, 2009.
- Bouamama Saïd. « Immigration, colonisation et domination. L'apport d'Abdelmalek Sayad ». *Contre Temps*, n° 16 (2006) : 58-67.
- Bourdieu, Pierre. « L'objectivation participante ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 150, n° 5 (2003) : 43-58.
- . *Raisons pratiques. Sur la théorie de l'action*. Paris : Seuil, 1994.
- Bourgois, Philippe. « Théoriser la violence en Amérique ». *L'Homme* 203-204, n° 3 (2012) : 139-68.
- Bousbaa, Amal. « Les formes d'exclusion et de solidarité à l'égard des mères célibataires ». Doctorat en sociologie, Université Ain Chock, 2014.
- Bouyahia, Malek. « Genre, sexualité et médecine coloniale. Impensés de l'identité 'indigène' ». *Cahiers du Genre* 50, n° 1 (2011) : 91-110.
- Branche, Raphaëlle. *Viols en temps de guerre*. Paris : Payot, 2011.
- Bretin, Hélène. *Contraception, quel choix pour quelle vie ? récits de femmes, paroles de médecins*. Analyses et prospective. Paris : Institut national de la santé et de la recherche médicale : Documentation française, 1992.
- . « Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France ». *Sciences sociales et santé* 22, n° 3 (2004) : 87-110.
- Brown, Theodore M., Marcos Cueto, et Elizabeth Fee. « The World Health Organization and the Transition From "International" to "Global" Public Health ». *American Journal of Public Health* 96, n° 1 (2006) : 62-72.
- Brugère, Fabienne. « Prendre soin contre l'individu libéral ». In *L'éthique du « care »*. Que sais-je ? Paris : Presses Universitaires de France, 2014.
- Buckley, Thomas, et Alma Gottlieb, éd. *Blood Magic : The Anthropology of Menstruation*. Berkeley : University of California Press, 1988.
- Bulot, Christine, et Dominique Poggi. *Droit de cité pour les femmes*. Paris : Editions de l'Atelier, 2004.
- Burgos-Debray, Elisabeth. *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*. Mexico : Siglo XXI, 1985.
- Burin, Mabel, et Irene Meler. *Género y familia : poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires : Paidós, 1998.
- Burrell, Jennifer L. « In and Out of Rights : Security, Migration, and Human Rights Talk in Postwar Guatemala ». *The Journal of Latin American and Caribbean Anthropology* 15, n° 1 (2010) : 90-115.
- . *Maya after War : Conflict, Power, and Politics in Guatemala*. Austin : University of Texas Press, 2013.
- . « Migration and the Transnationalization of Fiesta Customs in Todos Santos Cuchumatán, Guatemala ». *Latin American Perspectives* 32, n° 5 (2005) : 12-32.
- Butler, Judith. « Des politiques sexuelles contre les minorités raciales ». *Plein droit* 77, n° 2 (2008) : 39-43.

- Cabanas Díaz, Andrés, et Paula Irene Del Cid Vargas. *Guatemala : derechos humanos en tiempos de paz*. Bilbao : Universidad de Deusto, 2003.
- Cabezas, María Patricia Baeza. *Maternidad indígena en Colta : un espacio de encuentros y tensiones*. Guatemala : FLACSO, 2011.
- Camus, Jérôme, et Nathalie Oria. « Apprendre à être parent à la maternité : transmission et concurrence des savoirs ». *Revue française de pédagogie. Recherches en éducation*, n° 176 (2011) : 73-82.
- Camus, Manuela. « Mujeres y mayas : sus distintas expresiones ». *Indiana*, n° 17-18 (2001) : 31-56.
- . *Ser indígena en ciudad de Guatemala*. Guatemala : FLACSO, 2002.
- Capelli, Irene. « Cibler les mères célibataires. La production bureaucratique et morale d'un impensable social ». In *Le Gouvernement du social au Maroc*, Karthala., 199-232. Paris, 2016.
- Caratini, Sophie. *Les non-dits de l'anthropologie*. Paris : Presses Universitaires de France, 2004.
- Cardi, Coline. « La construction sexuée des risques familiaux. » *Politiques sociales et familiales* 101, n° 1 (2010) : 35-45.
- Cardi, Coline, Lorraine Odier, Michela Villani, et Anne-Sophie Vozari. « Penser les maternités d'un point de vue féministe ». *Genre, sexualité & société*, n° 16 (2016).
- Cardoza y Aragón, Luis. *Guatemala : las líneas de su mano*. Mexico : Fondo de Cultura Económica, 2005.
- Carrillo, Ana Lorena. *Luchas de las guatemaltecas del siglo XX : mirada al trabajo y la participación política de las mujeres*. Antigua Guatemala : Ediciones del Pensativo, 2004.
- Casaús Arzú, Marta Elena. *Guatemala : Linaje Y Racismo*. F&G Editores, 2007.
- . « Resabios coloniales en América Central : el racismo en la ideología de la clase dominante guatemalteca ». In *Conquista y resistencia en la historia de América*, par Pilar García Jordán, 319-38. Universitat de Barcelona, 1992.
- Castañeda, Manolo E. Vela. *Los Pelotones de La Muerte : La Construcción de Los Perpetradores Del Genocidio Guatemalteco*. Mexico DF : El Colegio de Mexico, 2014.
- Caulier, Mathieu. « L'antiféminisme des « populationnistes » ». *Cahiers du Genre*, n° 52 (2012) : 97-118.
- CEH. *Guatemala memoria del silencio*. Comisión para el Esclarecimiento Histórico. Guatemala, 1999.
- Central Intelligence Agency. *CIA and Guatemala Assassination Proposals 1952-1954*. Consulté le 14 août 2017. <http://archive.org/details/CIAAndGuatemalaAssassinationProposals19521954>.
- Chabrol, Fanny. *Prendre soin de sa population : l'exception botswanaise face au sida*. Pessac : Maison des Sciences de l'Homme d'Aquitaine, 2012.
- Chaperon, Sylvie. *Les années Beauvoir, 1945-1970*. Paris : Fayard, 2000.
- Charmillot, Maryvonne. « « Aider, c'est pas donné ! » Réflexions sur l'aide et le développement ». *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 6 (2008) : 123-38.
- Chirix, Emma. *Los deseos de nuestro cuerpo = ru rayb'umlal ri qach'akul*. Antigua : Ediciones del Pensativo, 2011.
- Chivallon, Christine. « 10. De la mémoire incorporée comme souvenir agi/agissant ». In *L'esclavage, du souvenir à la mémoire. Contribution à une anthropologie de la Caraïbe*, 57. 2012 : Karthala, 2012.
- Ciai, Omero. « PÉROU. La méthode Fujimori pour se débarrasser des Indiens ». *Courrier international/La Repubblica-Rome* (blog), 1 octobre 2003.
- Clair, Isabelle. « Dedans/dehors. La sexualité, une ligne de démarcation ? » *Genre, sexualité & société*, n° 7 (2012).

Cobbaut, Jean-Philippe, et Armelle De Bouvet. « De la confiance à la réflexivité (Commentaire) ». *Sciences Sociales et Santé* 23, n° 1 (2005) : 37-42.

Cojtí Cuxil, Waqí' Q'anil Demetrio. *El racismo contra los pueblos indígenas de Guatemala*. CNEM. Guatemala, 2005.

Colom, Yolanda. *Mujeres en la alborada Guerrilla y participación femenina en Guatemala 1973-1978*. San Juan : Ediciones Puerto, 2000.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. « Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina : aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural », octobre 2010. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3797-salud-materno-infantil-pueblos-indigenas-afrodescendientes-america-latina-aportes>.

Connelly, Matthew James. *Fatal Misconception : The Struggle to Control World Population*. Cambridge : Harvard University Press, 2008.

Copans, Jean. *L'ethnologie*. Idées reçues 201. Paris : Le Cavalier bleu, 2009.

Córdova Plaza, Rosío. *Los peligros del cuerpo : género y sexualidad en el centro de Veracruz*. Puebla : BUAP/Plaza y Valdés, 2003.

Corsi, Jorge, et Graciela María Peyrú. *Violencias sociales*. Barcelone : Ariel, 2003.

Costantino, Roselyn. « Femicide, impunity, and citizenship : The old and new in the struggle for justice in Guatemala ». *Chicana/Latina Studies*, 2006, 108-121.

Cuentas, Sara. « Con las esterilizaciones forzadas Fujimori implantó en Perú un programa de limpieza étnica ». *La Independant*, 31 octobre 2013.

Cumes, Aura. « Las mujeres son “más indias”. Género, multiculturalismo y mayanización ». In *Mayanización y vida cotidiana (Volumen 1)*, 155-85. Cholsamaj Fundacion, 2007.

---. « Mujeres indígenas, patriarcado y colonialismo : un desafío a la segregación comprensiva de las formas de dominio ». *Anuario Hojas de Warmi*, n° 17 (2012).

Cunin, Elisabeth. *Identidades a flor de piel : Lo “negro” entre apariencias y pertenencias : categorías raciales y mestizaje en Cartagena (Colombia)*. Lima : Institut français d'études andines, 2015.

Cunin, Elisabeth, et Odile Hoffmann. « Description ou prescription ? Les catégories ethno-raciales comme outils de construction de la nation. Les recensements au Belize, XIXe-XXe siècles ». *Cahiers des Amériques latines*, n° 67 (2011) : 183-205.

Curiel, Ochy. « La lutte politique des femmes face aux nouvelles formes de racisme. Vers une analyse de nos stratégies ». *Nouvelles Questions Féministes* 21, n° 3 (2002) : 84-103.

Dary, Claudia, Linda Asturias de Barrios, et María Piedad Vargas. *Sembradoras de esperanza : situación de las mujeres mayas en Guatemala*. Guatemala : FLACSO, 2004.

Das, Veena, et Yamina Hellal. « L'« Humain » dans les Droits de l'homme Universalisation versus globalisation ». *NAQD*, n° 12 (1999) : 81-102.

Dasso, Étienne. « Aux origines du coup d'État de 1954 au Guatemala : le rôle de la United Fruit Company dans la préparation du soulèvement contre Jacobo Arbenz ». *L'Ordinaire des Amériques*, n° 210 (2008) : 175-92.

Davis-Floyd, Robbie E., et Carolyn Sargent. *Childbirth and Authoritative Knowledge : Cross-Cultural Perspectives*. Berkeley : University of California Press, 1997.

De la Cadena, Marisol. « Las mujeres son más indias : etnicidad y género en una comunidad del Cusco ». *Revista Andina* 9, n° 1 (1991) : 7-29.

De Luca Barrusse, Virginie. *Les Familles nombreuses : Une question démographique, un enjeu politique France (1880-1940)*. Presses Universitaires de Rennes, 2008.

De Zordo, Silvia. « « La douleur est dans la tête » : rage, secrets et silences autour de la contraception dans un hôpital-maternité périphérique de Salvador de Bahia ». *Face à face. Regards sur la santé*, n° 8 (2006).

De Zordo, Silvia, et Milena Marchesi. *Reproduction and Biopolitics : Ethnographies of Governance, Rationality and Resistance*. Londres : Routledge, 2016.

Del Cid Vargas, Paula Irene, et Secretaría Presidencial de la Mujer. « Carácter político de las sexualidades ». In *Nosotras, las de la historia : mujeres en Guatemala (siglos XIX-XXI)*., 64-71, 2011.

Del Pino, Ponciano. « Uchuraccay : memoria y representación de la violencia política en los Andes ». In *Luchas locales, comunidades e identidades*, 11-62. Madrid : Siglo XXI de España Editores, 2003.

Delacroix, Dorothée. *De pierres et de larmes : Mémoires et discours victimaire dans le Pérou d'après-guerre*. Paris : Institut universitaire Varenne, 2016.

Delgado Pop, Adela, Morna Macleod, et María Luisa Cabrera Pérez-Armiñán. *Identidad : rostros sin máscara : reflexiones sobre cosmovisión, género y etnicidad*. Guatemala : Oxfam-Australia, 2000.

Dietz, Tina, et Heidi Becher. *Historia y trasfondos políticos de los programas de planificación familiar en América Latina : como ejemplo de su práctica y metodología ; la organización de planificación familiar APROFE en Ecuador*. Berlin : FDCL, 1984.

