

Éthique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde

Stéphanie Vella *

La discrimination envers les filles en Inde, du fait de l'infanticide, de l'avortement sexo-sélectif et de la sélection sexuelle préconceptionnelle, appelle une réflexion sur l'éthique. Face à ce sujet, sensible de par ses implications légales, éthiques et humaines, le risque du regard culturel du chercheur est présent. Il est en effet difficile de ne pas avoir d'*a priori* car l'infanticide et l'avortement sexo-sélectif sont du domaine de la criminalité par rapport à la loi indienne, mais aussi par rapport au jugement moral occidental. Le chercheur peut ressentir un malaise, du ressentiment et des questionnements culturellement connotés : « Pourquoi ne font-ils pas adopter leurs filles au lieu de les éliminer ? » Cela revient également à interroger des gens assimilés par le gouvernement à des meurtriers et des hors-la-loi. Et cet aspect est renforcé par l'écho sensationnel que ce sujet trouve dans les médias, comme l'attestent quelques titres courants : « *Gender Holocaust* », « *No Graves for Them* », « *Scanning for Death* », « *From the Cradle to the Grave* », jusqu'aux ouvrages comme le célèbre *The Endangered Sex* ¹.

Pour viser à une objectivité relative, il convient alors de chercher à connaître les raisons socioculturelles et historiques à de telles pratiques dans le contexte de la société indienne. La discrimination du genre féminin en Inde est une donnée culturelle très ancienne, reposant sur une idéologie patriarcale. Ce système sexuel de pouvoir se traduit par une hiérarchie d'âge et de genre, ces deux facteurs conjugués entraînant l'infériorité et la subordination de la femme. Selon les principes du « *Manavadharma Sastra* », ou lois de Manu – homme de loi ayant vécu autour de 200 avant J.-C. – la femme est sous l'autorité de son père puis sous celle de son mari et, si elle perd son mari, sous celle de son fils.

L'infanticide des filles et l'avortement sélectif des embryons de sexe féminin sont les marqueurs extrêmes de cette discrimination sexuelle. L'infanticide est une pratique ancienne qu'on ne date pas en Inde mais dont l'origine serait au Bengale (sacrifice aux dieux) [Muthulakshmi, 1997]. Cette pratique devint spécifique aux

* Docteur en géographie, université Bordeaux-III, Dymset, Maison des Sud, Pessac.

1 Même si les médias révèlent des cas d'infanticide et l'existence croissante de la sélection sexuelle, on ne peut parler de véritable débat médiatique car aucune analyse de fond n'est menée sur le devenir des filles indiennes et on n'a pas de véritable enquête menée par les journalistes. Il s'agit plutôt de mises en exergue médiatiques et ponctuelles.

filles dans des hautes castes du Nord-Ouest, dont les Rajputs, du fait de la pratique de l'hypergamie qui rendait le mariage d'une fille très difficile car très cher, la famille du futur époux étant très exigeante pour la dot. Pourtant, selon les textes sacrés, tuer un enfant est une faute grave qui équivaut à tuer cent femmes alors que tuer cent femmes revient à tuer dix mille brahmanes [Sherwani, 1998]. L'infanticide s'est ensuite propagé à d'autres castes par « contagion sociale » ou diffusion, mais ce phénomène a été très peu étudié en Inde, de même que la pratique de l'infanticide en tant que telle. Parallèlement à cet infanticide qui perdure dans certaines régions (Tamil Nadu, Punjab, Haryana), les techniques prennent de l'ampleur et sont même utilisées dans les États exempts d'infanticide.

Un troisième marqueur de la discrimination est le comportement envers les femmes tout au long de leur vie, qui se traduit par une espérance de vie plus faible que celle des hommes. Les Indiens préfèrent massivement les garçons et négligent les filles en matière de ressources allouées (nourriture, soins, éducation) [Das Gupta, Chen, Krishnan, 1995]. La scolarisation est plus faible pour les filles : 54 % de la population féminine est alphabétisée contre 76 % pour la population masculine en 2001. Cette négligence traduit un investissement parental sexo-sélectif, en fonction de la valeur spécifique attachée au genre² de l'enfant. Le genre, en Inde, semble en effet défini extrêmement tôt en comparaison de l'Occident et prend actuellement toute sa signification avant la naissance. Le sexe de l'enfant à naître, dont la socialisation est préétablie en Inde, est en effet un enjeu crucial pour le devenir de la famille. Ainsi, la naissance d'une fille est redoutée : comme dans de nombreuses sociétés, les Indiennes anticipent le sexe du bébé par des méthodes traditionnelles, le recours à l'astrologie ou, de nos jours, grâce au « miracle » de la technique. Elles essaient par tous les moyens de conjurer le mauvais sort qui voudrait leur attribuer une fille.

L'absence de fils vaut aux femmes d'être blâmées par leur belle-famille et le voisinage, le fils étant en effet d'une importance socioéconomique primordiale, même si la pire situation d'une femme est de n'avoir aucun enfant. Le fils a une utilité économique pour les soins futurs des parents et pour l'héritage de la propriété, il a une valeur socioculturelle pour la transmission de la lignée, et religieuse dans l'accomplissement des rites funéraires des parents. Il peut donc s'attendre, dans ces conditions, à une enfance privilégiée et à une place centrale au sein de la famille. En Inde d'ailleurs, le concept d'enfant signifie souvent garçon, la fille n'étant pas toujours incluse parmi les membres de la famille car elle est considérée comme une invitée et elle est dès la naissance destinée au mariage et à l'exil. Dans certains États d'ailleurs, le recensement a remarqué un sous-enregistrement des filles, mais celui-ci n'explique qu'une part infime du déséquilibre démographique. Ainsi, leur naissance est rarement accueillie avec joie. Par conséquent, une famille désire en général au moins un fils et au maximum une fille, car celle-ci est synonyme tout au long de sa vie de lourdes dépenses pour ses parents, lors de sa puberté, de ses grossesses et de ses parturitions. La dépense la plus colossale est celle de la dot lors de son mariage réputé de plus en plus coûteux. Cette dot fait

2 Le genre est défini ici comme le sexe social ; on pourra consulter Hurtig [2002].

d'elle un véritable fardeau socioéconomique. Elle est perçue ainsi dans la plupart des communautés indiennes. Au Rajasthan, la naissance des filles est l'occasion dans certains villages de rituels de deuil et de condoléances. Au Maharashtra, on emploie le mot *vangal* ou « mauvais » pour désigner la fille et, au Tamil Nadu, elle est nommée *chelavu* ce qui signifie « dépense ». Par ailleurs, dans le Nord, on souhaite aux jeunes femmes mariées d'être la mère de cent fils et une expression populaire explique par exemple qu'élever une fille équivaut à arroser une plante dans le jardin des voisins [RCWS, 1994]. La dot est une pratique ancienne qui n'avait lieu, autrefois, que dans les plus hautes castes; mais depuis les années soixante et suite à des mutations socioéconomiques, comme la Révolution verte, la dot est adoptée par de nombreux groupes qui ont abandonné la pratique du « prix de la mariée³ ».

