

Introduction

Arlette Gautier¹

Il y a cinquante ans, en 1952, l'Inde a été le premier pays au monde à décider de diffuser la connaissance et la pratique de la contraception parmi ses citoyens. Elle introduisit ainsi une double rupture par rapport à la situation antérieure, puisque la régulation familiale de la fécondité devenait étatique et que son objectif était la baisse de la fécondité et non son accroissement. En effet, la fécondité a toujours été régulée, comme l'ont montré depuis longtemps historiens et anthropologues, mais elle l'était au niveau communautaire ou familial. Cette situation perdure d'ailleurs aujourd'hui, en Inde ou en Côte d'Ivoire². Le contrôle féminin relevait plus de circonstances exceptionnelles et restait souvent caché. De plus, les éventuelles interventions étatiques visaient plutôt l'augmentation de la fécondité et la lutte contre « l'obscénité », notamment avec les lois votées entre 1870 et 1930 dans les pays occidentaux (Ronsin, 1980 ; Field, 1983) lesquelles furent exportées dans les colonies, sans y être cependant réellement mises en œuvre (Gautier, 2003). La politique indienne de 1952 s'inscrit dans la continuité de la pensée malthusienne et son objectif est essentiellement macro-économique. Elle a été influencée par le modèle de Hicks et Coale (1958) qui considérait qu'il n'y aurait pas de développement économique en Inde si la croissance démographique ne diminuait pas. En prônant la « contrainte morale » par l'abstinence ou le retrait, elle se situe également dans la proximité des positions de Malthus, qui était très opposé au « vice » (la contraception et l'avortement). Toutefois, Gandhi intègre une perspective spiritualiste indienne, qui ne nie pas le corps mais veut le sublimer. L'échec des méthodes naturelles conduit à développer les moyens modernes de contraception et même l'avortement, comme le souhaitent les néomalthusiens³, dont les socialistes fabiens qui servent de modèles à Nehru⁴. En autorisant les stérilisations, les dirigeants indiens reprennent une méthode préconisée par certains États américains et nordiques et imposée à ceux que les eugénistes déclaraient inaptes à procréer (Trombley, 1988 ; Broberg et Roll-Hansen, 1996). La politique indienne ne revendique cependant pas cet objectif d'une fécondité différenciée, pas plus

¹ Je remercie tous les auteurs de ce livre qui ont commenté une première version de cette introduction ainsi que Patrice Vimard qui a suivi de près ce projet.

² Voir dans cet ouvrage les articles de Kulkarni et Guilmo et d'Anoh, Fassassi et Vimard.

³ Les néomalthusiens n'ont préservé que l'objectif économique de la théorie malthusienne.

⁴ Je remercie Christophe Guilmo pour ces informations.

qu'elle ne s'inspire des motivations individualistes des anarchistes et des féministes. Ceux-ci avaient revendiqué l'accès à des méthodes variées et sûres de contraception pour lutter contre les décès provoqués par les avortements et, plus généralement, pour une vie plus épanouie grâce au contrôle des naissances (Guerrand et Ronsin, 1990 ; Sanger, 1999). La politique indienne est donc une politique de population, visant essentiellement des objectifs macro-économiques, mais dont la réussite nécessite la mise en place d'une politique puis d'un programme de planification familiale. En effet, les parlements votent des politiques, souvent proposées par les gouvernements, qui ne deviennent réalité que lorsque les règlements nécessaires sont pris et que des institutions sont créées pour les mettre en œuvre. Or, ce développement institutionnel a été particulièrement difficile du fait de la persistance de débats sur la légitimité d'une telle politique de limitation des naissances. Pourtant, ces politiques ont été parfois les seules politiques sociales mises en place en direction des populations, même si leur impact a lui aussi été discuté.

Le développement des programmes de planification familiale

De la justification macro-économique à celle des droits de l'individu : des programmes souvent contestés