Dorlin, Elsa. *La matrice de la race : Généalogie sexuelle et coloniale de la Nation française*. Paris : La Découverte, 2009.

Dorlin, Elsa, et Michele Wallace. *Black feminism : anthologie du féminisme africain-américain, 1975-2000*. Paris : L'Harmattan, 2008.

Douglas, Mary. *De la souillure : Essai sur les notions de pollution et de tabou*. Paris : La Découverte, 1992.

Dozon, Jean-Pierre, et Didier Fassin. *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Balland. Paris, 2001.

---. « Raison épidémiologique et raisons d'État. Les enjeux socio-politiques du SIDA en Afrique ». *Sciences sociales et santé* 7, n° 1 (1989) : 21-36.

Drouard, Alain. « Aux origines de l'eugénisme en France : le néo-malthusianisme (1896-1914) ». *Population* 47, n° 2 (1992) : 435-59.

Ducournau, Pascal. « Droits des usagers, droits et usagers ». *Informations sociales*, n° 158 (2010) : 90-98.

Dumoulin, David. « Grandeur et décadence de la double conservation dans les arènes internationales ». *Quaderni*, n° 64 (2007) : 23-36.

---. « Les savoirs locaux dans le filet des réseaux transnationaux d'ong : perspectives mexicaines ». *Revue internationale des sciences sociales*, n° 4 (2003) : 655-666.

Dutermé, Clara. « Évoquer le conflit sans les acteurs armés. Figures de l'ennemi et de l'État au Guatemala ». In *Mauvais sujets dans les Amériques : répression, représentations, discours autour des populations indésirables*, édité par Marion Giraldou et Abigail Mira. Méridiennes. Toulouse : Presses universitaires du Midi, 2016.

---. « Tourisme alternatif et mémoire du conflit armé dans deux communautés au Guatemala ». Thèse en anthropologie, Toulouse II, 2013.

Ekmekcioglu, Lerna. *Recovering Armenia : The Limits of Belonging in Post-Genocide Turkey*. Palo Alto : Stanford University Press, 2016.

El Kotni, Mounia. « “Porque tienen mucho derecho” : Parteras, biomedical training and the vernacularization of human rights in Chiapas ». Thèse en anthropologie, University at Albany, 2016.

Equipo de investigación. « Guatemaltecas fueron esterilizadas sin su consentimiento debido a políticas de EE.UU ». *El Periódico*, 2011.

Escobar, Arturo. *La invención del Tercer Mundo : construcción y deconstrucción del desarrollo*. Barcelone : Editorial Norma, 1998.

Espinosa Cortés, Luz María, et Alberto Ysunza Ogazón. « Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud ». *Ciencia Ergo Sum* 16, n° 3 (2009) : 293-301.

Esquit, Edgar. « Contradicciones nacionalistas : pan-mayanismo, representaciones sobre el pasado y la reproducción de la desigualdad en Guatemala ». *Memoria e historia : Seminario Internacional en homenaje a Myrna Mack : Guatemala, 26-30 septembre 2005*, 2006.

Esquit, Edgar, Dario Euraque, Jeffery L. Gould, et Charles R. Hale. *Las rutas que nos ofrecen el pasado y el presente : activismo político, historia y pueblo Maya*. CIRMA. Guatemala, 2004.

Ewig, Christina. *Second-Wave Neoliberalism : Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. University Park : Penn State Press, 2010.

Fainzang, Sylvie. « La communication d'informations dans la relation médecins-malades ». *Questions de communication*, n° 15 (2009) : 279-95.

Falquet, Jules. « A qui appartiennent les femmes ? L'«arrondissement des femmes» par les mouvements sociaux mixtes et leur possible autonomisation : une analyse féministe ». In *L'action collective face à l'imbrication des rapports sociaux. Classe, ethnicité, genre*, par Valérie Sala Pala, Lionel Arnaud, Sophie Ollitrault, et Sophie Rétif. Paris : L'Harmattan, 2009.

---. « Ce que le genre fait à l'analyse de la mondialisation néolibérale : L'ombre portée des systèmes militaro-industriels sur les « femmes globales » ». *Regards croisés sur l'économie* n° 15, n° 2 (2014) : 341-55.

---. « « Corps-territoire et territoire-Terre » : le féminisme communautaire au Guatemala. Entretien avec Lorena Cabnal ». *Cahiers du Genre*, n° 59 (2015) : 73-89.

---. *De gré ou de force : les femmes dans la mondialisation*. Paris : La Dispute, 2008.

---. « Des assassinats de Ciudad Juárez au phénomène des féminicides : de nouvelles formes de violences contre les femmes ? » *Contretemps*, 2014.

---. « DSK ou le continuum entre les violences masculines et les violences néolibérales ». Club de Mediapart, 9 février 2016.

---. *Écologie : quand les femmes comptent*. Paris : L'Harmattan, 2002.

---. « “Genre et développement” : une analyse critique des politiques des institutions internationales depuis la Conférence de Pékin ». In *On m'appelle à régner : Mondialisation, pouvoirs et rapports de genre*. Genève : Graduate Institute Publications, 2003.

---. « Guerre de basse intensité contre les femmes ? La violence domestique comme torture, réflexions sur la violence comme système à partir du cas salvadorien ». *Nouvelles Questions Féministes*, 1997.

---. « La combinatoire straight. Race, classe, sexe et économie politique : analyses matérialistes et décoloniales ». *Cahiers du Genre* HS n° 4, n° 3 (2016) : 73-96.

---. « Le débat du féminisme latino-américain et des Caraïbes à propos des ONG ». *Cahiers du Gedisst*, n° 21 (1998) : 131-47.

---. « Les « féministes autonomes » latino-américaines et caribéennes : vingt ans de critique de la coopération au développement ». *Recherches féministes* 24, n° 2 (2011) : 39.

---. « L'ONU, alliée des femmes ? » *Multitudes* 11, n° 1 (2003) : 179.

---. *Pax neoliberalia*. Donnemarie-Dontilly : Éditions iXe, 2016.

---. « Penser la mondialisation dans une perspective féministe ». *Travail, genre et sociétés* 25, n° 1 (2011) : 81.

Falquet, Jules, et Jeanne Bisilliat. « Femmes, féminisme et “développement” : une analyse critique des politiques des institutions internationales ». In *Regards de femmes sur la globalisation : approches critiques*. Paris : Karthala, 2003.

- Fanon, Frantz. *L'an V de la révolution algérienne*. La Découverte. Paris, 2011.
- Farmer, Paul, et Arachu Castro. « Violence structurelle, mondialisation et tuberculose multirésistante ». *Anthropologie et Sociétés* 27, n° 2 (2003) : 23-40.
- Farris, Sara R. « Féministes de Tous Les Pays, Qui Lave Vos Chaussettes ? » *Comment s'en Sortir ?* 01, n° 01 (2015) : 203-35.
- . « Femonationalism and the "Regular" Army of Labor Called Migrant Women ». *History of the Present* 2, n° 2 (2012) : 184-99.
- . « Les fondements politico-économiques du fémonationalisme ». *Contretemps*, 2013.
- Farris, Sarah R. « Néolibéralisme, femmes migrantes et marchandisation du care ». *Vacarme*, n° 65 (2013) : 107-16.
- Fassin, Didier. « Entre désir de nation et théorie du complot. Les idéologies du médicament en Afrique du Sud ». *Sciences sociales et santé* 25, n° 4 (2007) : 93-114.
- . « Entre politiques du vivant et politiques de la vie : Pour une anthropologie de la santé ». *Anthropologie et Sociétés* 24, n° 1 (2000) : 95.
- . « Femmes, travail, maternité : une recherche en cours en Equateur ». *Pratiques Sociales et Travail en Milieu Urbain : Les Cahiers*, n° 15 (1991) : 83-94.
- . « Inégalités, Genre et Santé, entre l'universel et le culturel ». In *Tant qu'on a la santé. Les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes*, par Yvonne Preiswerk et Marie-Josée Burnier, 119-30. Genève : Graduate Institute Publications, 1999.
- . « La globalisation et la santé. Éléments pour une analyse anthropologique. » In *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, par Bernard Hours, 24-40, Karthala. Paris, 2001.
- . *La raison humanitaire : une histoire morale du temps présent*. Paris : Gallimard, 2010.
- . « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie ». In *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, défis globaux*, par Francine Saillant et Serge Genest, 383-99. Québec : Presses de l'Université de Laval, 2005.
- . « Penser les médecines d'ailleurs. La reconfiguration du champ thérapeutique dans les sociétés africaines et latino-américaines ». In *Les métiers de la santé - Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, 339-64. Paris : Economica, 1994.
- Fassin, Didier, et Patrice Bourdelais, éd. *Les constructions de l'intolérable : études d'anthropologie et d'histoire sur les frontières de l'espace moral*. Paris : La Découverte, 2005.
- Fassin, Didier, et Anne-Claire Defosse. « Une liaison dangereuse : sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur ». Édité par Marc-Eric Gruénais et Jean-Pierre Dozon. *Anthropologies et santé publique. Cahiers des Sciences Humaines* 28, n° 1 (1992) : 23-36.
- Fassin, Didier, et Dominique Memmi. *Le gouvernement des corps*. Paris : École des hautes études en sciences sociales, 2004.
- Fassin, Didier, et Richard Rechtman. *L'Empire du traumatisme : Enquête sur la condition de victime*. Paris : Flammarion, 2010.
- Faya Robles, Alfonsina. « De la maternité en milieu populaire à Recife. Enjeux et arrangements entre dispositifs de régulation et expérience sociale. » Thèse de sociologie, Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2011.
- . « La « police amie des mères » : nouvelles modalités de la régulation sanitaire au Brésil contemporain ». *Sociologie* 4, n° 1 (2013). <http://sociologie.revues.org/1489>.
- Ferrand, Michèle. « Du droit des pères au pouvoir des mères ». In *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme*, par Jacqueline Laufer, Catherine Marry, et Margaret Maruani, 187-209. Paris : Presses Universitaires de France, 2014.

- . « Médicalisation et contrôle social de l'avortement. Derrière la loi, les enjeux ». *Revue française de sociologie* 23, n° 3 (1982) : 383-96.
- Figueiredo-Biton, Cristina. « Initiation sentimentale et sexuelle chez les Touaregs du Mali ». *L'Autre* 4, n° 2 (2003) : 225-37.
- Foucault, Michel. *Histoire de la sexualité. Tome 1 : La volonté de savoir*. Histoire de la sexualité. Paris : Gallimard, 1997.
- . « *Il faut défendre la société* » : cours au Collège de France (1975-1976). Paris : Seuil/Gallimard, 1997.
- . *Le gouvernement de soi et des autres : Cours au Collège de France (1982-1983)*. Paris : Seuil, 2008.
- . *Naissance de la biopolitique : cours au collège de France (1978-1979)*. Paris : Gallimard, 2004.
- . *Naissance de la clinique*. Paris : Presses Universitaires de France, 2009.
- . *Sécurité, territoire, population : cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris : Gallimard, 2004.
- . *Surveiller et punir*. Paris : Gallimard, 1975.
- Fournier, Pierre. « Attention dangers ! » *Ethnologie française* Vol. 31, n° 1 (2001) : 69-80.
- . « Des observations sous surveillance ». *Genèses* 24, n° 1 (1996) : 103-19.
- Foxen, Patricia. « A la recherche d'identités au Guatemala après la guerre civile : quelques perspectives transnationales ». *Recherches amérindiennes au Québec*, n° 21 (2001) : 61-70.
- Fregoso, Rosa-Linda, et Cynthia Bejarano. *Terrorizing Women : Feminicide in the Americas*. Duke University Press. Durham, 2009.
- Freyermuth Enciso, Graciela. « Antecedentes de Acteal, muerte materna y control natal ¿Genocidio silencioso ? » In *La otra palabra. Mujeres y violencia en Chiapas, antes y después de Acteal*, CIESAS., 63-83. Chiapas, 1998.
- . *Las Mujeres de Humo : Morir en Chenalhó, Género, Etnia y Generación, Factores Constitutivos Del Riesgo Durante la Maternidad*. Chiapas : CIESAS, 2003.
- . *Médicos tradicionales y médicos alópatas : un encuentro difícil en los Altos de Chiapas*. Chiapas : CIESAS, 1993.
- Freyermuth Enciso, Graciela, et Hilda E. Argüello Avendaño. « La Muerte Prematura De Mujeres En Los Altos De Chiapas. Un Análisis Desde La Violencia ». *Revista Pueblos y Fronteras Digital* 6, n° 10 (2010).
- Fulchiron, Amandine. « La violencia sexual como genocidio. Memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado en Guatemala ». *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales* 61, n° 228 (2016).
- . *Tejidos que lleva el alma : memoria de las mujeres mayas sobrevivientes de violación sexual durante el conflicto armado*. Consorcio Actoras de Cambio, ECAP, UNAMG, F&G editores. Guatemala, 2009.
- Gadea, Elise. « Les femmes dans la justice indigène en Bolivie ». *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2015.
- Galeano, Eduardo. *Las venas abiertas de América Latina*. 2a edición en España, revisada y corregida. Biblioteca Eduardo Galeano. Madrid : Siglo Veintiuno de España, 2003.
- Galindez, Daniela. « Percepciones de la exclusión social basada en género y etnicidad desde las organizaciones de mujeres en Guatemala ». *Mémoire d'anthropologie*, Universidad Del Valle, 2002.
- Garcia, Anaïs. « Contrôler et contraindre : la planification médicalisée des femmes indigènes au Guatemala ». *Cahiers du Genre* n° 60, n° 1 (2016) : 39-60.
- . « “Tanto que no sabes”. (Re)présentations de soi d'un groupe de Latino-américains en

situation migratoire à Toulouse. » Mémoire de master en anthropologie sociale et historique, Université de Toulouse 2 Le Mirail, 2012.