Il s'agit maintenant d'analyser les implications sociales et éthiques de ces différentes pratiques. Dans une première partie, nous dresserons le cadre géographique et statistique de la discrimination sexuelle en précisant les méthodes qui lui sont attachées. Puis, nous examinerons les mesures prises pour réguler des actions de masse, tels les avortements sexo-sélectifs ainsi que les initiatives des mouvements associatifs indiens. Nous étudierons ensuite la perception des différents acteurs face à ces technologies et à l'avortement pour conclure par des questionnements éthiques.

Sex-ratios déséquilibrés et nouvelles technologies de reproduction

Évolution du sex-ratio à la naissance et du sex-ratio infanto-juvénile

Rares sont les pays, à l'instar de la Chine, du Pakistan et de l'Inde, dont la population se caractérise par un continuel déséquilibre femmes/hommes. En Inde, il est enregistré depuis le début du XX^e siècle et se traduit par un nombre de femmes inférieur à celui des hommes, le sex-ratio total ou rapport de féminité, soit le nombre de femmes pour 1000 hommes⁴, déclinant depuis 1901 [Agnihotri, 2000], et atteignant en 2001 : 933 femmes pour 1000 hommes. Faut-il à ce propos rappeler qu'en Europe le sex-ratio total est compris entre 1020 et 1050 femmes pour 1000 hommes [Noin, 1996]? Ainsi, le sex-ratio à la naissance et le sex-ratio infanto-juvénile ou nombre de filles pour 1000 garçons de 0 à 6 ans⁵ nous permettent de rendre compte indirectement, grâce aux données du recensement indien, de la discrimination subie par les filles avant et après la naissance.

Dans le cadre d'un sujet ayant trait à des faits illégaux, la principale difficulté méthodologique est d'élaborer des outils pour cerner la quantification de délits que les statistiques officielles sous-estiment ou ignorent. Ainsi, la connaissance des chiffres, même approximatifs, des infanticides et des avortements sélectifs, de

3 Le prix de la mariée correspond à des présents et de l'argent offerts par la famille du futur époux à celle de la fiancée, au contraire de la dot.

4 Le sex-ratio est calculé en Inde comme le nombre de femmes pour 1000 hommes, ce choix facilitant l'analyse des déficits de femmes observés.

5 Les derniers recensements ont fourni les chiffres du sex-ratio infanto-juvénile pour la période 0-6 ans et non pas 0-5 ans comme c'est d'ordinaire l'usage.

même que ceux de l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction, s'avère quasiment impossible sur le terrain. Quand des chiffres bruts existent, notamment certaines statistiques policières sur l'infanticide, ils sont très en dessous de la réalité. En effet, les infirmières de village peuvent certes relever les infanticides comme « morts pour raisons sociales », mais leur supérieur hiérarchique préfère souvent les reporter comme « mort naturelle ». De plus, les avortements ne sont pas enregistrés – comme en Afrique où Agnès Guillaume fait ce constat pour la Côte d'Ivoire –, mis à part dans les structures publiques, mais l'accès à ces chiffres est délicat. De plus, ils ne rendent pas compte des avortements illégaux (cliniques privées, avorteuses traditionnelles). Mais des estimations révèlent tout de même que 5 à 6 millions d'avortements auraient lieu par an dans le privé, alors que le public déclare 6 millions d'avortements provoqués légaux [Bharathiar University, 1998]. Par ailleurs, le gouvernement et certains chercheurs ont mis en avant un sous-enregistrement des filles, lors des recensements, pour expliquer leur nombre inférieur, mais ces cas de sous-déclaration ne peuvent pas expliquer de tels déficits. Ils peuvent par contre entraîner des différences de résultats entre des enquêtes comme le *National Family Health Survey* (NFHS) et le recensement [IIPS, 1995; Guillot, 2002].

Le sex-ratio à la naissance diminue, se situant en 1981 à 966 et en 1991 à 934 naissances féminines pour 1 000 naissances masculines (le sex-ratio à la naissance n'a pas encore été calculé pour 2001), soit inférieur au sex-ratio à la naissance « normal » (950), ce qui peut difficilement être attribué à des facteurs d'origine biologique. Mais il semble que cette baisse du ratio est due à des manipulations sociales, correspondant à l'utilisation des technologies de sélection sexuelle, et nous pouvons penser qu'une part significative de la baisse de la proportion des naissances féminines est due à des avortements sélectifs selon le sexe [Sudha, Rajan, 1999].

Le sex-ratio infanto-juvénile (SRIJ) diminue également régulièrement depuis plusieurs décennies, et les résultats du dernier recensement en 2001 montrent (cf. *tableau*) une diminution quasi générale des ratios dans les principaux États⁶, sauf au Kérala⁷. En outre, le Punjab et l'Haryana, au Nord-Ouest, sont les deux États présentant les sex-ratios les plus bas et le déclin le plus prononcé. Nous constatons un décalage vers des SRIJ de plus en plus faibles, ce qui signifie une discrimination accrue envers les filles.

Concernant le déclin considérable du SRIJ en 2001, le responsable du recensement observe d'ailleurs pour la première fois qu'il pourrait être attribué à l'usage récent des tests de détermination sexuelle, l'infanticide étant peu évoqué par le gouvernement car ce phénomène nuit à l'image d'une Inde en plein développement. En outre, même si celui-ci n'est presque pas chiffré en Inde, il est clair qu'au vu du nombre d'avortements estimés, leur part est considérable par rapport aux infanticides.

6 L'Inde est une fédération d'États et de territoires de l'Union.

7 Le Kérala est l'État qui a le meilleur développement social et le plus faible taux de fécondité. L'alphabétisation des femmes est supérieure à la moyenne et leur statut semble meilleur que dans les autres États.

*Rapport de féminité de la population 0-6 ans en 1991 et 2001
en Inde et dans quelques États indiens et territoires de l'Union*

Inde/États	Sex-ratio 0-6 ans 1991	Sex-ratio 0-6 ans 2001	Évolution en %
Inde	945	927	-1,9
Delhi	915	865	-5,5
Punjab	875	793	-9,4
Haryana	879	820	-6,7
Rajasthan	916	909	-0,8
Uttar Pradesh	927	916	-1,2
Gujarat	928	878	-5,4
Madhya Pradesh	941	929	-1,3
Maharashtra	946	917	-3,1
Tamil Nadu	948	939	-0,9
Himachal Pradesh	951	897	-5,4
Kerala	958	963	+0,5
Karnataka	960	949	-1,1
Andhra Pradesh	975	964	-1,1

Source : Census of India 2001, Series 1, Paper 1, India, 2001.

Les facteurs de la baisse des sex-ratios

Les causes imputées à cette diminution sont donc des comportements discriminatoires spécifiques ancrés dans le contexte du patriarcat indien. Ainsi, à l'infanticide identifié dans le Nord, qui perdure, et apparu plus récemment dans le Sud, mis à part dans la tribu des Todas au Tamil Nadu [Rivers, 1986], s'est ajoutée l'utilisation, depuis un quart de siècle, de technologies de détermination sexuelle ainsi que les techniques de sélection sexuelle préconceptionnelle, qui ne cessent de se généraliser et qui donnent lieu aux avortements sélectifs des embryons de sexe féminin⁸ [Sharma, Joseph, 1994; Lingam, 1998]. Une de ces techniques est l'amniocentèse qui révèle le sexe de l'enfant avant 15 semaines de grossesse. Une autre, la biopsie des villosités choriales⁹, plus précoce, effectuée entre 10 et 13 semaines de grossesse (optimale à 11), permet également un avortement au premier trimestre et a été développée en Chine spécifiquement pour la sélection sexuelle¹⁰. Le sexage ou choix des embryons du sexe voulu (technique d'Ericsson) par séparation des spermatozoïdes X et Y puis insémination artificielle augmente

8 Je parlerai dans cet article de ces techniques, sans préciser à chaque fois qu'elles sont suivies d'avortements sélectifs selon le sexe, dénommés également avortements sexo-sélectifs et en anglais « *female feticide* ».