Les programmes de planification familiale qui suivent celui de l'Inde, au Pakistan en 1955 et à la Barbade en 1956, sont également établis dans les anciennes colonies anglaises alors que la colonisation française semble avoir laissé en héritage, non seulement la loi de 1920 interdisant la diffusion de la contraception et de l'avortement, mais aussi une idéologie nataliste (Sala-Diakanda, 2000). Selon le président du *Population Council* (Berelson, 1969), dans les années 1960 tous les pays de plus de vingt-cinq millions d'habitants ont élaboré des programmes de planification familiale, sauf le Brésil et le Mexique « trop catholiques » et la Birmanie trop isolée. En Asie, 80 % de la population vit alors dans des pays dont le gouvernement est favorable à ces programmes contre 15 à 20 % en Afrique. L'élaboration puis la mise en œuvre de ces programmes ont été aidées par des fondations privées, largement américaines, qui ont fourni, « clefs en main », des projets de politique de population aux gouvernements (Chasteland, 1997). Ces politiques sont parfois devenues une des conditions mises à l'obtention de prêts par les Institutions de Bretton Woods dans les années 1950-60 (Jones et Leetes, 2002), comme dans les années 1990. Alors que les premiers programmes sont souvent intégrés aux institutions sanitaires publiques, les experts jugent que les résultats sont trop longs à venir et ils encouragent la création de programmes verticaux de planification familiale pour ne pas attendre la mise en place de programmes sanitaires là où ils n'existent pas. Ils exportent ainsi une organisation des systèmes de santé qui a prouvé son efficacité dans la lutte contre certaines endémies. Ils préfèrent également des méthodes de plus longue durée de protection que les méthodes « naturelles » ou réversibles alors

proposées. Ils encouragent aussi le paiement d'actes contraceptifs (par exemple la pose d'un stérilet ou la stérilisation). Ils favorisent par ailleurs une vision administrative des programmes. Ceux-ci doivent établir des objectifs démographiques chiffrés : la réduction de l'indice de fécondité et donc l'augmentation de la prévalence contraceptive, toutes deux mesurées au niveau national, régional puis local. A ce niveau, un agent du programme (qu'il soit médecin ou simple employé) doit convaincre un nombre donné de femmes ou d'hommes d'utiliser un moyen de contraception. Pour le motiver, son emploi, son salaire ou des primes en dépendent, aussi a-t-il tendance à ne pas évoquer l'éventualité d'effets secondaires liés aux méthodes modernes de contraception, de peur d'avoir encore plus de mal à atteindre son quota de nouvelles utilisatrices (Phillips et Ross, 1992 ; Gautier et Quesnel, 1993).

A la fin des années 1960, la planification familiale est admise comme un véritable droit de la personne. Ainsi, pour la première fois, la déclaration de Téhéran, en 1968, reconnaît aux parents le droit de choisir le nombre et l'espacement des naissances et de recevoir l'information et l'éducation nécessaires. Il faudra attendre cependant l'année suivante pour que les moyens de contraception et les femmes soient mentionnés dans un texte international. A la Conférence de Bucarest, en 1974, alors que les pays en développement déclarent que « le développement est le meilleur contraceptif », les pays développés les enjoignent de prendre des mesures antinatalistes. Dix ans plus tard, les mêmes pays en développement ont souvent mis en œuvre des politiques antinatalistes, parfois coercitives, au nom de l'urgence démographique, et demandent une aide financière.

Les politiques antinatalistes sont alors dénoncées de points de vue bien différents. Certains, notamment en Amérique latine, y voient une ingérence internationale, voire une forme de génocide. Il est vrai que *l'United States Agency for International Development* finance les deux tiers de l'aide en matière de population en 1968 et la moitié en 1994 (Seltzer, 2002). En revanche, l'administration de Reagan s'oppose au financement de programmes évoquant l'avortement ou la stérilisation, en prétendant que l'ouverture des marchés induira le développement économique et donc la baisse de la fécondité sans aide extérieure. Cette position, déclarée lors de la Conférence de Mexico en 1984, est appelée « politique de la ville de Mexico » par ses artisans et « règle du bâillon planétaire » par ses détracteurs. Les féministes, quant à elles, reprochent aux politiques antinatalistes de bafouer les droits élémentaires des femmes à la libre disposition de leurs corps et à la santé, en obligeant à la stérilisation ou à des avortements forcés, ou en testant des produits non approuvés pour les pays développés. Elles voient dans le paiement d'actes contraceptifs et les objectifs chiffrés assignés aux personnels de santé une façon de transformer les patientes en simples cibles de programmes qui ne tiennent pas compte de leurs besoins. Elles dénoncent le financement exclusif de la planification familiale au détriment de l'ensemble de la santé des femmes.