García-Ruiz, Jésus. « L'émergence politique des sociétés mayas dans le contexte de l'État-nation au Guatemala ». *Civilisations. Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*, n° 42-1 (1993) : 91-120.

Gautier, Arlette. *Genre et biopolitiques : l'enjeu de la liberté*. L'Harmattan. Paris, 2012.

---. « Les droits reproductifs selon le personnel sanitaire au Yucatan ». *Prochoix*, 2006, 49-64.

---. « Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? » *Lien social et Politiques*, n° 47 (2002) : 67.

---. « Les violences contre les femmes dans les pays en développement ». *Revue Asylon(s)*, n° 1 (2006).

---. « Programme de Planification Familiale et Liberté Reproductive Au Yucatan (Mexique) ». In *Femmes, Féminisme Et Développement*, par Huguette Dagenais et Denise Piché. McGill-Queen's Press-MQUP, 1994.

Gautier, Arlette, et Chrystelle Grenier-Torres. « Controverses autour des droits reproductifs et sexuels ». *Autrepart N° 70*, n° 2 (2014) : 3-21.

Gautier, Arlette, et Marie-France Labrecque. « Avec une touche d'équité et de genre... » : *les politiques publiques dans les champs de la santé et du développement au Yucatán*. Québec : Presses de l'Université Laval, 2013.

Gautier, Arlette, et André Quesnel. *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*. Editions de l'ORSTOM, 1993.

Ghasarian, Christian. *De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive : nouveaux terrains, nouvelles pratiques, nouveaux enjeux*. Paris : Armand Colin, 2004.

Ginsburg, Faye, et Rayna Rapp. *Conceiving the New World Order : The Global Politics of Reproduction*. Berkeley : University of California Press, 1995.

---. « The Politics of Reproduction ». *Annual Review of Anthropology* 20, n° 1 (1991) : 311-43.

Gonzales-Lara, Jorge Yeshayahu. « Las esterilizaciones forzadas en Perú como una política eugenésica punitiva ». *Panorama Cajamarquino*, 6 décembre 2012.

Gosselin, Gabriel, et Jean-Pierre Lavaud. *Ethnicité et mobilisations sociales*. Paris : L'Harmattan, 2001.

Gourarier, Mélanie. « Négocier le genre ? » *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 124-125 (2011) : 159-78.

Goyon, Marie. « La relation ethnographique : une affaire de genres ». *Socio-anthropologie*, n° 16 (2005).

Green, Linda. *Fear as a Way of Life : Mayan Widows in Rural Guatemala*. New York : Columbia University Press, 2010.

Grenier-Torres, Chrystelle. « Capacité reproductive et itinéraires génésiques chez les femmes de Bouaké, Côte d'Ivoire ». *Face à face. Regards sur la santé*, n° 1 (1999).

Guillaumin, Colette. *Sexe, race et pratique du pouvoir : l'idée de nature*. Paris : Côté-femmes, 1992.

Guyard, Laurence. « Consultation gynécologique et gestion de l'intime ». *Champ psy* 27, n° 3 (2002) : 81-92.

Hale, Charles R. « Does Multiculturalism Menace? Governance, Cultural Rights and the Politics of Identity in Guatemala ». *Journal of Latin American Studies* 34, n° 3 (2002) : 485-524.

Hale, Charles R. *Mas que un indio/ More than an Indian : Ambivalencia Racial Y Multiculturalismo Neoliberal En Guatemala/ Racial Ambivalence and Neoliberal Multiculturalism in Guatemala*. Guatemala : AVANCSO, 2007.

Hamel, Christelle, et Isabelle Clair. « « Dans le même temps, je découvre que je suis blanche... ». Entretien avec Christelle Hamel ». *Genre, sexualité & société*, n° 7 (2012).

Héritier, Françoise. *Masculin/Féminin II : Dissoudre la hiérarchie*. Paris : Odile Jacob, 2002. ---. *Masculin-féminin : La pensée de la différence*. Paris : Odile Jacob, 1996.

Hermesse, Julie. « Diffusion et polarisation du protestantisme au Guatemala au lendemain du tremblement de terre de 1976 ». *Histoire et missions chrétiennes*, n° 14 (2010) : 35-57.

Hernández Alarcón, Rosalinda. *Memorias rebeldes contra el olvido*. Guatemala : AVANCSO, 2008.

Hill-Collins, Patricia, et Sirma Bilge. *Intersectionality*. Cambridge : Polity Press, 2016.

Hoffmann, Odile. « De paysans à indiens, les représentations de la paysannerie latino-américaine, de 1970 à 2000 ». *Caravelle. Cahiers du monde hispanique et luso-brésilien*, n° 79 (2002) : 9-19.

Holland, Alisha. « Right on Crime? Mano Dura Policies and Conservative Party Politics in El Salvador ». *Latin American Research Review* 48 (2013).

Hours, Bernard. *Systèmes et politiques de santé : de la santé publique à l'anthropologie*. Médecines du monde. Paris : Karthala, 2001.

Iacub, Marcela. *L'Empire du ventre : Pour une autre histoire de la maternité*. Paris : Fayard, 2004.

Iacub, Marcela, et Patrice Maniglier. *Antimanuel d'éducation sexuelle*. Paris : Bréal, 2005.

Illescas Arita, Gustavo A. *Del poder global al poder local : el vuelo del águila en la ruta de los azacuanes : análisis de coyuntura 2014-2015*. Guatemala : CEDFOG, 2016.

INE - Institut National de Statistiques. « ENCOVI - Encuesta Nacional de Condiciones de vida 2011 ». Guatemala, 2012. https://www.wikiguate.com.gt/w/images/2/2d/Encovi_Resumen_2011.pdf

Instituto Interuniversitario de Estudios de Iberoamérica y Portugal. *Perfil de gobernabilidad de Guatemala*. 89. Ediciones Universidad Salamanca, 2005.

Jaffré, Yannick, et Jean-Pierre Olivier de Sardan. *Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala, 2003.

Jahan, Sébastien. « La violence contre les femmes au Guatemala : du génocide au féminicide ». In *Corps saccagés : une histoire des violences corporelles du siècle des Lumières à nos jours*, par Frédéric Chauvaud. Histoire. Presses universitaires de Rennes, 2009.

Jayro Bustamante. *Ixcanul*. Long-métrage, Film. Cinéart, 2015.

Jordan, Brigitte. *Birth in Four Cultures : A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States, Fourth Edition*. Salem : Waveland Press, 1992.

Jullien, Clémence. « Du bidonville à l'hôpital : anthropologie de la santé de la reproduction au Rajasthan (Inde) ». Thèse d'ethnologie, Paris 10, 2016.

Kahola, Olivier. « Une semaine d'enquêtes ethnographiques dans les commissariats de Lubumbashi ». *Civilisations. Revue internationale d'anthropologie et de sciences humaines*, n° 54 (2006) : 25-32.

Klein, Alexandre. « De l'éducation du corps à l'éducation au corps : genèse et critique de l'éducation en santé ». *Carrefours de l'éducation* 32, n° 2 (2011) : 31.

Kleinman, Arthur, et Robert Desjarlais. « Ni patients ni victimes [Pour une ethnographie de la violence politique] ». *Actes de la Recherche en Sciences Sociales* 104, n° 1 (1994) : 56-63.

Kobrak, Paul. *Huehuetenango : Historia de una Guerra*. Guatemala : CEDFOG, 2003.

Kóczé, Angéla. « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui ». *Cahiers du Genre* 50, n° 1 (2011) : 133-52.

Kuldip, Kaur. « Memorias selectivas y mecanismos de negación en un pueblo ladino ». *Memoria e historia : Seminario Internacional en homenaje a Myrna Mack : Guatemala, 26-30 septembre 2005*, 2006.

La cuerda. *Nosotras, las de la historia : mujeres en Guatemala (siglos XIX-XXI)*. La Cuerda, 2011.

Laurin, Nicole, et Danielle Juteau. « L'évolution Des Formes de l'appropriation Des Femmes : Des Religieuses Aux "Mères Porteuses" ». *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie* 25, n° 2 (1988) : 183-207.

Lautier, Bruno. « Définition et mesure des pauvres à partir de la "ligne de pauvreté" ». In *Genre, mondialisation et pauvreté*, par Fenneke Reysoo et Christine Verschuur, 133-38. Cahiers genre et développement. Genève : Graduate Institute Publications, 2017.

Lavaud, Jean-Pierre. « Essai sur la définition de l'indien : le cas des Indiens des Andes ». In *Ethnicité et mobilisations sociales*, par Jean-Pierre Lavaud et Gabriel Gosselin, 41-65. Paris : L'Harmattan, 2001.

Lavaud, Jean-Pierre, et Françoise Lestage. « Compter les indiens ». *L'Année sociologique* 55, n° 2 (2005) : 487-517.

Le Bot, Yvon. *La guerre en terre maya : communauté, violence et modernité au Guatemala, 1970-1992*. Paris : Karthala, 1992.

---. « Rigoberta Menchú : naissance d'un sujet : À propos du livre de David Stoll : Rigoberta Menchú and the Story of All Poors Guatemalans, Boulder (Colorado), Westview Press, 1999. » *Journal de la Société des Américanistes* 85, n° 1 (1999) : 415-24.

---. *Violence de la modernité en Amérique latine : indianité, société et pouvoir*. Paris : Karthala, 1994.

Le Bot, Yvon, et Cécile Rousseau. « Du bon usage des autobiographies... et de leurs critiques. À propos de l'affaire Rigoberta Menchú ». *Critique internationale* 6, n° 1 (2000) : 57-66.

Le Naour, Jean-Yves, et Catherine Valenti. « Du sang et des femmes. Histoire médicale de la menstruation à la Belle Époque ». *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, n° 14 (2001) : 207-29.

Lecestre-Rollier, Béatrice. « L'un et l'autre sexe : une ethnologue au Maroc ». *Journal des anthropologues. Association française des anthropologues*, n° 124-125 (2011) : 137-58.

Lemonnier, Clara. « Quêtes de soins au féminin. Une ethnographie des "maux de femmes" et du pluralisme thérapeutique en Médoc (France) ». Thèse en anthropologie, Université de Bordeaux, 2016.

Liano, Dante. « Localismos y cosmopolitismos en la película «Distancia» de Sergio Ramírez ». *Centroamericana* 26, n° 1 (2016) : 69-84.