9 Cette technique correspond à un prélèvement des villosités choriales entourant le fœtus par voie transcervicale ou transabdominale et permet un diagnostic plus précoce que l'amniocentèse.

10 Curieusement, la biopsie des trophoblastes (prélèvement des trophoblastes entourant la cavité ovulaire) qui permet de connaître le sexe de l'enfant très tôt, entre la 6^e et 8^e semaine de grossesse, ne semble pas être utilisée en Inde mais elle est réservée en Occident aux maladies génétiques liées au sexe de l'enfant à naître.

les chances d'avoir un fils de 75 % et est un procédé de reproduction assistée très cher, 100 euros en moyenne, à l'instar d'autres qui sont apparus récemment, comme le diagnostic génétique préimplantatoire (DPI)¹¹, qui est une des dernières méthodes (1989) à être utilisée pour la sélection sexuelle. En Occident, sa vocation initiale était de tester les désordres génétiques potentiels avant d'implanter un embryon dans l'utérus. Mais en Inde, la plupart des personnes qui requièrent la détermination sexuelle ne savent pas que les techniques sont aussi utilisées pour les maladies génétiques. À l'heure actuelle, le DPI n'est disponible que dans peu de centres dans le monde, généralement sous la supervision d'une institution de surveillance éthique, ce qui n'est pas le cas en Inde. Dans ce pays, son usage pourrait être généralisé très vite, tout comme l'ont été les autres technologies, même si les méthodes les plus utilisées demeurent l'amniocentèse et l'échographie. En effet, cette technique visuelle reste le moyen le plus abordable pour l'ensemble de la population indienne. Par exemple, pour 10 euros en moyenne, il est actuellement possible de diagnostiquer le sexe entre 13 à 14 semaines de grossesse grâce à une échographie transvaginale, suivie d'un avortement en cas de fœtus de sexe féminin [Gupta, 2000]. Précisons que l'avortement en Inde n'est autorisé que jusqu'à 12 semaines, voire 20, et seulement si la vie de la mère est en danger, alors que ces techniques sont utilisées de 10 à plus de 15 semaines.

Les mesures de lutte contre l'infanticide et l'avortement sexo-sélectif

Une réglementation laborieuse

Actuellement, la sélection sexuelle est appliquée dans presque toutes les castes de la société indienne. Les enjeux démographiques, économiques, culturels, sociologiques et politiques sont donc considérables. La difficulté, dans le contrôle des techniques, est que leur propagation s'est faite de façon totalement anarchique, car principalement dans des infrastructures privées, souvent non enregistrées par le gouvernement, pour lequel il est très difficile aujourd'hui d'établir des régulations alors même qu'il n'en a presque jamais établi contre l'infanticide. Les Britanniques ont découvert la pratique de l'infanticide en 1789 dans le nord-ouest de l'Inde, mais ils ont attendu 1870 pour voter une loi l'interdisant¹² [Miller, 1997]. Mais celle-ci, une fois le phénomène estimé jugulé, a été annulée par les mêmes Britanniques, ceux-là mêmes qui avaient utilisé les textes sacrés indiens pour argu-

11 Une fécondation *in vitro* est effectuée, puis le troisième jour on retire aux embryons, consistant alors en quelques cellules divisées, un blastomère dont on analyse, en un jour, le matériel génétique grâce à la technique d'analyse chromosomique FISH (*fluorescent in situ hybridisation*) qui est spécifique à un chromosome donné, ici X ou Y. Pendant l'analyse de la cellule, les embryons sont gardés en culture et peuvent continuer à se diviser normalement. Seuls les embryons du sexe désiré sont alors replacés dans l'utérus.

12 La pratique de l'infanticide a laissé des centaines de villages du Nord et de l'Ouest sans aucune fille, durant les XVIII^e et XIX^e siècles, affectant ainsi la taille et la « qualité » de la population [Phillip, Bagchi, 1995]. Tous les chefs des clans durent signer la convention contre l'infanticide qui s'appuyait sur les textes sacrés hindous, mais peu d'effets s'ensuivirent, donc des amendes furent appliquées alors que les Britanniques distribuaient des aides pour les clans préservant leurs filles. Les récalcitrants se voyaient confisquer leurs terres. Des comptages de filles étaient réalisés ainsi que des incitations à des mariages endogames pour lesquels la dot était moins élevée.

menter la constitution de cette loi. Depuis cette époque, le gouvernement central n'a jamais pris de mesures spécifiques contre l'infanticide, même si certains États ont prévu des sanctions pénales telles que l'emprisonnement à vie. L'infanticide se déroule dans l'intimité des familles et se réalise généralement dans des villages reculés. En fait, il s'agit d'un phénomène très rural, qui s'exerce plus difficilement quand l'accouchement est encadré dans des structures médicales urbaines. L'infanticide est une pratique plus secrète que l'avortement sélectif et le gouvernement a longtemps eu honte de le révéler. Par exemple dans le Sud, au Tamil Nadu, le gouvernement niait une pratique pourtant bien établie depuis une cinquantaine d'années, avant de ne plus avoir le choix de le révéler. Il n'y a pas eu de débat éthique sur l'infanticide et cette pratique est totalement acceptée dans les villages par les populations qui pensent ne pas avoir d'autre choix, hormis depuis peu celui de se tourner vers la technologie. Seules les ONG ont fortement réagi et essaient de sauver les petites filles. Quelques gouvernements, comme le Tamil Nadu, ont tenté des programmes d'information et de prévention, comme le théâtre de rue, pour faire prendre conscience aux villageois de l'illégalité de cette pratique.

Rappelons que l'égalité de genre dans la société est inscrite dans la Constitution indienne de 1947, qui établit qu'aucune discrimination ne peut se faire sur la base du sexe. Depuis cette date, plusieurs lois relatives aux conditions de la femme se sont succédé. Ainsi, en 1971, le gouvernement central indien a légalisé l'avortement sous des conditions très strictes¹³ par *The Medical Termination of Pregnancy Act*, afin de tenter de réduire le nombre d'avortements illégaux qui contribuaient à une mortalité maternelle élevée en Inde. Ils ne peuvent ainsi être effectués que dans des institutions approuvées par le gouvernement et par des praticiens autorisés. Mais dans les années quatre-vingt, moins de 15 000 médecins étaient habilités, ce qui a pu favoriser la croissance du nombre de médecins travaillant illégalement et ainsi permettre l'expansion des autres méthodes de sélection sexuelle.