En 1992, les associations féministes et le groupe de pression « population »⁵ reconnaissent leur intérêt commun dans le développement de programmes de planification familiale de qualité. En effet, des chercheurs montrent que le peu de qualité des services de planification familiale et le manque de respect pour les clientes les rendent peu attractifs et constituent une des causes de la stagnation de la prévalence contraceptive dans bien des pays (Bongaarts et Bruce, 1994). De nombreux néomalthusiens appuient donc la transformation des programmes, alors que la plupart des féministes ne sont pas opposées à la contraception moderne en soi ni à un compromis pragmatique⁶ (Corrêa et Reichmann, 1994 ; Sen, Germain *et al.*, 1994). Cette alliance, d'ailleurs contestée à l'intérieur des deux groupes, a permis un changement de paradigme à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, où l'individu, et non plus des considérations macro-économiques, a été mis au centre des politiques de planification familiale.

En effet, après de longs débats et de nombreux amendements, 179 pays ratifient alors un programme d'action qui donne pour but aux politiques démographiques la réalisation des droits reproductifs et de la santé reproductive.

« Les droits reproductifs peuvent être vus comme ces droits, possédés par toutes les personnes, leur permettant l'accès à tous les services de santé reproductive... Ils incluent aussi le droit à atteindre le niveau le plus haut possible de santé reproductive et sexuelle et le droit de prendre les décisions reproductives, en étant libre de toute discrimination, violence et coercition, comme il est exprimé dans les documents sur les droits humains » (United Nations, 1998).

Cette définition rejette le discours de contrôle de la population fondé sur le néomalthusianisme et réfute toute politique démographique qui transformerait les êtres humains en cibles d'objectifs chiffrés (Sadik et Fonds des Nations unies pour la population, 1997 ; Gautier, 2000). Lors de la Conférence de Pékin en 1995, cette définition a permis de reconnaître les actes de certaines politiques démographiques coercitives, tels que la stérilisation et l'avortement forcés, l'utilisation forcée de la contraception et la sélection prénatale du sexe, comme des violences envers les femmes. L'accent sur la liberté de choix individuel a permis, parfois dès la préparation de la Conférence du Caire, d'abolir les lois qui exigeaient l'accord du conjoint pour l'accès à la contraception (United Nations et Africa, 1995).

Le programme d'action du Caire, qui concerne l'ensemble des actions en matière de population et développement, préconise en particulier de dépasser le seul objectif de baisse de la fécondité par la planification familiale au profit d'une politique de santé reproductive. Cette dernière inclut la santé materno-infantile ainsi que la lutte contre les

⁵ Cette nébuleuse est constituée de diverses associations, dont la plus célèbre est sans doute l'*International Planned Parenthood Federation*, mais qui intègre également le *Population Council* et la Fondation Ford ainsi que des organismes publics, comme le Fonds des Nations unies pour les Activités en matière de Population.

⁶ C'est le cas cependant de Finrrage, basé au Bangladesh, aussi opposé à la contraception moderne qu'au réformisme (Akhter, 1992).

infections gynécologiques ou sexuellement transmissibles dont le VIH, l'infertilité, les cancers de l'utérus ou du sein. Elle doit permettre de mieux prendre en compte l'ensemble des morbidités reproductives sur tout le cycle de vie, ce qui implique l'intégration des programmes de planification familiale aux services de soins de santé primaires. Le public des programmes doit également changer puisque les adolescents, les hommes et les femmes ménopausées doivent pouvoir utiliser ces services. De plus, l'insistance du programme d'action sur la qualité des programmes met au premier plan les questions de la sécurité des produits et des procédures et surtout du respect envers les patients. L'avortement, pourtant pratiqué par des millions de femmes refusant une grossesse non désirée, parfois au péril de leur vie, n'est pas admis comme moyen de régulation des naissances. Il est cependant précisé qu'il doit être possible d'y avoir recours dans les conditions déterminées par la loi.