Little, Walter E., et Timothy J. Smith. *Mayas in Postwar Guatemala : Harvest of Violence Revisited*. Tuscaloosa : University of Alabama Press, 2009.

Losonczy, Anne-Marie, et Valérie Robin Azevedo. *Retour des corps, parcours des âmes : exhumations et deuils collectifs dans le monde hispanophone*. Paris : Pétra éditions, 2016.

Macleod, Morna. « De apariencias y resistencias : el traje de las mujeres mayas guatemaltecas como ámbito de disputa ». *INTERdisciplina* 2, n° 4 (2015).

Maero, Giulia, et Carla Yadira de Leon Alvarado. *Ser Mujer En San Miguel Acatan : Entre Violencias y Procesos de Justicia*. Huehuetenango, Guatemala : CEDFOG, 2013.

Maldonado, Jorge Higinio. *Los programas de transferencias condicionadas : ¿hacia la inclusión financiera de los pobres en América Latina ?* Ottawa : IDRC, 2011.

Manz, Beatriz. « The Continuum of Violence in Post-War Guatemala ». *Social Analysis* 52, n° 2 (2008) : 151-64.

Martin, Hélène, Françoise Messant, Gaël Pannatier, Marta Roca i Escoda, Magdalena Rosende, et Patricia Roux. *L'ambivalence du travail entre exploitation et émancipation*. Lausanne :

Antipodes, 2008.

Martínez Peláez, Severo. *La patria del criollo : ensayo de interpretación de la realidad colonial guatemalteca*. San José : Editorial Universitaria Centroamericana, 1976.

Martínez Portilla, Isabel María. *El refugio como escuela : experiencias organizativas de las mujeres guatemaltecas en México*. La Rábida : Universidad Internacional de Andalucía, 2001.

Martínez Portilla, Isabel María, et Antonio M. Nogues Pedregal. *Miradas desde el refugio*. Sevilla : Escuela de Estudios Hispano-Americanos Fundación El Monte, 1991.

Massé, Raymond. « Les nouveaux défis pour l'anthropologie de la santé ». *Anthropologie & Santé. Revue internationale francophone d'anthropologie de la santé*, n° 1 (2010).

Masson, Sabine. « Sexe, race et colonialité. Point de vue d'une épistémologie postcoloniale latino-américaine et féministe ». In *SEXE, RACE, CLASSE, pour une épistémologie de la domination*, Presses Universitaires de France., 183-200. Paris : Elsa Dorlin, 2009.

---. « Sexe/genre, classe, race : décoloniser le féminisme dans un contexte mondialisé ». *Nouvelles Questions Féministes* 25, n° 3 (2006) : 56-75.

Mathieu, Nicole-Claude. *L'anatomie politique : catégorisations et idéologies du sexe*. Paris : Côté-femmes, 1991.

Mauger, Gérard. « Enquêter en milieu populaire ». *Genèses* 6, n° 1 (1991) : 125-43.

Melenotte, Sabrina. « Autopsia de una matanza : El destino de los cuerpos femeninos muertos en Acteal (22/12/1997) ». *Trace* 0, n° 72 (2017) : 75-97.

Memmi, Dominique. *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris : La Découverte, 2003.

Méndez Domínguez, Alfredo. *Estudio cognoscitivo y patrones de lenguaje de los residentes indígenas en las comunidades rurales y urbanas sobre salud reproductiva en el departamento de Quetzaltenango*. Guatemala : Universidad del Valle, 1995.

Méndez Domínguez, Alfredo, Michael Micklin, et APROFAM. *El crecimiento poblacional y la deforestación en Guatemala*. Guatemala : APROFAM, 1993.

Menéndez, Eduardo L. « De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas ». *Salud colectiva* 5, n° 2 (2009) : 155-79.

Meudec, Marie. « Corps, violence et Politique en Haïti ». *Aspects Sociologiques* 14, n° 1 (2007).

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Instituto Nacional de Estadística, et Centros de Control y Prevención de Enfermedades. « Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2008 ». Guatemala, 2011. <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6>

Mira, Abigail, Clara Duterme, et Marion Giraldou. *Mauvais sujets dans les Amériques : Répression, représentations, discours autour des populations indésirables*. Toulouse : Presses Universitaires du Midi, 2016.

Mira Crick, Abigail. « Accès aux soins et relativisme culturel dans les Altos du Chiapas ». *Prochoix*, n° 35 (2006).

---. « Contrôler la reproduction de l'indigène. Enjeux idéologiques et sociaux de la santé publique dans le sud-est du Mexique ». *L'Ordinaire Latino-américain*, n° 204 (2006) : 97-118.

---. « Relations entre institutions de santé et communautés paysannes indigènes, dans la région des Altos du Chiapas, Mexique ». *Mémoire de Maîtrise en Anthropologie*, Université de Toulouse 2 Le Mirail, 2005.

Monjaret, Anne, et Catherine Cicchelli-Pugeault. *Le sexe de l'enquête approches sociologiques et anthropologiques*. Lyon : ENS éd., 2014.

Montoya, Rosario. « House, Street, Collective : Revolutionary Geographies and Gender Transformation in Nicaragua, 1979-99 ». *Latin American Research Review* 38, n° 2 (2003) : 61-93.

Montoya Vivanco, Yván, Julio Rodríguez Vásquez, Pamela Morales Nakandakari, et Bertha Prado. « Esterilizaciones durante el gobierno de Alberto Fujimori : ¿política de planificación familiar o delitos dolosos y crímenes de lesa humanidad ? » *Ius et veritas*, n° 49 (2014) : 306-21.

Monzón, Ana Silvia. « Mujeres, género y etnia en Guatemala. Aproximaciones conceptuales ». Salvador, 2008.

---. *Rasgos históricos de la exclusión de las mujeres en Guatemala*. PNUD. Guatemala, 2001.

Morales Ramírez, Claudia. « Las políticas educativas hacia la población indígena y la construcción de las identidades étnicas y de género. El caso de la región de Cuetzalan, Puebla, México ». Doctorat en anthropologie, Université de Laval, 2016.

Moutassem-Mimouni, Badra. *Naissances et abandons en Algérie*. Paris : Karthala, 2001.

Mulot, Stéphanie. « Le sida, le crack et l'hôpital : chronique d'une recherche impliquée (et impuissante ?) ». Toulouse, 2008.

Murard, Numa. « La figure de l'homme en trop ». *Tumultes* 25, n° 2 (2005) : 97.

Musso, Sandrine. « Faire preuve par l'épidémiologie : lectures « indigènes » des chiffres du sida en France ». *Quaderni. Communication, technologies, pouvoir*, n° 68 (2009) : 71-82.

Naciones Unidas, CEPAL, et CELADE. « Mujeres indígenas en América Latina : dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos ». Santiago de Chile : Naciones Unidas, 2013.

Naepels, Michel. « Quatre questions sur la violence ». *L'Homme. Revue française d'anthropologie*, n° 177-178 (2006) : 487-95.

Nahoum-Grappe, Valérie. « L'usage politique de la cruauté : l'épuration ethnique (ex-Yougoslavie, 1991-1995) ». In *De la violence*, 273-323. Séminaire de Françoise Héritier, 1996.

Nelson, Diane M. *Man ch'itil Un dedo en la llaga : cuerpos políticos y políticas del cuerpo en Guatemala del quinto centenario*. Guatemala : Cholsamaj, 2006.

Nguyen, Vinh-Kim. *The Republic of Therapy : Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham : Duke University Press, 2010.

ODHAG. *REHMI - Guatemala : Nunca más (version française condensée)*, 1998. <http://www.odhag.org>

Olivera B, Mercedes. « Le « Mouvement indépendant des femmes » du Chiapas et sa lutte contre le néolibéralisme ». *Nouvelles Questions Féministes* 24, n° 2 (2005) : 131-39.

Olivier de Sardan, Jean-Pierre. « Anthropologie médicale et socio-anthropologie des actions publiques. Dispositifs de recherche, commanditaires, réformes... ». *Anthropologie & Santé*, n° 1 (2010).

---. « La politique du terrain ». *Enquête*, n° 1 (1995) : 71-109.

---. « La rigueur du qualitatif. L'anthropologie comme science empirique ». *Espaces Temps* 84, n° 1 (2004) : 38-50.

---. « La violence faite aux données ». *Enquête*, n° 3 (1996) : 31-59.

OMS. « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », septembre 2014.

---. « OMS | Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum », 2014.

Ortega Canto, Judith. *Género, generaciones y transacciones : reproducción y sexualidad en Mayas de Yucatán*. Zamora : El Colegio de Michoacán, 2010.

Pacheco de Oliveira, João. « Pacificação e tutela militar na gestão de populações e territórios ». *Mana* 20, n° 1 (2014) : 125-61.

Palomo, Beatriz, et Secretaría Presidencial de la Mujer. « Del trabajo al trabajo ». In *Nosotras, las de la historia : mujeres en Guatemala (siglos XIX-XXI)*, 74-135, 2011.

Paredes Marín, Verónica Haydee. « Formas de autoatención en procesos de salud y enfermedad en una comunidad xinca. El caso de Jumaytepeque, Nueva Santa Rosa, Santa Rosa ».

Mémoire en anthropologie, Université San Carlos, 2006.

Pédron Colombani, Sylvie. « Diversificación y competencia religiosa en Guatemala : entre pentecostalismo y cultos “neotradicionales” ». *Sociedade e Estado* 23, n° 2 (2008) : 355-79.

---. « Pentecôtisme et changement religieux au Guatemala ». In *La modernité religieuse en perspective comparée : Europe latine - Amérique latine*, par Jean-Pierre Bastian. Paris : Karthala, 2001.

Pelchat, Yolande, Éric Gagnon, et Annick Thomassin. « Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale ». *Lien social et Politiques*, n° 55 (2006) : 55-66.

Perdiguero-Gil, Enrique. « Una reflexión sobre el pluralismo médico ». In *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, édité par Gerardo Fernández-Juárez, Abya-Yala., 33-49. Quito, 2006.

Pitt-Rivers, Julian. « La Culture métisse : dynamique du statut ethnique ». *L'Homme* 32, n° 122 (1992) : 133-48.

---. « Race in Latin America : the concept of ‘raza’ ». *European Journal of Sociology / Archives Européennes de Sociologie* 14, n° 1 (1973) : 3-31.

PNUD, Gustavo Arriola Quan, et Pamela Escobar. *Cifras para el desarrollo humano Guatemala*. United Nations Publications, 2011.

Portenier, Giselle. *Killer's paradise - Paraíso de asesinos*. Documentaire. BBC, 2006.

Puar, Jasbir K. *Terrorist Assemblages : Homonationalism in Queer Times*. Durham : Duke University Press, 2007.

Quagliariello, Chiara. « Modèles de naissance et de “nature” en conflit : les Sénégalaises en exil face à l'hôpital moderne ». Thèse de sociologie, Paris 8, 2013.

Quijano, Aníbal. « « Race » et colonialité du pouvoir ». *Mouvements* 51, n° 3 (2007) : 111.

Raffestin, Claude. « Les ingérences paradoxales de la pensée écologique ». *Les Nouveaux cahiers de l'IUED*, n° 3 (1995) : 44-51.

Rahou, Yamina. « Les mères célibataires : une réalité occultée ». *NAQD*, n° 22-23 (2006) : 47-60.

Ramírez, Sergio. *Distancia*. Documentaire, 2010.

Remijnse, Simone. « La conflictividad de la memoria sobre el conflicto armado ». *Memoria e historia : Seminario Internacional en homenaje a Myrna Mack : ponencias : Guatemala, 26-30 de septiembre 2005* 1 (2006) : 3.

---. *Memories of Violence : Civil Patrols and the Legacy of Conflict in Joyabaj, Guatemala*. Rozenberg, 2002.

Ribeiro Corossacz, Valeria. *Identité nationale et procréation au Brésil : Sexe, classe, race et stérilisation féminine*. Paris : L'Harmattan, 2004.

Robin Azevedo, Valérie, et Carmen Salazar-Soler. *El Regreso de lo Indígena : Retos, Problemas y Perspectivas*. Lima : IFEA, 2009.