L'implantation expérimentale des biotechnologies qui allaient, elles aussi, participer à la détermination sexuelle du fœtus s'est faite à Delhi dès 1974¹⁴ alors que celles-ci étaient au point en Occident, pour diagnostiquer les maladies génétiques, seulement depuis le début des années soixante-dix¹⁵. L'amniocentèse a ainsi été introduite en Inde en 1974 par le All India Institute of Medical Sciences afin de détecter les anomalies fœtales. Mais les femmes, dès le début, avortaient principalement de fœtus femelles. Face à ce phénomène, la première restriction nationale apparaît en 1978, date à laquelle le Conseil indien de la recherche médicale interdit les amniocentèses destinées à connaître le sexe du fœtus sans justificatif médical et restreint alors l'utilisation de cette technique à des cas de maladies

13 L'avortement ne peut avoir lieu par exemple qu'en cas de viol, ou pour une femme trop âgée ou en cas d'échec de la contraception. Au-delà de 12 semaines, l'accord de deux médecins est nécessaire, mais la loi n'est pas appliquée et souvent l'avortement est une technique de contraception tolérée.

14 De même, ces techniques ont été introduites depuis plus de vingt ans dans de nombreux pays asiatiques où elles ont transformé les sex-ratios à la naissance. Des cliniques existent entre autres en Malaisie, Taïwan, Corée, Pakistan, Chine et Singapour [RCWS, 1994].

15 L'imagerie, dont l'échographie, date du début des années soixante et la biologie fœtale des années soixante-dix.

génétiques suspectées, mais seulement dans les hôpitaux publics. De 1979 à 1985, cette interdiction entraîna la commercialisation de la technologie et la multiplication rapide des cliniques privées dans les villes du Nord et de l'Ouest [George, Dahiya, 1998] et même leur diffusion dans le pays. Ainsi, la première clinique privée de sélection sexuelle a ouvert ses portes au Punjab en 1979 avec une très forte campagne publicitaire. Les tests furent même disponibles dans des aires sans eau potable où des petits fermiers demandaient des prêts pour y avoir accès. Les publicités pour ces techniques étaient partout visibles et s'appuyaient sur des slogans du type « Mieux vaut dépenser 10 euros aujourd'hui que 1 000 demain », en référence à la dot élevée des jeunes femmes, ou bien montraient les filles comme une menace pour la nation.

En 1983, le gouvernement proscrit également les échographies pour connaître le sexe dans les structures gouvernementales et établit un projet de loi afin de prohiber toutes les détections sexuelles sur le fœtus, sauf dans le cas d'une détection de maladie génétique. En parallèle, la surveillance de la grossesse était de plus en plus médicalisée et aujourd'hui, au cours de la grossesse, au minimum une échographie est proposée dans les structures publiques et privées. Bien souvent d'ailleurs, la détection d'une grossesse se fait à l'aide d'une échographie et non pas d'un test sanguin. Ainsi, la médicalisation est couplée avec le désir des parents de connaître le sexe du fœtus, ce qui motive leurs visites dans les établissements médicaux (hôpitaux, maternités, cliniques d'échographie). Dès le début, la médicalisation croissante et l'introduction de ces technologies ont été détournées au profit de la sélection sexuelle. On a donc eu un effet pervers de la médicalisation de la grossesse, qui a certes permis de diminuer les mortalités infantiles et maternelles, mais qui a dans le même temps favorisé le passage de pratiques d'infanticide minoritaires à des pratiques d'avortement sélectif en très grand nombre.

Comme ces procédés ont été principalement disponibles dans les États du Nord comme le Punjab et le Maharashtra, en 1985, plusieurs groupes de femmes, de médecins, d'activistes de la santé, des droits démocratiques et autres organisations de volontaires mirent en place à Bombay¹⁶ un forum contre la détermination et la présélection sexuelles à travers une campagne de masse et des revendications introduites auprès du gouvernement du Maharashtra et du Parlement [RCWS, 1994; Menon, 1995]. Dans ce contexte, une étude a été menée en 1986 à Bombay pour analyser l'étendue de la sélection sexuelle. Sur les 50 gynécologues choisis au hasard et interrogés, 42 faisaient des amniocentèses pour identifier le sexe, la majorité depuis plus de deux ans et moins de dix ans. De plus, 27 de ces médecins ne menaient ces tests que pour la détermination sexuelle et, sur les 42 praticiens, 37 pratiquaient un avortement après amniocentèse d'un fœtus femelle.

Le Maharashtra a été de fait le premier État à légiférer contre ces techniques et ces cliniques privées avec *The Use of Prenatal Diagnostic Techniques Act* du 10 mai 1988. Malgré cette loi, les cliniques ont tout de même continué

16 Capitale de l'État du Maharashtra.

à se répandre dans cet État. De plus, la diffusion des techniques sélectives a été la plus intense en Inde de 1985 à 1990, l'amniocentèse étant disponible à grande échelle depuis 1989 et les cliniques privées se multipliant. En 1992, le forum de Bombay s'est encore mobilisé pour faire réagir le gouvernement central qui ne concrétisait pas son projet de loi. Il faut préciser que si le gouvernement a pris son temps, c'est en partie du fait de la pression de la Banque mondiale qui réclamait à cette époque une forte stabilisation démographique en Inde, alors que l'avortement en Inde a toujours été perçu comme une méthode de planning familial.

La loi de 1994 contre l'avortement sexo-sélectif

En 1994 enfin, le gouvernement central a pris des mesures sur le modèle du Maharashtra et des quelques États qui l'avaient suivi, en votant *The Prenatal Diagnostic Techniques Regulation and Prevention of Misuse Act*. Malgré cette législation qui n'a pris effet qu'en 1996, la sélection sexuelle se poursuit toujours et le gouvernement ne montre pas de réelle volonté politique pour appliquer la législation. Pourtant, d'après la loi, tout centre de conseil génétique, laboratoire ou clinique menant des diagnostics prénataux et des avortements doit être, à partir de 1994, enregistré. De plus, les tests génétiques ne sont possibles que dans des conditions très strictes, les sanctions prévues étant conséquentes, comme par exemple la radiation de l'Ordre des médecins, jusqu'à cinq ans d'emprisonnement et des amendes. Mais le personnel de santé s'adapte et conduit les tests en secret et sans trace écrite, en indiquant par un signe ou un autre code le sexe du bébé. En outre, la loi est difficile à appliquer car il est délicat d'établir statistiquement le lien entre une détermination sexuelle et un avortement sélectif, la plupart du temps la cause de l'avortement étant enregistrée comme un simple échec de contraception.

Cependant, depuis les résultats du recensement de 2001, mettant en lumière une diminution accrue du sex-ratio infanto-juvénile, de nombreuses réactions ont émergé parmi les responsables de la mise en place des programmes gouvernementaux, les médias¹⁷, les activistes de la santé, les leaders religieux, le Center for Enquiry into Health and Allied Themes et les groupes de femmes. En effet, la Cour suprême indienne, à la demande d'ONG, a intimé en juin 2001 l'ordre aux gouvernements centraux et étatiques d'assurer strictement les régulations concernant les techniques de diagnostic prénatal selon la loi de 1994 et a exigé des rapports des États. En sept ans, la plupart d'entre eux n'ont pas appliqué la loi. Ainsi, au Punjab et en Haryana, où le sex-ratio infanto-juvénile est le plus bas, il n'existait en 2000 aucune clinique répertoriée même si les centres sont répandus dans toutes les petites villes, même si de nombreuses cliniques mobiles fleurissent aujourd'hui dans les villages, et même si les médecins ont fréquemment recours au diagnostic génétique préimplantatoire. Dans d'autres États, aucune autorité n'a encore été désignée pour faire appliquer la loi, comme à Delhi, où le

17 Même si les médias ont relativement peu couvert le « fœticide » féminin.

sex-ratio infanto-juvénile est passé de 915 en 1991 à 865 en 2001 alors qu'aucune clinique n'était enregistrée. Cependant dans le Sud, les résultats de l'application de cette législation semblent nettement meilleurs, et la discrimination est moins présente¹⁸. Ainsi, les gouvernements ont mis en place des campagnes contre la détermination sexuelle et des publicités pour encourager les cliniques à se faire enregistrer auprès de l'État [Sudha, Rajan, 1999].