La mise en œuvre d'une politique de santé de la reproduction aussi ample ne va pas de soi alors que l'aide internationale n'a cessé de décroître avant même 1994 et que les engagements pris au Caire ne sont pas respectés. Ainsi, les pays donateurs n'ont engagé que le tiers des fonds prévus alors que les pays en développement, pourtant soumis à de graves crises économiques, financières et sanitaires, ont versé les deux tiers des sommes promises (Ashford, 2001). De plus, l'administration Bush instaure de nouveau, dès le lendemain de son entrée en fonction, la « politique de la ville de Mexico » qui interdit à des organisations américaines de financer, même sur leurs fonds propres, des associations étrangères qui approuveraient, évoqueraient ou participeraient à des interruptions volontaires de grossesse. Elle conduit à bloquer, en juillet 2002, une subvention de 34 millions de dollars votée par le Congrès au Fonds des Nations unies pour la Population (FNUAP), qui gère des programmes de soutien à la planification familiale et à la santé reproductive dans plus de 140 pays. Le FNUAP est accusé de financer la politique chinoise de planification familiale alors qu'il cherche au contraire à montrer la fiabilité et l'efficacité d'un programme fondé sur le volontariat. L'administration Bush déclare de plus vouloir éliminer toute référence à des services de santé reproductive et aux droits reproductifs, qu'elle assimile (à tort) à l'avortement, remettant ainsi en question le programme d'action du Caire. De nombreux parlementaires des pays du Sud ont alors réitéré leur soutien à ce programme. En 2002, l'Union européenne accorde 32 millions de dollars au FNUAP pour compenser la défection américaine (Enda, 2002)⁷.

Durant les débats, une croissance régulière du soutien à la contraception et aux politiques antinatalistes est assurée

Depuis 1976, la division de la population de l'ONU compile les positions des différents pays face à la contraception en s'appuyant sur les publications et documents gouvernementaux ou internationaux ainsi que sur des enquêtes renouvelées (United Nations,

⁷ On peut suivre le développement de ces propositions sur : www.planetwire.org.

1989)⁸. Bien qu'on doute parfois de leur validité, ces positions officielles concordent avec les changements de politique de planification familiale observés dans les cinq pays présentés plus loin (Chine, Côte d'Ivoire, Inde, Mexique, Tunisie). En Côte d'Ivoire, cependant, la transformation est mentionnée plus tôt dans les plans de développement. Dès 1976, soixante-quatre pays en développement, soit la majorité de ceux-ci, soutiennent directement l'accès à la contraception en la distribuant à travers les services publics de santé. En 1986, cette proportion atteint les trois quarts des pays⁹ ; elle augmente peu les dix années suivantes et plafonne par la suite. Le pourcentage des pays qui subventionnent l'activité d'associations de planification familiale (le soutien indirect) plafonne autour de 10 % des pays. Par contre, en 1976, le quart des pays n'apporte aucun soutien à la contraception, acceptant tout au plus la vente des produits ; parmi eux 6 % limitent l'accès à la contraception, en ne l'autorisant que pour des motifs thérapeutiques ou même en l'interdisant complètement.

En 2001, l'accès à la contraception est devenu la règle : plus aucun pays du Sud ne limite l'accès à la contraception mais dix n'apportent aucun soutien¹⁰ et d'autres n'apportent qu'un soutien indirect¹¹ (graphique 1).

En 1976, comme le montre le graphique 2, le soutien direct est plus répandu en Océanie puis en Amérique latine et en Asie, l'Afrique venant loin derrière avec seulement la moitié des pays, situés au Maghreb pour la plupart. La libéralisation est inégale selon les continents. L'Afrique connaît une phase de libéralisation très forte entre 1976 et 1986, plus légère par la suite, alors que l'Amérique latine vit une libéralisation régulière jusqu'à ce que 31 pays sur 33 soutiennent directement l'accès à la contraception. L'Asie

⁸ 94 pays n'ont pas connu de changement depuis leur première déclaration (qui peut être ultérieure à 1986) alors que six n'ont jamais soutenu cet accès (depuis 1976 : Guinée équatoriale, Libye, Oman, Union des Émirats Arabes ; Brunei Darussalam depuis 1986 et Turkménistan depuis 1996) et trois ont toujours apporté un soutien indirect (Liban depuis 1976, Niue et Palau depuis 2001). En revanche, neuf pays ont complété leur libéralisation (Niger, Rwanda, Sao Tome et Principe, Sénégal, Togo, Qatar, Myanmar, Surinam et Uruguay) alors que huit (Belize, Argentine, Somalie, Gabon, Tchad, Koweït, Arabie Saoudite, Laos) n'ont connu qu'une libéralisation incomplète, n'apportant toujours qu'un soutien indirect ou pas de soutien. Seule la Sierra Leone est passée d'un soutien direct à un soutien indirect. Enfin onze pays ont subi une évolution non linéaire (Bolivie, Colombie, Nicaragua, Paraguay, Cameroun, République centrafricaine, République Démocratique du Congo, Libéria, l'Iran, l'Iraq, Jordanie), alternant phases de libéralisme et de limitation, sans que l'on sache toujours s'il s'agit bien de changements réels, bien que ce soit le cas dans certains d'entre eux.