Rodary, Meriem. « De l'exclusion à la résistance : femmes, travail et classe à partir du cas de Neggafat et de Neqqashat de Sidi Oussef Ben'Ali, Marrakech ». Doctorat en anthropologie, EHESS, 2010.

Rodgers, Dennis. « Haciendo del peligro una vocación : la antropología, la violencia y los dilemas de la observación participante ». *Revista Española de Investigación Criminológica : REIC*, n° 2 (2004) : 3-.

---. « Slum Wars of the 21st Century : Gangs, Mano Dura and the New Urban Geography of Conflict in Central America ». *Development and Change* 40, n° 5 (2009) : 949-76.

Roux, Sébastien, et Jérôme Courduriès. « La reproduction nationale ». *Genèses*, n° 108 (2017) : 3-8.

- Rubel, Authur J. « The Epidemiology of a Folk Illness : Susto in Hispanic America ». *Ethnology* 3, n° 3 (1964) : 268-83.
- Sáenz de Tejada, Ricardo. *Víctimas o vencedores ? : una aproximación al movimiento de los ex PAC*. Guatemala : FLACSO, 2004.
- Sanabria, Emilia. « Pourquoi saigner ? Menstruations, dons de sang et équilibre corporel (Salvador de Bahia, Brésil) ». *Terrain*, n° 56 (2011) : 42-57.
- Sanchez-Bringas, Angeles. « Reflexiones metodológicas para el estudio sociocultural de la maternidad ». *Perinatol Reprod Hum* 23, n° 4 (2009) : 237-246.
- Sanford, Victoria. *Guatemala : del genocidio al feminicidio*. F&G Editores. Guatemala, 2008.
- . *Violencia y genocidio en Guatemala*. Guatemala : F&G Editores, 2003.
- Sanna, Maria Eleonora. « Ces corps qui ne comptent pas : les musulmanes voilées en France et au Royaume-Uni ». *Cahiers du Genre* 50, n° 1 (2011) : 111-32.
- Sanna, Maria Eleonora, et Eleni Varikas. « Genre, modernité et ‘colonialité’ du pouvoir : penser ensemble des subalternités dissonantes ». *Cahiers du Genre*, n° 1 (2011) : 5-15.
- Saraguate. « Por la defensa de la Madre Tierra y los derechos de los pueblos : Todos y todas somos Barillas ». *Saraguate*, 12 mai 2012.
- Sarradon-Eck, Aline. « Le sens de l’observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues ». *Sciences sociales et santé* 25, n° 2 (2007) : 5-36.
- Sarrazin, Jean-Paul. « Idées globalisées et constructions locales., Globalized ideas and local constructions. » *Autrepart*, n° 38 (2006) : 155-72.
- Sayad, Abdelmalek. *La double absence : des illusions de l’émigré aux souffrances de l’immigré*. Seuil. Paris, 1999.
- Scheper-Hughes, Nancy. *Death Without Weeping : The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley : University of California Press, 1993.
- . « Mourir en silence [La violence ordinaire d’une ville brésilienne] ». *Actes de la recherche en sciences sociales* 104, n° 1 (1994) : 64-80.
- . « Parts unknown : Undercover ethnography of the organs-trafficking underworld ». *Ethnography* 5, n° 1 (2004) : 29-73.
- Scheper-Hughes, Nancy, et Philippe Bourgois. *Violence in War and Peace : An Anthology*. Hoboken : Wiley, 2004.
- Scheper-Hughes, Nancy, et Carolyn Fishel Sargent. *Small Wars : The Cultural Politics of Childhood*. Berkeley : University of California Press, 1998.
- Schirmer, Jennifer G. *Intimidaciones del proyecto político de los militares en Guatemala*. Guatemala : FLACSO, 1999.
- Scott, James C. *Domination and the Arts of Resistance : Hidden Transcripts*. New Haven : Yale University Press, 2008.
- Segato, Rita Laura. *Las estructuras elementales de la violencia : contrato y status en la etiología de la violencia*. Universidade de Brasília, 2003.
- . *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado : la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Universidade de Brasília, 2004.
- Sellato, Bernard. « L’ethnologue entre l’écologiste et le bon sauvage. De l’usage de la recherche en sciences humaines pour la praxis des ONG et le développement durable ». In *L’Homme et la forêt tropicale*, par Serge Bahuchet, Daniel Bley, Hélène Pagezy, et Nicole Vernazza-Licht, 89-98. Châteauneuf de Grosse : Bergier, 1999.
- Sen, Amartya. « Las teorías del desarrollo a principios del siglo XXI ». *Cuadernos de economía (Santafé de Bogotá)* 17, n° 29 (1998) : 73-100.

Shahnazaryan, Nona, Aygun Aslanova, et Edita Badasyan. « Under The Rainbow Flags : LGBTI Rights in The South Caucasus ». *Journal of Conflict Transformation*, 2016.

Simon, Patricia. « Mujer, violencia y silencio en Guatemala ». *Periodismohumano*, 9 juin 2011.

Soriano Hernández, Silvia. *Mujeres y guerra en Guatemala y Chiapas*. Mexico : UNAM, 2006.

Sosa, Rodrigo. « PÉROU. L'ex-président Fujimori bientôt inculpé pour génocide ». *Courrier international/ EL Pais Madrid*, 30 septembre 2003.

Spivak, Gayatri Chakravorty. *Les subalternes peuvent-elles parler ?* Paris : Editions Amsterdam, 2009.

Stoler, Ann Laura. *La chair de l'empire : savoirs intimes et pouvoirs raciaux en régime colonial*. Collection Genre & sexualité. Paris : La Découverte, 2013.

Stoll, David. *Rigoberta Menchú and the Story of All Poor Guatemalans*. Boulder : Westview Press, 1999.

Strobl, Ingrid. *Fruto extraño : sobre política demográfica y control de población*. Barcelone : Virus, 1994.

Subramanian, Sushma. « Les terribles expérimentations scientifiques que les Américains n'ont pas osé faire aux Etats-Unis ». *Slate.fr*, 7 mars 2017.

Tabet, Paola. *La construction sociale de l'inégalité des sexes : Des outils et des corps*. Paris : L'Harmattan, 1998.

Tain, Laurence. « Corps reproducteur et techniques procréatives : images, brouillages, montages et remue-ménage ». *Cahiers du Genre*, n° 34 (2003) : 171-92.

Takeshita, Chikako. « Biopolitique du stérilet ». *Travail, genre et sociétés* n° 34, n° 2 (2015) : 109-27.

---. *The Global Biopolitics of the IUD : How Science Constructs Contraceptive Users and Women's Bodies*. Cambridge : MIT Press, 2012.

Tamayo, Giulia, et CLADEM. *Nada personal : reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Comité e América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, 1999.

Taracena Arriola, Arturo. *Etnicidad, estado y nación en Guatemala*. CIRMA. Antigua Guatemala, 2002.

---. *Etnicidad, estado y nación en Guatemala : 1944-1985*. Vol. Vol 2. Antigua Guatemala : CIRMA, 2004.

---. *Invencción criolla, sueño ladino, pesadilla indígena : Los Altos de Guatemala : de región a estado, 1740-1871*. San José : Editorial Porvenir, 1999.

Taussig, Michael. « Culture of Terror--Space of Death. Roger Casement's Putumayo Report and the Explanation of Torture ». *Comparative Studies in Society and History* 26, n° 3 (1984) : 467-97.

Thébaud, Françoise. « Penser la guerre à partir des femmes et du genre : l'exemple de la Grande Guerre ». *Astérion*, n° 2 (2004).

Theidon, Kimberly. *Entre Próximos : El Conflicto Armado Interno y la Política de la Reconciliación en el Perú*. Lima : Instituto de Estudios Peruanos, 2004.

---. « First do no harm : enforced sterilizations and gender justice in Peru ». *ReVista : Harvard Review of Latin America*, 2015, 84-87.

Ulloa, Astrid. « El nativo ecológico : Movimientos indígenas y medio ambiente en Colombia ». In *Movimientos sociales, estado y democracia en Colombia, Bogotá, ICANH-CES-Universidad Nacional*, par Mauricio Archila et Mauricio Pardo. Bogotá : ICANH - CES - Universidad Nacional, 2001.

---. *La construcción del nativo ecológico : complejidades, paradojas y dilemas de la relación entre los movimientos indígenas y el ambientalismo en Colombia*. Bogotá : ICANH - COLCIENCIAS, 2004.

USAID. « Estrategia de cooperación para el desarrollo del país - Guatemala 2012-2016 ». USAID, 2012.

USAID - Calidad en salud Guatemala. « Crecimiento demográfico y desarrollo económico : el rol indispensable de la planificación familiar. Una reflexión sobre la necesidad de incluir en los planes y estrategias nacionales para el desarrollo las variables demográficas y los servicios de planificación familiar como factores prioritarios ». USAID, 2010.

Vanthuyne, Karine. « Ethnographier les silences de la violence ». *Anthropologie et Sociétés* 32 (2008) : 64.

---. « Guatemala : Se Souvenir de La Guerre, Devenir Une Victime ? » *Problèmes d'Amérique Latine*, n° 68 (2008) : 81-102.

---. *La présence d'un passé de violences : mémoires et identités autochtones dans le Guatemala de l'après-génocide*. Québec : Hermann Presses de l'Université Laval, 2014.

---. « L'anthropologie à l'épreuve des politiques du témoignage ». *Ethnologie française* 41, n° 3 (2011) : 453-63.

---. « Les contradictions d'une reconstruction démocratique "par le bas" ». *Politix* 80, n° 4 (2007) : 81.

---. « Trois ONG œuvrant pour la « paix » au Guatemala ». *Recherches*, 2007, 221-37.

Varikas, Eleni, et Isabelle Clair. « Généalogie d'une enquête sur les « étranger-e-s du dedans ». Entretien avec Eleni Varikas ». *Genre, sexualité & société*, n° 7 (2012).

Velásquez Nimatuj, Irma Alicia. *Pueblos indígenas, estado y lucha por tierra en Guatemala : estrategias de sobrevivencia y negociación ante la desigualdad globalizada*. Guatemala : AVANCSO, 2008.

---. « Traje, folklorización y racismo en la Guatemala postconflicto ». In *Racismo en Guatemala - De lo políticamente correcto a la lucha antirracista*, par Meile Heckt et Gustavo Palma Murga, AVANCSO. Guatemala, 2004.

Ventola, Cécile. « Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées ». *Genre, sexualité & société*, n° 12 (2014).

Verdier, Yvonne. *Façons de dire, façons de faire : la laveuse, la couturière, la cuisinière*. Paris : Gallimard, 1979.

Vergès, Françoise. *Le Ventre des femmes : Capitalisme, racialisation, féminisme*. Paris : Albin Michel, 2017.

Verschuur, Christine. « Quel genre ? Résistances et mésententes autour du mot « genre » dans le développement ». *Revue Tiers Monde*, n° 200 (2010) : 785-803.

Vigor, Catherine. *Paysans du Guatemala : quelle éducation ?* Paris : L'Harmattan, 1980.