Pour finir, au niveau national depuis 1997, le gouvernement central s'est inspiré des programmes étatiques réalisés en faveur des filles pour voter à son tour *The National Girl Child Protection Scheme*, qui attribue des aides aux familles pour la scolarité de leur fille, pour leur mariage, selon leurs revenus. En 2000, l'association médicale indienne a enfin pris part à la campagne et a demandé à toutes ses branches et à leurs membres de respecter la loi. Par ailleurs, la Voluntary Health Association et le Conseil médical ont demandé aux médecins d'arrêter les tests. C'est une évolution notoire puisque jusque-là les institutions médicales semblaient indifférentes au problème. De plus, à la suite du procès mené en 2001 contre le gouvernement central, des structures comme la Indian Radiologist Association sont maintenant obligées de signaler au gouvernement les membres qui pratiquent des échographies et de vérifier s'ils sont enregistrés. C'est ainsi la première fois que la communauté médicale doit renseigner le gouvernement sur ses pratiques. De plus en 2001, le Conseil médical a décidé d'envoyer une réponse au gouvernement central pour ajouter un amendement à son code de l'éthique, pour déclarer les diagnostics de détermination sexuelle et les avortements sélectifs selon le sexe des pratiques non éthiques, car auparavant ce code n'en parlait pas. Ainsi, suite à cet amendement, les médecins peuvent aujourd'hui être poursuivis. En février 2003, les techniques de présélection ont été ajoutées à la loi de 1994 et il est aujourd'hui interdit de choisir le sexe de son enfant ainsi que de faire de la publicité pour l'ensemble de ces techniques. Nous attendons les résultats de cette loi, car aujourd'hui la sélection sexuelle n'est plus seulement régulée mais interdite. Jusqu'à présent, la loi de 1994 apparaissait globalement comme un échec même si les cliniques sont aujourd'hui mieux contrôlées dans certains États. Malgré ces procédures, il semble qu'aucune mesure ne soit prise contre les contrevenants et qu'aucun médecin ne soit soumis à des sanctions [Gupta, 2000].

Ce rapide historique nous a tout de même permis de constater que des actions sont menées tant au niveau national qu'étatique, mais que les gouvernements ne s'attachent pas aux racines de la discrimination sexuelle. Ils proposent très peu de prévention et, dans le meilleur des cas, des mesures très peu dissuasives (lutte contre la dot et contre les pressions en faveur de la naissance d'un garçon) ou des programmes qui « monnayent » l'acceptation sociale d'une fille. L'État commence seulement à s'interroger sur les perspectives qui attendent les jeunes filles indiennes et sur les déséquilibres démographiques du pays.

18 Les cultures dravidiennes du Sud sont certes patriarcales et patrilinéaires, mais elles se sont révélées moins discriminatoires que celles du Nord: la femme se marie plus tardivement, est davantage scolarisée et plus active d'un point de vue socioéconomique.

Des prises de position diverses et contradictoires

De l'avortement à l'avortement sexo-sélectif

Les débats autour de la sélection sexuelle sont aujourd'hui nombreux [Goodkind, 1999] et la perception de ces phénomènes est loin d'être homogène et de correspondre à notre vision « éthique » occidentale. Mais il s'agit d'analyser comment sont perçus ces phénomènes par les différents acteurs impliqués. Hormis les associations pro-vie en Inde et les activistes hindous très présents dans quelques États, certains leaders religieux ont condamné la sélection sexuelle comme étant honteuse et inhumaine. Ainsi en 2001, la plus haute autorité des Sikhs, religion minoritaire, a déclaré qu'une personne impliquée dans un avortement sélectif serait rejetée de la communauté. Par ailleurs, la pratique de l'avortement est condamnée par l'hindouisme sauf si la vie de la mère est en danger, le fœtus étant un être vivant¹⁹. Pour l'hindouisme²⁰, avorter est donc une action condamnable, comme tout acte de violence qui entrave le cheminement de l'âme vers Dieu. Pourtant, la communauté hindoue semble silencieuse sur la question de l'avortement sélectif comme elle l'a été pour l'infanticide. Elle ne s'est jamais engagée dans une campagne contre l'avortement comme pour l'infanticide.

Le droit à l'avortement n'est d'ailleurs pas remis en question, car la loi de 1994 est spécifiquement opposée à l'avortement sélectif. Pourtant, la campagne contre celui-ci a amené des questionnements car le terme de « fœticide » ou élimination d'un fœtus tend à assimiler tout avortement à un meurtre. Mais comme les femmes n'ont jamais eu à se battre pour obtenir le droit à l'avortement, puisqu'il faisait partie de la planification familiale, le débat est quasiment absent malgré les groupes pro-vie religieux ou non [Menon, 1995]. L'engagement des mouvements féministes indiens sur cette question est loin d'être homogène et n'a pas abouti à un consensus qui aurait permis leur visibilité par rapport à l'avortement sexo-sélectif. Dans les faits, l'avortement est devenu une cause d'interrogation seulement depuis l'émergence de l'avortement sexo-sélectif en Inde. D'un côté, des groupes de femmes ont fait pression sur les gouvernements pour interdire l'usage des tests et, de l'autre, d'autres féministes se sont montrées réticentes. En effet, de nombreux groupes se méfient des lois gouvernementales et des raisons pour lesquelles elles sont édictées, de crainte que celles-ci puissent être utilisées par exemple pour contrôler la population. En outre, certaines femmes pensent qu'il est dangereux d'interdire les recherches scientifiques sur l'embryologie. Elles préféreraient qu'il existe, certes, une loi pour empêcher le mauvais usage technologique, mais également une autre qui permette d'en poursuivre la bonne utilisation. Par ailleurs, pour certaines féministes, il est malvenu de porter une vie non voulue. Mieux vaut avorter librement et dans de bonnes conditions que mettre au monde une fille qui sera « dévaluée ». Il semble donc que « la compréhension féministe des droits reproductifs et de la sexualité soit caractérisée par l'ambiguïté, l'ambivalence et la complexité » [Menon, 1995 : 380]. Ainsi seules quelques intellectuelles, féministes et

19 Dans l'hindouisme, le fœtus est une personne avec des connaissances au même titre qu'un nouveau-né.

20 L'hindouisme est la religion prédominante en Inde, on connaît la position de l'Église catholique à propos de l'avortement et celle des musulmans indiens chez qui ces pratiques sont très minoritaires.

médecins prennent position et tentent d'alerter l'opinion indienne sur les désordres à venir, mais il est difficile, dans ce contexte, de dégager une vision éthique globale.