⁹ L'augmentation est moins forte si l'on tient compte de la population de chaque pays puisque 83 % de la population mondiale vivaient dans des pays soutenant directement l'accès à la contraception en 1974 et 91 % en 1989 (United Nations, 1989).

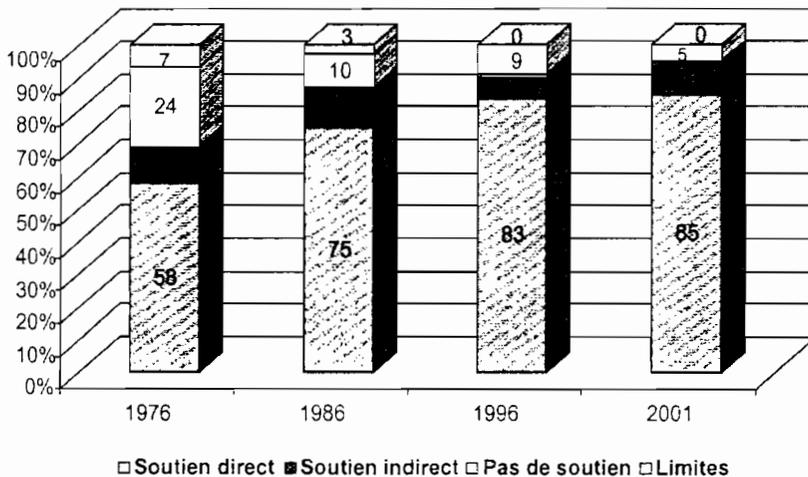
¹⁰ N'apportent pas de soutien à l'accès à la contraception : Gabon, Guinée équatoriale, Laos, Turkménistan, Brunei Darussalam, Libye, l'Iraq, Émirats Arabes Unis, Oman et Qatar.

¹¹ Apportent un soutien indirect : 5 pays africains (Cameroun, République centrafricaine, Sierra Leone, Somalie, Tchad), deux pays latino-américain (Belize et Argentine), un pays d'Asie centrale ex-communiste (Kazakhstan) et trois pays du Moyen-Orient (Arabie Saoudite, Koweït et Liban) ainsi que deux îles océaniques : Niue et Palau.

progresses peu et l'Océanie régresse. Aussi l'ordre des continents s'inverse-t-il puisque l'Amérique latine domine, suivie par l'Afrique puis par l'Océanie et l'Asie¹².

Toutefois, l'augmentation du soutien direct à la contraception ne signifie pas forcément une croissance réelle du contrôle individuel de la fécondité lorsque la contraception est imposée. Il n'y a pas de données globales sur cette éventuelle contrainte, car même le *Guide mondial des droits de la personne* (Humana, 1992) assimile le soutien affiché à la contraception à la liberté reproductive, malgré la reconnaissance par la Conférence de Pékin du caractère coercitif de certaines politiques démographiques. Tout au plus connaît-on les pays qui déclarent mener une politique antinataliste, ce qui permet de vérifier que la libéralisation accrue de l'accès à la contraception est souvent concomitante d'une prise de conscience antinataliste, surtout manifeste entre 1976 et 1986. Ainsi, le nombre de pays menant des politiques antinatalistes a presque doublé dans le Sud, passant de 33 % en 1976 à 57 % en 2001.

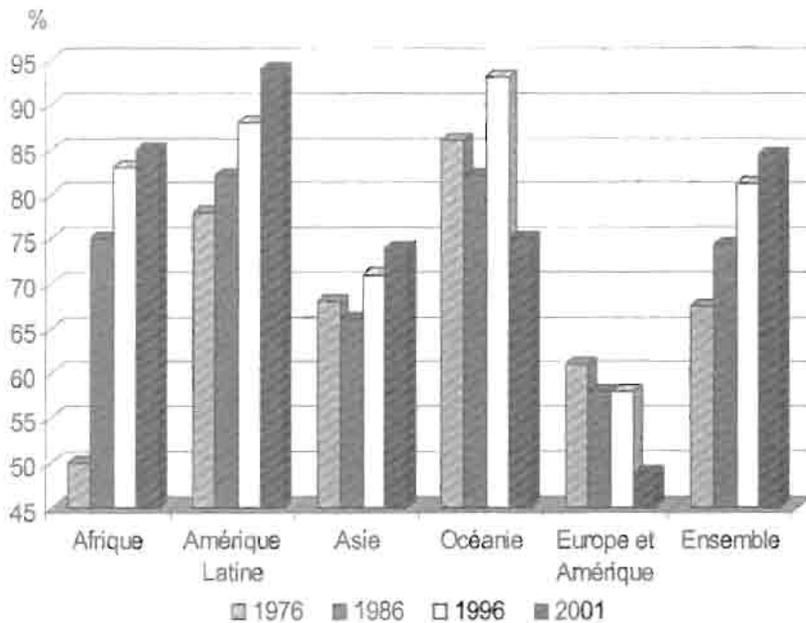
Graphique 1 – Evolution (en %) de la position des pays en développement par rapport à la contraception entre 1976 et 2001