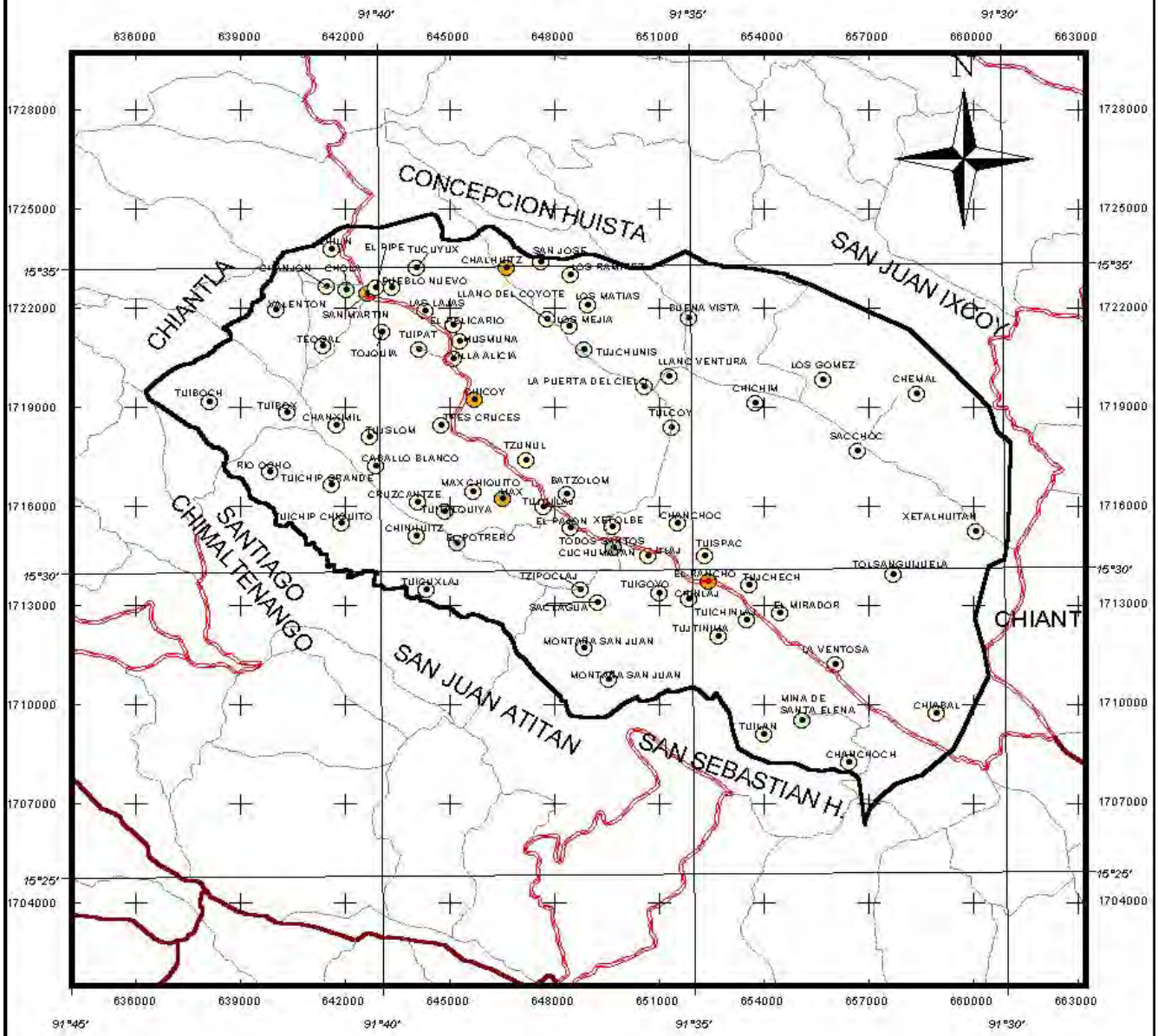
Vinel, Virginie. « Mémoires de sang : transmission et silences autour des menstrues (France urbaine) / Ricordi di sangue : trasmissione e silenzio sulle mestruazioni nella Francia urbana ». *La Ricerca Folklorica* 58 (2008) : 79-90.

Vozari, Anne-Sophie. « Surveiller pour veiller sur en Protection Maternelle et Infantile ». In *La maternité à l'épreuve du genre : métamorphoses et permanences de la maternité dans l'aire méditerranéenne*, par Yvonne Knibiehler, Francesca Arena, et Rosa María Cid López, 109-16, Presses de l'EHESS. Rennes, 2012.

Wilkinson, Daniel. *Silence on the Mountain : Stories of Terror, Betrayal, and Forgetting in Guatemala*. Durham : Duke University Press, 2004.

Yuval-Davis, Nira. *Gender and Nation*. Thousand Oaks : SAGE, 1997.

**MUNICIPIO DE TODOS SANTOS CUCHUMATAN,
DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO**



Altitud: 2500 MSNM
 Area Total: (Aproximada)
26315.748 Hectáreas

1:200000



PROYECCION TRANSVERSAL DE MERCATOR
 Zona 15 esferoide de clarke de 1866

Datum Vertical: Nivel del Mar en el Puerto
 de San José en 1950.

Datum Horizontal: Datum Norteamericano de 1927.

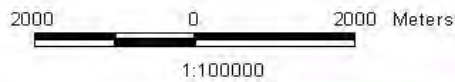
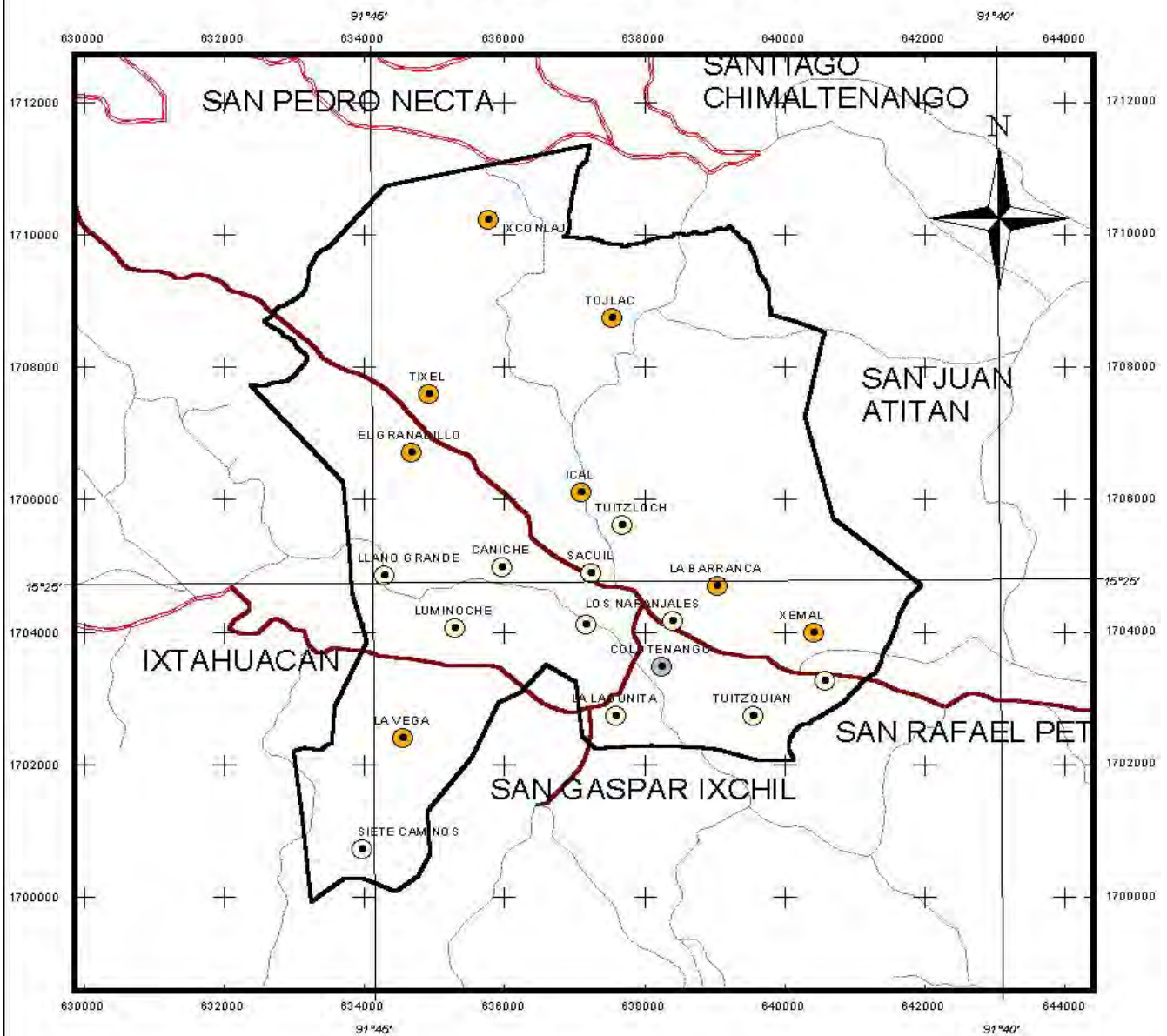
FUENTE:
 Ministerio de Agricultura,
 Ganadería y Alimentación (MAGA).
 Unidad de Sistema de Información
 Geográfica (USIG HUE).

Leyenda	
	Carreteras
	Asfaltado
	No Asfaltado
	Veredas
	Centros Poblados
	ALDEA
	CASERIO
	PARAJE
	PUEBLO
	Li. límite Municipal
	(Aproximado)

**UNIDAD DE SISTEMA DE INFORMACION
 GEOGRAFICA DE HUEHUETENANGO**
 Se solicita a los usuarios que tengan
 correcciones Adiciones y/o comentarios,
 notificarlos a:
 Unidad de Sistema de Información Geográfica
 de Huehuetenango -USIG HUE-
 Edificio de Gobernación, Departamental
 Huehuetenango
 Preparado y Publicado por USIG HUE
 Agosto 2,002 (Edson Sosa, Carlos Saucedo).

Carte Todos Santos

**MUNICIPIO DE COLOTENANGO,
DEPARTAMENTO DE HUEHUETENANGO**



Altitud: 1600 MSNM
 Area Total: (Aproximada)
6182.147 Hectáreas



PROYECCION TRANSVERSAL DE MERCATOR
 Zona 15 esferoide de clarke de 1866
 Datum Vertical: Nivel del Mar en el Puerto de San José en 1950.
 Datum Horizontal: Datum Norteamericano de 1927.

FUENTE:
 Ministerio de Agricultura,
 Ganadería y Alimentación (MAGA).
 Unidad de Sistema de Información Geográfica (USIGHUE).

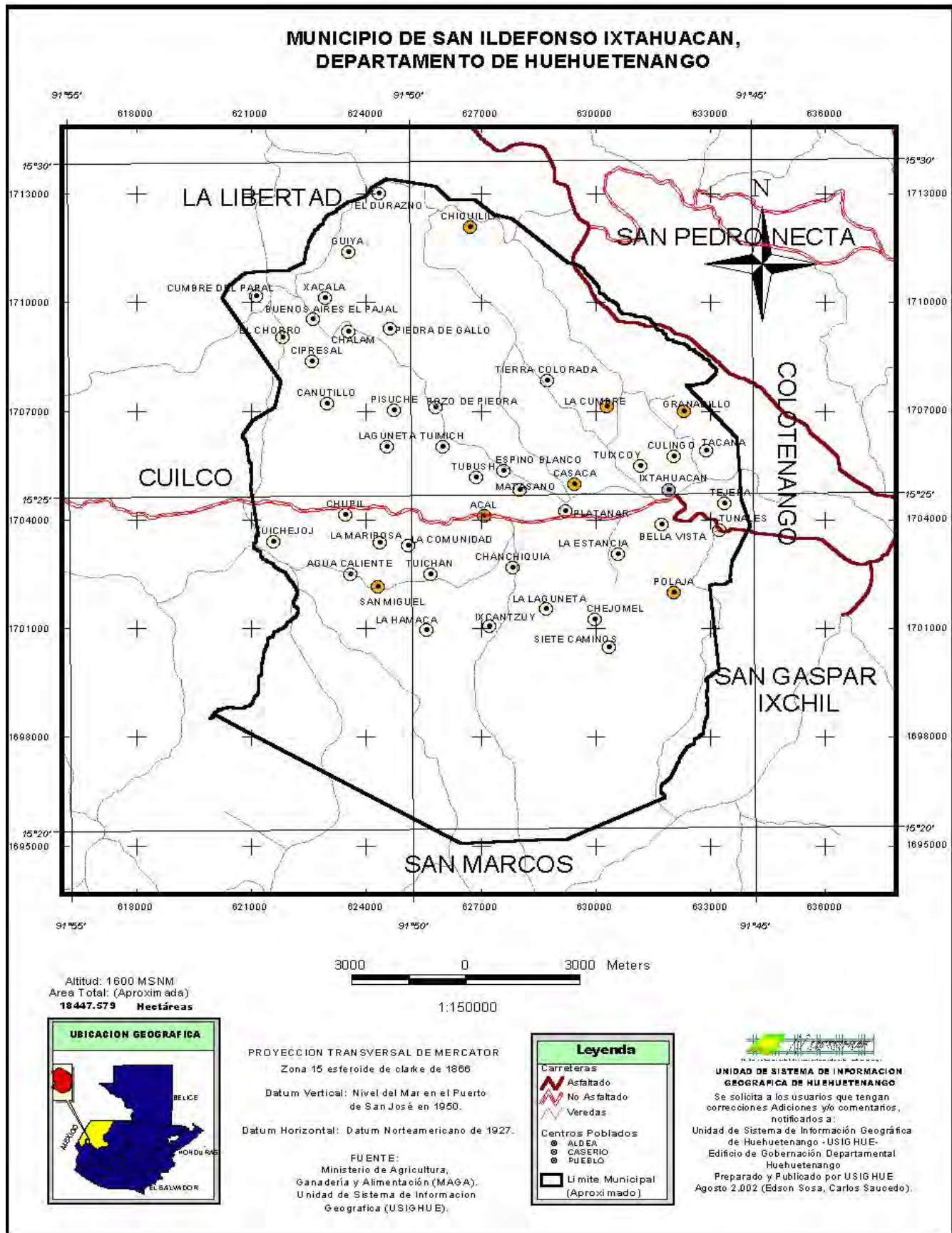
Legenda	
Carreteras	
	Asfaltado
	No Asfaltado
	Veredas
Centros Poblados	
	ALDEA
	CASERIO
	PUEBLO
	Li mite Municipal (Aproximado)

UNIDAD DE SISTEMA DE INFORMACION GEOGRAFICA DE HUEHUETENANGO

Se solicita a los usuarios que tengan correcciones Adiciones y/o comentarios, notificarlos a:

Unidad de Sistema de Información Geográfica de Huehuetenango - USIG HUE-
 Edificio de Gobernación Departamental Huehuetenango
 Preparado y Publicado por USIG HUE
 Agosto 2,002 (Carlos Saucedo, Edson Sosa).