Les défenseurs de l'avortement sexo-sélectif

L'avortement sélectif a ainsi ses défenseurs, y compris parmi les gynécologues femmes. Pour certains praticiens, c'est un droit parental de connaître le sexe du fœtus. D'ailleurs, au début de l'existence de ces techniques, des gynécologues obstétriciens haut placés ont pris position en leur faveur en déclarant par exemple: « Notre priorité est le contrôle de la population par tous les moyens, l'amniocentèse devrait être utilisée comme méthode de planning familial et disponible pour tout le monde à coût minime ou gratuite », selon le directeur du département d'obstétrique et de gynécologie d'un hôpital au Bihar en 1982. D'autres ont déclaré que « parmi certains groupes au moins, il est préférable pour les filles non voulues de ne pas naître au lieu d'être si mal traitées, le "fœticide" est préférable à l'infanticide ou aux mauvais traitements » [*Economical and Political Weekly*, 1983]. D'autres encore pensent que c'est un acte négatif mais inévitable dans le contexte social indien. Ce qui émerge aujourd'hui est que l'avortement sélectif est perçu comme moins « barbare » que l'infanticide et donc plus éthique, mais que le DPI qui se fait sans avortement est vraiment une pratique éthique puisque sans aucune conséquence.

Certaines communautés aisées sont ainsi des clientes enthousiastes des cliniques de détermination sexuelle par diagnostic préimplantatoire. Ainsi de nombreux médecins et citoyens, éduqués et aisés, prônent l'usage de ces techniques. Pour eux, il s'agit en effet d'une facilité à rendre accessible, au plus grand nombre, un service payant rendu aux femmes, auquel elles ont droit, et qui peut les affranchir de nombreuses grossesses destinées à produire un fils ou si elles ne veulent plus avoir de fille [Dickens, 2002]. Ces techniques pourraient ainsi contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles dues à des mariages jeunes et à des grossesses trop nombreuses. Certains médecins prennent ainsi en considération la situation personnelle des patientes, qui subissent souvent des pressions sociales et économiques, surtout quand elles ont déjà une ou deux filles. Mais la rentabilité de la sélection sexuelle passe avant toute éthique. Certains médecins disent qu'ils n'ont pas mauvaise conscience, ni peur du gouvernement, et que ces pratiques leur rapportent plus que les autres interventions [Azariah *et alii*, 1997].

Par ailleurs, ils considèrent que les mesures gouvernementales prises à l'encontre de ces technologies sont préjudiciables à la santé des femmes du fait de l'illégalité des techniques et des avortements en résultant. Car les femmes se dirigent alors vers des pratiques interdites, ce qui ne peut qu'augmenter les risques, d'autant plus que les cliniques privées emploient souvent des personnels peu qualifiés pour effectuer des opérations très techniques. Les tests conduits dans de mauvaises conditions peuvent alors entraîner des infections du tractus reproductif et le taux d'erreur de ces tests peut atteindre les 40 %. En outre, les femmes se tournent à nouveau vers les avorteuses traditionnelles. Les tests illégaux sont parfois menés très tardivement et les avortements peuvent avoir lieu à six mois, ce

qui représente un facteur de risque pour la femme enceinte, compte tenu de la précarité de certaines conditions sanitaires.

Les médecins indiens ne s'expriment jamais publiquement sur le fait que ces techniques, même légales, sont dangereuses pour la mère et le fœtus. Pourtant, ils savent qu'en multipliant les actes de façon banale, les risques sont démultipliés. Au contraire, ils présentent toujours l'amniocentèse comme une technique simple, efficace et sûre, alors qu'elle comporte, malgré tout, des risques pour le fœtus.

Par contre, le fait de rendre ces technologies illégales renforce le nexus médecins/police et gynécologues/cliniques. Ainsi ces tests, du fait de la corruption et des risques encourus, deviennent de plus en plus chers. Mais cela ne signifie pas, pour autant, que ce coût croissant en limitera l'usage et que la qualité de l'intervention soit mieux assurée.

Par ailleurs, si la fécondité continue à diminuer en Inde, il pourrait en être de même pour le sex-ratio infanto-juvénile car ces deux facteurs semblent être intimement liés, ce qui ne semble néanmoins pas vérifié au Kérala [Rajan *et alii*, 2000]. Ainsi, pour de nombreux médecins, les Indiens qui sont encouragés à réduire la taille de leur famille ont le droit à la « qualité » de leur descendance et ces techniques sont aussi présentées comme une possibilité donnée aux filles sélectionnées de vivre mieux et sans discrimination. Le fait que les programmes de planning familial insistent sur la norme d'une petite famille et que la société ait une préférence pour la naissance des garçons fonctionne comme autant de pressions sociales sur les conjoints pour adopter les méthodes de sélection sexuelle comme moyen d'arriver à la composition idéale de la famille. La politique de régulation des naissances date de 1965 et, entre 1967 et 1975, de nombreuses campagnes ont été lancées pour vanter les vertus de la famille réduite. Mais face au plafonnement de ce contrôle, on assista en 1976 et 1977 à un durcissement de cette politique avec des campagnes nationales de stérilisation de masse des deux sexes. Cette politique n'a pas été acceptée par la population et, depuis, l'Inde poursuit une politique plus modérée, mais qui met tout de même fortement l'accent sur la famille très réduite à un enfant (médias, transports, campagnes, « *one is best* », « *one family one child* », « *small is beautiful* »).

Si les lois n'ont pas permis de freiner les tendances, nous pouvons nous demander si la solution réside vraiment dans l'interdiction des tests et de l'avortement qui les suit. Rappelons que dans d'autres pays comme les États-Unis où le choix du sexe est couramment effectué, cela n'a pas conduit à un différentiel de genre caractéristique. Même s'il est évident que le statut de la femme n'y est pas comparable au statut de la femme indienne. Il faudrait d'abord comprendre pourquoi en Inde ce sont les femmes urbaines les plus éduquées, celles qui pourtant devraient être les plus informées des conséquences de ces actes et celles qui subissent *a priori* le moins de pression familiale, qui préfèrent le plus avoir un fils et qui recourent le plus souvent à cette biotechnologie. Certaines enquêtes ont même montré que les femmes étaient plus intéressées par ces techniques que les hommes. Pour certaines, cette technologie permet d'éviter de nombreuses grossesses qui risqueraient d'être un frein à leur carrière. De plus, elles pensent que si le planning familial est autorisé, il n'y a pas de raison pour que le planning sexuel ne le soit pas. Certes, dans la majorité des cas, le droit de choisir appartient à leur belle-famille et des pressions sociales pèsent sur elle pour l'événement le plus important de la vie d'une femme

indienne: avoir un fils. Ainsi globalement, les médecins pratiquant la sélection sexuelle la défendent comme un mieux-être à donner aux femmes et, quand ils s'expriment sur le devenir des filles, c'est pour expliquer que l'avenir de celles qui naissent est meilleur car elles sont désirées.

La sélection sexuelle et l'avortement sexo-sélectif : des pratiques éthiques ?

Pour réfléchir à cette question, il faut d'abord s'interroger sur le contexte dans lequel ces technologies ont été importées et utilisées de manière sélective. Ainsi, le transfert des nouvelles technologies de reproduction (NTR) en Inde semble avoir abouti à une discrimination accrue des filles alors que les organisations médicales sont longtemps restées insensibles aux déviations éthiques de ces pratiques. La discrimination envers les femmes serait ainsi couplée aux intérêts commerciaux de la technologie médicale [Patel, 1997 : 20]. Une autre conséquence est que « les NTR augmentent la médicalisation de la vie des femmes et renforcent le contrôle des experts, les choix se faisant dans une structure patriarcale. Les NTR pourraient être neutres si on ne regarde pas le contexte social dans lequel elles sont perpétrées » [Vimal, 1986 : 1492]. Dans ce contexte patriarcal, les féministes considèrent également que la manipulation du corps des femmes, par l'intermédiaire de ces techniques, alimente leur discrimination au sein de la société.

En outre, nous avons vu qu'en Inde les questions d'éthique sont peu abordées. Les directives internationales d'éthique médicale semblent ne concerner que les pays industrialisés occidentaux²¹. En effet, « issu du serment d'Hippocrate, de la morale judéo-chrétienne et de la Déclaration des droits de l'homme, le patrimoine moral condensait jusqu'à récemment les principes essentiels de l'éthique médicale mais, depuis vingt ans, les révolutions biologiques et le développement technologique menacent de bouleverser ces règles morales » [Brisset, 1991]. Ces principes éthiques ayant été élaborés en Occident, il est délicat de les appliquer à d'autres cultures. Or, existerait-il un universalisme éthique qui nous permettrait de juger les pratiques discriminantes décrites ? Pouvons-nous comparer l'utilisation des nouvelles technologies de reproduction en Occident et en Inde et leur attribuer les mêmes objectifs ? De plus, on ne considère que des religions monothéistes pour fonder ces principes universels et l'hindouisme ne rentre pas dans ce schéma. Les religions monothéistes ont d'ailleurs des positions très nuancées sur la sélection sexuelle des embryons²².

21 Par exemple, le Conseil de la convention européenne des droits humains et de biomédecine déclare dans l'article 14 que « les techniques de procréation médicalement assistée ne devraient pas être employées dans le but de choisir le sexe de son futur enfant, excepté dans le cas de graves maladies héréditaires liées au sexe » [Dickens, 2002].

22 Le sexage et le tri des spermatozoïdes sont très fermement refusés par le catholicisme, au même titre que les méthodes « naturelles » de choix du sexe. Le protestantisme est plus souple quant aux méthodes de reproduction mais émet des réserves sur le sexage et le tri. Par contre, ils sont admis dans le judaïsme, en cas de raisons sérieuses, comme la diversification sexuelle de la filiation alors que de nombreux refus existent pour les fécondations *in vitro*. Dans l'islam, de nombreux refus existent mais le sexage et le tri sont admis [Frydman, 1997].

C'est en Europe et particulièrement en France que de nombreuses interrogations ont émergé par rapport aux possibilités offertes par ces techniques en liaison avec l'embryologie. Ainsi en France, « le professeur Auroux indique que le choix du sexe des enfants à naître est une des révolutions biologiques majeures de la fin du XX^e siècle, avec tous les dérapages possibles si les indications essentiellement médicales sont concurrencées par d'autres intérêts et si des limites claires ne sont pas mises en place tant sur le plan éthique que législatif » [Milliez, 1999]. D'autres chercheurs sont plus optimistes : « Un autre fantasme agite les esprits : le DPI permettra le tri des embryons, et notamment le choix du sexe de l'enfant. Le sexe est-il une maladie ? Non. Alors, il n'y aura aucune raison, sauf pathologie génétique liée au sexe, de tenir compte de ce critère » [Frydman, 1997 : 167]. De la lecture de nombreux articles de bioéthique et traitant des technologies de reproduction, il ressort en effet que peu de chercheurs occidentaux connaissent les emplois faits de ces techniques dans les pays asiatiques et peu intègrent les discriminations envers les filles dans leurs analyses. Le système français est le plus structuré d'Europe. Au Royaume-Uni, jusqu'à récemment, aucune disposition légale n'existait, mais ce pays a été confronté directement aux deux aspects de la sélection sexuelle du fait de ses communautés indiennes. En Suède également, les immigrants asiatiques se rendaient dans les établissements médicaux pour avorter de fœtus de sexe féminin, ce qui a soulevé des problèmes éthiques. Récemment, en décembre 2002 au Royaume-Uni, trois cliniques de sélection sexuelle (Londres, Glasgow, Birmingham) ont été accusées d'encourager les couples indiens à avoir des fils à travers des publicités diffusées dans des journaux de langue indienne auprès principalement de la communauté punjabi²³. Deux ONG se sont mobilisées auprès de l'Autorité publique sur la fertilisation humaine et l'embryologie pour que la sélection sexuelle soit interdite au Royaume-Uni. Ces cliniques proposent la méthode d'Ericsson (2 300 euros) ainsi que les échographies (80 euros). La London Gender Clinic, qui propose ce genre de service depuis dix ans, a confirmé que les communautés punjabi ont toujours été très intéressées. Ces cliniques assurent que le taux de réussite varie entre 75 et 85 % ou d'autres affirment 94 % de réussite pour un garçon et 81 % pour une fille.

La réaction de médecins indiens et d'ONG a alors été d'empêcher que le problème soit considéré comme uniquement asiatique car, aux États-Unis, beaucoup de personnes défendent actuellement ces techniques pour arriver à un équilibre et à une variété dans leur descendance. Certains couples essaient aussi d'avoir des filles grâce à elles. « Ainsi, la sélection selon le sexe est clairement sexuelle mais pas forcément sexiste » [Dickens, 2002]. De plus, de nombreux « éthicistes » pensent que la sélection sexuelle est non seulement éthique mais peut être aussi le plus haut niveau de choix et de liberté pour l'être humain. Les médecins et les chercheurs pourraient donc penser qu'il s'agit d'un problème socioculturel asiatique et non pas d'un problème éthique. Ainsi, la sélection sexuelle ne serait pas condamnée comme étant non éthique, discriminatoire ou immorale, mais seulement comme mal utilisée par les Asiatiques alors que l'infanticide est fermement

23 Le Punjab est un des deux États indiens présentant les plus bas sex-ratios infanto-juvéniles.

condamné par l'Occident. D'aucuns s'interrogent car l'enjeu se déplace du contrôle des naissances vers celui de l'eugénisme. On passe d'une naissance voulue et d'un enfant désiré à une venue calculée et à un enfant conforme au désir des géniteurs. Ainsi, la médecine et la société interfèrent de plus en plus fréquemment dans les projets parentaux. La société n'a-t-elle pas à donner son avis sur une pratique qui, à long terme, peut la remettre en question du fait de déséquilibres démographiques, aux conséquences déjà considérables dans des pays comme la Chine? Même s'il semble difficile dans notre culture et donc dans notre éthique d'accorder *a priori* une valeur supérieure à l'un ou l'autre sexe et que « les couples veulent à part égale des filles et des garçons, si nous regardons l'ordre dans lequel ils voudront leurs enfants, si le "choix du roi" prévaut, c'est-à-dire le choix d'un garçon en premier, cela fera pencher la balance vers un surplus de mâles, le second enfant ayant moins de chances de venir au jour que le premier » [Quéré, 1991 : 203]. Notons que dans de nombreuses sociétés, les garçons sont souvent préférés.