Carte Colotenango



Carte Ixtahuacan

FIRMAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES UN DERECHO



Definición:

Documento que ampara la decisión voluntaria de una persona de realizarse un procedimiento de esterilización, con pleno conocimiento y comprensión de los hechos

Objetivos

- a) Favorecer la libre elección, b) Documentar la decisión informada, c) Aumentar la satisfacción del usuario/a, d) Disminuir posibilidad de arrepentimiento futuro, e) Proteger de denuncias tanto a la institución de salud como a su personal y de posibles acciones médico-legales

Instructivo para llenado del consentimiento informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria- AQV- (esterilización) masculina y femenina:

El formulario deberá ser completado por el proveedor de servicio previamente a que el/la usuario/a sea sometido al procedimiento de esterilización, con letra legible o a máquina, con la mayor veracidad posible, SIN NINGÚN tipo de presión o coacción hacia el/la usuario/a. El original se debe adjuntar a la historia clínica del usuario/a y la copia amarilla, se deberá archivar en el folder asignado para AQV, adjunto al libro de operaciones. Para completar los datos es necesario tener a la vista la cédula o DPI del usuario/a y la del o la testigo (la firma del testigo es opcional)

El formulario se deberá completar utilizando la siguiente explicación:

1. Colocar el número del registro médico asignado al usuario/a
2. Anotar el nombre completo del/de la usuario/a, ambos nombres y dos apellidos; verificarlos en la cédula o DPI
3. Colocar el número de años cumplidos a la fecha, verificar con la cédula o DPI
4. Colocar el número de hijos vivos actualmente, no incluir los hijos muertos
5. Marcar con una X si actualmente la usuaria estuviera embarazada, independientemente del mes de embarazo (no se llena en caso de usuario)
6. Marcar con una X si actualmente la usuaria no se encuentra embarazada (no se llena en caso de usuario)
7. Si el espacio 5 fue marcado con una X, aquí se deberá indicar el número de meses que la usuaria tiene de embarazo
8. Indicar el nombre del servicio de salud en donde el/la usuario/a se presentó a solicitar la AQV (esterilización)
9. Colocar el lugar y fecha en donde se completó este formulario
10. Solicitar la firma del/de la usuario/a o su huella digital, independientemente del mes de embarazo (no se llena en caso de usuario)
11. Colocar la firma de la persona que atendió al/la usuario/a en el original y en la copia
12. Colocar el nombre completo del testigo del usuario/a (opcional)
13. Colocar el número de cédula o DPI de la persona que es el/la testigo del/de la usuario/a
14. Colocar la firma o la huella digital de la persona que sirve de testigo del/de la usuario/a

Fuente de referencia: Guías Nacionales de Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala. Edición 2010. PP 145-148



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
GUÍAS NACIONALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AQV

Registro médico No. **1**

Yo, **3** años, con **4** hijos vivos (si es mujer, actualmente con **5**) o sin (**6**) embarazo de **7** meses). Manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté al Hospital o Centro de Salud de **8**

Dejo constancia que se me ha explicado ampliamente que:

- Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como: métodos de abstinencia (naturales), orales (la píldora), inyectables, dispositivos intrauterinos, condones y otros métodos.
- La operación es un método quirúrgico y como tal, tiene posibles riesgos.
- La operación como todo procedimiento quirúrgico, puede producir dolor o molestias durante y después de efectuada.
- Es un método permanente; y por lo tanto, no podrá tener más hijos(as).
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en la sala de operaciones y decidir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicité y la institución me dará atención médica cuando lo necesite.
- Existe la posibilidad que la operación falle, de 200 mujeres operadas, una puede quedar embarazada y de 1000 hombres operados, uno puede embarazarse a su pareja.
- Solo el condón protege contra infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida durante las relaciones sexuales.

Hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal de la clínica, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que puedan resultar de esta operación.

Doy fe que estoy de acuerdo con los puntos anteriores, los entiendo claramente y me responsabilizo por ellos ante la institución y que la presente ha sido leída por mí o por el testigo en mi presencia.

Lugar y fecha **9**

10

11

(Firma y huella digital del paciente y No. cédula o DPI)

(Firma y huella digital del personal que atiende)

NOTA:

- Si la persona no sabe leer, el proveedor de servicio será encargado de leer, explicar y verificar la comprensión de las observaciones anteriores.
- Si la persona no sabe el idioma español, se buscará un intérprete de su mismo sexo preferentemente y en su idioma materno para la orientación y lectura del acuerdo anterior.

Actúa como testigo (cualquier persona mayor de edad) (Testigo Opcional)

Yo **12 (opcional)** que me identifico con No. de Cédula o DPI **13** soy testigo que ella, paciente, ha impreso su firma y/o huella digital en mi presencia.

(F) **14**

(Firma y huella digital del testigo)





MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AQV

Registro médico No: 1

Yo 2
de 3 años, con 4 hijos vivos (si es mujer, actualmente con (5) o sin (6) embarazo de 7 meses). Manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté al Hospital o Centro de Salud de: 8

para solicitar y autorizar se me practique la Esterilización Quirúrgica (la operación).

Dejo constancia que se me ha explicado ampliamente que:

- * Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como métodos de abstinencia (naturales), orales (la pastilla), inyectables, dispositivos intrauterinos, condones y otros métodos.
- * La operación es un método quirúrgico y como tal, tiene posibles riesgos.
- * La operación como todo procedimiento quirúrgico, puede producir dolor o molestias durante y después de efectuada.
- * Es un método permanente; y por lo tanto, no podré tener más hijos(as).
- * Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en la sala de operaciones y decidir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicito y la institución me dará atención médica cuando lo necesite.
- * Existe la posibilidad que la operación falle, de 200 mujeres operadas, una puede quedar embarazada y de 1000 hombres operados, uno puede embarazar a su pareja.
- * Sólo el condón protege contra Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/Sida durante las relaciones sexuales.

Hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal de la clínica, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que puedan resultar de esta operación.

Doy fe que estoy de acuerdo con los puntos anteriores, los entiendo claramente y me responsabilizo por ellos ante la institución y que la presente ha sido leída por mí o por el testigo en mi presencia.

Lugar y fecha 9

10

(Firma y/o huella digital del paciente y No. decédula o DPI)

11

(Nombre de la persona que atendió)

NOTA:

- * Si la persona no sabe leer, el proveedor de servicio será encargado de leer, despacio y verificando la comprensión, de las observaciones anteriores.
- * Si la persona no sabe el idioma español, se buscará un intérprete de su mismo sexo preferentemente y en su idioma materno para la orientación y lectura del acuerdo anterior.

Actúa como testigo (cualquier persona mayor de edad) (**Testigo Opcional**)

Yo 12 (opcional) que me identifico con No. de Cédula o DPI 13
soy testigo que el/la paciente, ha impreso su firma y/o huella digital en mi presencia.

(F) 14

(Firma o huella digital del testigo)

Détail de l'affiche : éléments à remplir sur les formulaires

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL MÉTODO DE IMPLANTE JADELL

Yo _____ de _____ años de edad,
por la presente hago constar, que voluntariamente quiero utilizar el MÉTODO DE IMPLANTE llamado Jadell,
para espaciar mis embarazos, siempre que según criterio médico, no presente CONTRAINDICACIONES.

Así mismo dejo constancia, que me fueron informados los beneficios y riesgos que me someto, al utilizar éste método.

EFFECTOS BENEFICIOSOS:

1. Es un método temporal, al retirarse los implantes puede suceder un nuevo embarazo.
2. Aplicado en la forma correcta, es un método muy efectivo
3. La acción de los implantes dura 5 años.
4. Puede usarse durante la lactancia materna (después de las 6 semanas).
5. Aún con la aplicación correcta puede haber una remota posibilidad de embarazo.

EFFECTOS SECUNDARIOS

1. La mayoría de las usuarias no verán menstruación durante su uso.
2. En los primeros meses de uso, puede haber manchado irregular intermenstrual.
3. Ocasionalmente provoca dolor de cabeza, náuseas o dolor de mama, en los primeros meses de uso.
4. Posibilidad de infección en el lugar de inserción.

EN CASO DE PRESENTAR CUALQUIER SÍNTOMA, POR LIGERO QUE ÉSTE SEA, DEBERÉ PRESENTARME A LA CLÍNICA DE INMEDIATO.

Al haberme enterado de los riesgos y beneficios del método y por medio de la presente, libero de toda responsabilidad a **APROFAM** y Personal que me prestó el servicio a mi SOLICITUD.

Firmo la presente en la ciudad de _____ a los _____
días del mes de _____ del 2,0 _____

OBSERVACIONES:

Firma y Huella Digital de la usuaria

Formulaire Aprofam de consentement à la pose d'implant contraceptif

De la niñez a la maternidad

Salud registra embarazos en pequeñas de diez años

HUEHUETENANGO
CABECERA: HUEHUETENANGO
MUNICIPIOS: 31
POBLACIÓN: 134,80 HAB.
EXTENSIÓN: 7,284 KM²

Ronald López
*Colaborador

Huehuetenango. El Código Penal establece en su artículo 173 que es un delito embarazar a una menor de 14 años, aunque el acto fuese consentido. Aún así, las estadísticas por este flagelo siguen en aumento.

Este es uno de los departamentos con mayor incidencia. Armeny González, doctora del Área de Salud, informó que de enero a abril se han registrado 246 casos de niñas entre los 10 a 14 años, y 3 mil 507 de entre 15 y 19.

De ellas, 906 ya dieron a luz, pero una falleció relacionada con sus complicaciones relacionadas con su constitución física.

MUNICIPIOS AFECTADOS
González explica que San Pedro Soloma, Todos Santos Cuchumatán, Santa Eulalia, Santa Cruz Barillas, San Mateo Ixtatán, Unión Cuatimil, Huehuetenango, Chiantla, son los municipios donde más se da esta problemática.

“Las menores de 14 años no están preparadas para tener un bebé. Su cuerpo aún no es apto. Por ello, representa un riesgo para su vida, por lo cual lo ideal es que sean atendidas por personal capacitado y no por comadronas”, expresó.

Los puestos de salud y del hospital han registrado 45 denuncias por estos casos, los que han sido remitidos a la Procuraduría General de la Nación y Ministerio Público.

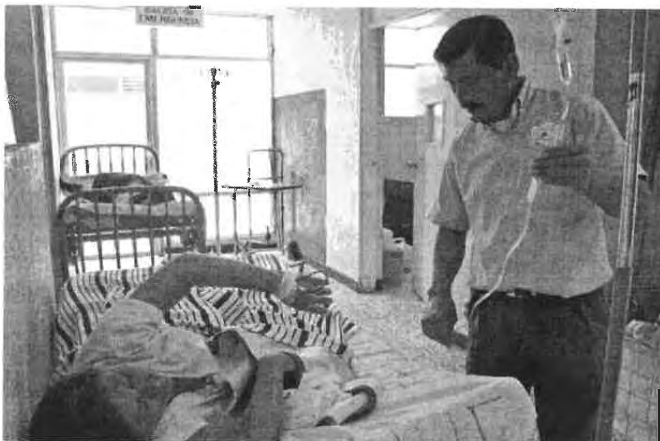
“Se tipifica como violación y si el responsable es mayor de edad puede pasar 12 años en la cárcel, en caso sea menor o”, dijo José Ríos, secretario del Juzgado de la Niñez y Adolescencia.



En la cabecera departamental se han registrado 28 niñas preñadas.



En lo que va del año, una menor falleció por complicaciones durante el parto.



Entre los municipios con mayores índices están San Pedro Soloma y Todos Santos Cuchumatán.



“Los padres deben orientar a sus hijos para que esto acabe”.
ALESHA HERNÁNDEZ
OFICINA DE LA MUJER



“Es necesario que indiquen a sus hijas para evitar esto problemática”.
ARSENIO GÓMEZ
JEFES TALLA



Las parteras también fueron instruidas en primeros auxilios.

Mejoran sus conocimientos

Autoridades de Salud capacitan a comadronas

SAN MARCOS
CABECERA: SAN MARCOS
MUNICIPIOS: 30
POBLACIÓN: 138,776 HAB.
EXTENSIÓN: 379 KM²

Hugo Barrios
*Colaborador

Concepción Tutunpa. Las buenas prácticas a la hora de atender

un parto y primeros auxilios, son los temas en que fueron capacitadas unas 150 comadronas.

El taller estuvo a cargo de personal del centro de salud y la comisión de salud de la municipalidad.

Nebemías Santizo, director del Área de Salud, comentó que es necesario que las parteras mejoren sus conocimientos, debido a que realizan una labor muy importante, como lo es reci-

bir a los pequeños.

Santizo explicó que también es importante que sepan identificar las complicaciones que pueden ocurrir durante el alumbramiento, las cuales pueden poner en peligro la vida de la mamá y su hijo.

Agregó que continuarán con estos cursos en otras regiones del municipio, para que las comadronas puedan garantizar su importante labor.

DESDE NUESTROS TERRITORIOS CONSTRUIMOS AUTONOMÍAS PARA UN MUNDO LIBRE DE VIOLENCIA

Mujeres mayas, mestizas, latinoamericanas y europeas nos reunimos en el "Festival por el cuerpo, la vida y el territorio en Huehuetenango" para denunciar, junto a las mujeres de Barillas, el estado de sitio oficial y de facto instalado allí y en otras partes del país, y para exigir el cese de políticas de militarización, guerra, aniquilamiento y saqueo de nuestros cuerpos y tierras impuestas por el sistema patriarcal neoliberal, colonialista y racista, que vincula los proyectos económicos neoliberales, la ocupación militar de nuestros territorios, y el despojo de nuestras tierras para acaparar las fuentes de vida de toda la humanidad.

Los conflictos en Santa Cruz Barillas Huehuetenango reafirman la estrategia represiva impulsada desde hace años en distintos territorios como San Juan Sacatepéquez, San José del Golfo, Valle del Polochic, San Marcos, Xalapán Jalapa, San Rafael Las Flores, Santa Rosa entre muchos, donde se evidencia que la política de "desarrollo" del estado guatemalteco responde a los intereses de lucro de las empresas nacionales y transnacionales. Estos planes se impulsan a costa de la Vida, con la perversidad y el descaro de utilizar los recursos e instituciones estatales para lograr los intereses privados.

A través del ejecutivo presidido por Otto Pérez Molina y los Ministerios de Ambiente y Energía y Minas, se otorgan licencias de exploración y explotación, pese al rechazo manifiesto de cientos de comunidades en procesos de consulta pacíficos, legítimos y legales.

Barillas es un ejemplo donde la empresa española que asume los nombres Ecoener - Hidralia Energía - Hidro Santa Cruz, propiedad de Luis Castro Valdivia, en complicidad con el ejército y el gobierno de Guatemala, han puesto en marcha su maquinaria de muerte para imponer su proyecto contra la voluntad expresa de las comunidades y de la municipalidad, al extremo de utilizar 5 millones de quetzales del erario público para instalar un estado de sitio que busca facilitar las operaciones de la empresa. Un líder de la comunidad, Andrés Francisco Miguel, fue asesinado por oponerse a vender su tierra a la empresa, encarcelaron a otros 11 líderes comunitarios, impusieron controles militares que instalaron el miedo y la violencia sexual contra las mujeres en el municipio, estrategias utilizadas en el periodo contrainsurgente que tuvieron y tienen el objetivo de crear terror y paralizar la movilización ciudadana.

La complicidad del estado guatemalteco se evidencia cuando personeros de la empresa, en particular Juan Garrido, son acompañados por funcionarios de CODISRA, COPREDEH para hacer que los vecinos de Barillas acepten sus operaciones; también cuando se usa la ley a favor de Hidralia como lo demostraron las acciones de la señora Gilda Aguilar, fiscal que estaba a cargo del caso en Santa Eulalia. Sus declaraciones a la prensa evidencian sus vínculos a personajes de la inteligencia militar del pasado como Ricardo Méndez Ruiz y políticos como Mario David García.

El proceso disciplinario iniciado contra la fiscal Gilda Aguilar, así como la sentencia del 10 de septiembre que anuló diez de las órdenes de captura solicitadas, por proceso defectuoso, ponen de manifiesto dos cosas importantes: 1) Las violaciones al debido proceso y a los Derechos Humanos en las que incurrió la fiscal del caso desde el inicio, y 2) El cumplimiento de la Fiscal General Claudia Paz y Paz al velar porque el proceso sea justo y apegado a la ley.

NOSOTRAS mujeres indígenas, mestizas, feministas, soñadoras de otros mundos posibles

Denunciamos el silencio y manipulación de la opinión pública por parte de las empresas de comunicación sobre las acciones y luchas que se llevan a cabo para la defensa del territorio.

Denunciamos la intención de legalizar la militarización en el territorio vía las Reformas Constitucionales que hoy está proponiendo el Partido Patriota en el Congreso y el presidente desde el ejecutivo.

Exigimos la liberación de todos los presos políticos por la defensa del territorio: Diego Juan Sebastián, Andrés León Andrés Juan, Joel Gaspar Mateo, Ventura Juan, Antonio Rogelio Velásquez López, Pedro Vicente Núñez Bautista, Saúl Aurelio Méndez Muñoz, Amado Pedro Miguel, Marcos Mateo Miguel, Pascual de Pascual Pedro y Esteban Bernabé Gaspar.

Exigimos el retiro de todas las empresas nacionales y transnacionales que usurpan el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y naturaleza, apropiándose para su enriquecimiento, de las fuentes de vida de la humanidad.

Rechazamos cualquier idea de desarrollo que implique la coerción, uso de la fuerza y la militarización de nuestras comunidades y barrios, pues reactiva el terror impuesto durante la guerra, nos paraliza y nos somete a la amenaza constante de violencia sexual y otras formas de tortura.

NOSOTRAS QUEREMOS: vivir en paz, estar seguras en nuestra piel, ser libres de salir sin restricciones ni toques de queda, sin miedo a que nos agredan o nos violen. La seguridad para nosotras pasa por que el colectivo de hombres, militares, compañeros, parejas, padres de familia, hermanos, no use las amenazas, la violencia o la violación sexual como herramientas para dominar, someter y controlar.

Juntas, con la potencia y sabiduría de cada una, nos reunimos hoy para construir formas de convivencia basadas en el principio del respeto a la vida, la reciprocidad, la dignidad, la justicia y la libertad.

Queremos tejer formas de organización económica que partan del bienestar común y de la satisfacción de las necesidades humanas básicas de todas y todos, cuya orientación y prácticas podamos decidir.

Con la autoridad que nos dan nuestras experiencias y la historia, nos encontramos para construir territorios libres de militares, violencia sexual y despojo;

Llamamos a las mujeres de la región y del mundo para lograr que en estos territorios podamos vivir con bienestar, libertad y en armonía entre nosotras, con el planeta y el cosmos.

¡No quiero pagar el precio de tu luz, con mi cuerpo, mi vida ni mi tierra!

Hidro Santa Cruz

¿Cuántas mujeres necesitas violar o encarcelar para producir tu luz?

**Queremos estar seguras en nuestros cuerpos y territorios,
emancipadas, libres y conviviendo en armonía**

Mujeres de Barillas, Mama Maquin, Red de Mujeres de Aguacatán, Movimiento de Mujeres Mayas, Actoras de Cambio, CEDFOG, Asociación La Cuerda, Alianza Política Sector de Mujeres, Red de Mujeres Ixiles, Voz de la Resistencia, Asociación de Mujeres de Petén Ixqik

Yalambhojoch, Huehuetenango, 24 de septiembre de 2012.

Résumé

En 1996 au Guatemala, la signature des accords de paix met fin à 36 ans de guerre civile. Ayant touché spécifiquement les populations indigènes, les deux commissions de vérité estiment que l'armée et les paramilitaires ont mené des actes de génocide contre les populations mayas, entre autres en raison des violences sexuelles exercées contre les femmes. Au cours des deux décennies suivantes, de nombreux projets de développement menés par l'État, ainsi que diverses fondations et ONGs, visent à pallier l'extrême pauvreté qui touche les populations rurales indigènes. L'un de ces projets consiste en la diffusion de programmes de planification familiale. Les femmes indigènes sont principalement ciblées par les dispositifs médicaux et éducatifs qui sont mis en place dans ce cadre. L'objectif est alors de faire baisser drastiquement leur fécondité, par des méthodes durables et définitives, telle que la stérilisation féminine. Cet objectif s'accompagne de la diffusion d'un ensemble de normes de bonnes pratiques maternelles et reproductives. Les personnels médico-sociaux mobilisés pour faire intégrer ces normes vont parfois jusqu'à user de violences pour que les femmes indigènes s'y conforment. Dans l'exercice de leur mission, ces personnels estiment œuvrer pour le bien commun, celui de la nation mais aussi celui des femmes. Ces politiques de planification familiale semblent, pour les acteurs qui y participent, s'inscrire dans une optique d'émancipation des femmes. Pourtant, les contraintes rencontrées par les femmes dans la gestion de la planification familiale leur permettent difficilement d'accéder pleinement à des droits reproductifs. De plus, de nombreuses femmes inscrivent les violences et les discriminations qu'elles subissent dans le cadre de ces programmes en continuité avec les violences de la guerre et celles qu'elles expérimentent dans d'autres espaces sociaux. Si elles se trouvent dans une situation sociale critique, cela ne peut incomber à leur gestion reproductive. Leurs conditions de pauvreté, les oppressions et violences multiples auxquelles elles se confrontent sont particulièrement liées aux politiques néo-libérales.

L'ambition de cette thèse est alors de décrypter certains enjeux autour de la promotion de la stérilisation ciblée des femmes indigènes, dans un contexte de post-conflit où se développent des violences renouvelées contre ces femmes. Le travail de recherche, mené auprès d'institutions et de personnels médicaux en charge des programmes de planification familiale, ainsi qu'auprès de femmes issues de plusieurs communautés indigènes, permet de faire apparaître les rapports complexes qui se jouent entre les femmes indigènes et différents acteurs institutionnels, professionnels, communautaires et familiaux. Ces rapports, révélateurs des positions hiérarchiques de genre, d'ethnicité et de classe à un niveau local, national et international, produisent des impacts sur les trajectoires reproductives, et par extension sur les trajectoires de vie. À l'intersection de ces nombreux enjeux de pouvoir, la thèse montrera comment les femmes indigènes se retrouvent au cœur d'une question reproductive en tension avec laquelle elles doivent composer, pour négocier leur statut de citoyennes.