*

De nombreux Indiens sont convaincus que le statut de la femme s'améliorera si le déséquilibre sexuel s'accroît, et que la dot par la même occasion diminuera. Mais cela semble déjà erroné, car dans les communautés où le sex-ratio est faible, les femmes subissent toujours des discriminations et ont un statut social extrêmement bas [George, Dahiya, 1998]. Ainsi, la prostitution est plus importante dans ces communautés ainsi que les viols et les violences domestiques. Quand le sex-ratio est très déséquilibré comme au Punjab, la femme peut même être partagée avec les frères ou les cousins de son mari, et parfois aussi enlevée (même si cela n'est pas quantifiable). En outre, l'intensification de la masculinité de la population diminue encore l'âge du mariage des femmes et leur veuvage devrait ainsi augmenter, ce qui n'améliorera nullement leur condition. Plus globalement, le déficit de femmes se caractérise par une plus grande mortalité des femmes, comme dans les États arabes, en Malaisie, au Sri Lanka et en Asie du Sud-Ouest et en Chine. Ainsi, les avortements sexo-sélectifs, à l'image des infanticides, ne sont pas simplement des actes privés mais aussi des actes publics qui reflètent les pressions du gouvernement, les choix reproductifs contraints des populations, le manque de volonté politique de faire cesser de tels agissements et de proposer une voie alternative. L'accélération du déclin de la fécondité et l'aggravation des différentiels de genre – avec une intensification de la masculinité dans la survie avant et après la naissance et l'augmentation de l'accès aux techniques médicales modernes – entraînent une transition démographique dans laquelle les fils sont toujours préférés au Nord de l'Inde alors qu'au Sud les filles sont maintenant indésirables. Car actuellement, nous pouvons affirmer que les discriminations sous toutes leurs formes à l'égard des filles se sont renforcées en Inde et ce nouveau siècle devrait être caractérisé par un manque singulier de filles dans de nombreuses régions indiennes, manque sur lequel ni le gouvernement, ni les ONG et les médecins indiens ne semblent réellement vouloir s'exprimer.

BIBLIOGRAPHIE

- AGNIHOTRI S. B. [2000], *Sex Ratios Patterns in the Indian Population*, Delhi, Sage, 379 p.
- AZARIAH J., AZARIAH H., MACER D. (eds) [1997], *Bioethics in India*, séminaire, Université de Madras, Inde.
- BHARATHIAR UNIVERSITY [1998], *Workshop on Reproductive Health*, 19 p.
- BRISSET F. [1991], *Le Défi bioéthique*, Paris, Autrement, série Mutations, 120, 198 p.
- DAS GUPTA M., CHEN L. C., KRISHNAN T. N. (eds) [1995], *Women's Health in India. Risk and Vulnerability*, Delhi, Oxford University Press, 320 p.
- DICKENS B. M. [2002], « Can Sex Selection be Ethically Tolerated? », *Journal of Medical Ethics*, 28: 335-336.
- FRYDMAN R. [1997], *Dieu, la Médecine et l'Embryon*, Paris, Odile Jacob, 288 p.
- GEORGE S., DAHIYA R. S. [1998], « Female Fœticide in Rural Haryana », *Economic and Political Weekly*, 33 (32): 2191-2198.
- GOODKIND D. [1999], « Should Prenatal Sex-Selection Be Restricted? Ethical Questions and their Implications for Research and Policy », *Population Studies*, 53 (1): 49-61.
- GOVERNMENT OF INDIA [2001], *Census of India 2001*, Series 1, Paper 1, Delhi.
- GUILLAUME A. [2001], *L'Avortement en milieu urbain ouest-africain. Présentation d'un projet de recherche*, atelier de l'unité de recherche Santé de la reproduction, fécondité et développement, Paris, IRD, 24-26 octobre 2001.
- GUILLOT M. [2002], « The Dynamics of the Population Sex Ratio in India, 1971-1996 », *Population Studies*, 56 (1): 56-63.
- GUPTA J. A. [2000], « New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy. Freedom or Dependency? », *Indo-Dutch Studies on Development Alternatives*, 25, Delhi, Sage, 706 p.
- HURTIG M. C., KAIL M., ROUCH H. (dir.) [2002], *Sexe et Genre. De la hiérarchie entre les sexes*, Paris, CNRS, 281 p.
- INTERNATIONAL INSTITUTE FOR POPULATION SCIENCES [1995], *National Family Health Survey, India 1992-1993*, International Institute for Population Sciences, Bombay, 402 p.
- LINGAM L. [1998], « Sex Detection Tests and Female Fœticide: Discrimination before Birth », in *Understanding Women's Health Issue: a Reader*, Delhi, Kali: 120-209.
- MENON N. [1995], « The Impossibility of Justice: Female Fœticide and Feminist Discourse on Abortion », *Contributions to Indian Sociology*, 29 (1-2): 369- 392.
- MILLER B. [1997], *The Endangered Sex: Neglect of Female Children in Rural North India*, Oxford, Oxford University Press, 223p.
- MILLIEZ J. [1999], *L'Euthanasie du fœtus. Médecine ou eugénisme?*, Paris, Odile Jacob, 218 p.
- MUTHULAKSIMY R. [1997], *Female Infanticide: its Causes and Solutions*, Delhi, Discovery, 132 p.
- NOIN D. [1996], *Atlas de la population mondiale*, Montpellier, Reclus, la Documentation française, 160 p.
- OAKS L. [2002], « Reproductive Frontiers: Ethnographic Explorations of the Meanings of Reproductive Technologies », *Reviews in Anthropology*, 31 (4): 323.
- PATEL V. [1997], « Technology in Service of Female Fœticide », *Humanscape*, 4 (7): 19-20.
- PHILLIP M., BAGCHI K. S. [1995], *The Endangered Half: India's Declining Female Sex Ratio, its History and Social Implications*, Delhi, Uplabdh Trust for Development Initiatives, 208 p.
- QUÉRÉ F. [1991], *L'Éthique et la Vie*, Paris, Odile Jacob, 332 p.
- RAJAN S. I., SUDHA S., MOHANACHANDRAN P. [2000], « Fertility Decline and Worsening Gender Bias in India: Is Kerala No Longer an Exception? », *Development and Change*, 31: 1085-1092.
- RESEARCH CENTER FOR WOMEN'S STUDIES [1994], *A Lesser Child: Girl Child in India*, Mumbai, RCWS: 11-15.
- RIVERS W. H. R. [1986], *The Todas*, Delhi, Rawat Pub., 416 p.
- SHARMA K., JOSEPH A. [1994], *Female Fœticide: the Abuse of Technology, in Whose News?: the Media and Women's Issues*, Delhi, Sage: 64-69.
- SHERWANI A. [1998], *The Girl Child in Crisis*, Delhi, Indian Social Institute, 133 p.
- SUDHA S., RAJAN I. S. [1999], « Female Demographic Disadvantage in India 1981-1991: Sex Selective Abortions and Female Infanticide », *Development and Change*, 30 (3): 585-618.
- VISARIA L. [1999], « Deficit of Women in India. Magnitude, Trends, Regional Variations and Determinants », in R. Bharathi, B. Aparna B. (eds), *From Independence Towards Freedom*, Delhi, Oxford University Press, 248 p.