Source : United Nations, Division de la Population et des Affaires Sociales, 2001, *National population policies data base*. Ce tableau est calculé à partir des données par niveau de développement.

¹² Il est intéressant de remarquer que les pays occidentaux, qui font pression pour la libéralisation de la contraception dans les pays du Sud, ne sont plus en 2001 que la moitié à soutenir directement l'accès à la contraception sur leur territoire national. Certes, l'accès à la contraception ne pose de problème qu'aux populations marginalisées, notamment dans les cités, mais cela rendrait encore plus légitime une politique de soutien. Les moyens de contraception sont, généralement mais pas toujours, remboursés par la Sécurité Sociale. En France, par exemple, un million de pilules, les plus récentes, ne sont pas prises en charge.

Graphique 2 – Distribution (en %) des pays soutenant directement l'accès à la contraception par continent entre 1976 et 2001

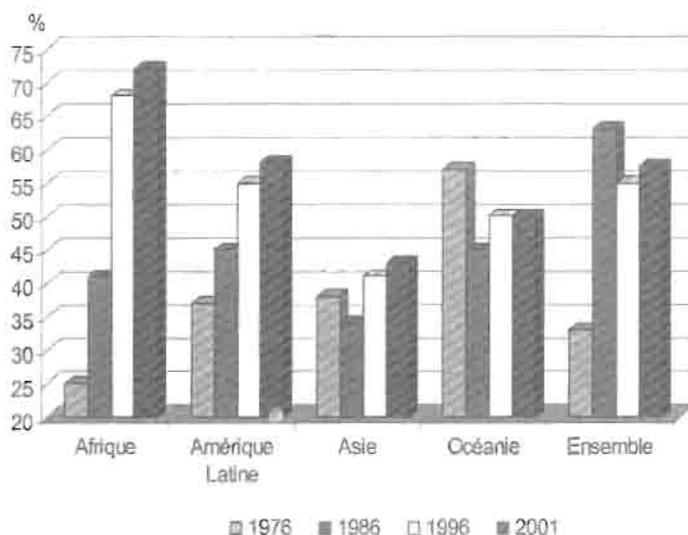


Source : United Nations, Division de la Population et des Affaires Sociales, 2001, National population policies data base. Ce tableau est calculé à partir des données par région.

Le nombre de pays menant des politiques antinatalistes (graphique 3) triple en Afrique, alors qu'il augmente régulièrement en Amérique latine, à peine en Asie et qu'il régresse en Océanie. Aujourd'hui, les trois quarts des pays africains déclarent mener des politiques antinatalistes, devançant de loin les pays latino-américains et surtout les pays asiatiques. Il est vrai que ces deux continents ont vécu une baisse rapide de la fécondité qui a atteint le seuil de remplacement. Certains programmes de planification familiale ont été fermés et la relève a été prise par le secteur privé. Huit pays les ont remplacés par des politiques natalistes, souvent sélectives selon l'éthnie (Malaisie) ou l'éducation (Singapour) (Jones et Leete, 2002).

La proportion de pays menant une politique antinataliste parmi ceux qui soutiennent directement l'accès à la contraception permet de préciser le rôle de l'objectif démographique dans cette libéralisation (graphique 4). Il concerne la moitié des pays soutenant la contraception en 1976 et 1986 et plus des deux tiers en 1996 et 2001. L'augmentation, présente dans tous les continents, est nettement plus forte en Afrique. L'objectif antinataliste n'a donc pas perdu de sa prééminence malgré le programme d'action du Caire, dont certains craignaient qu'il ne fasse abandonner l'argument néomalthusien.

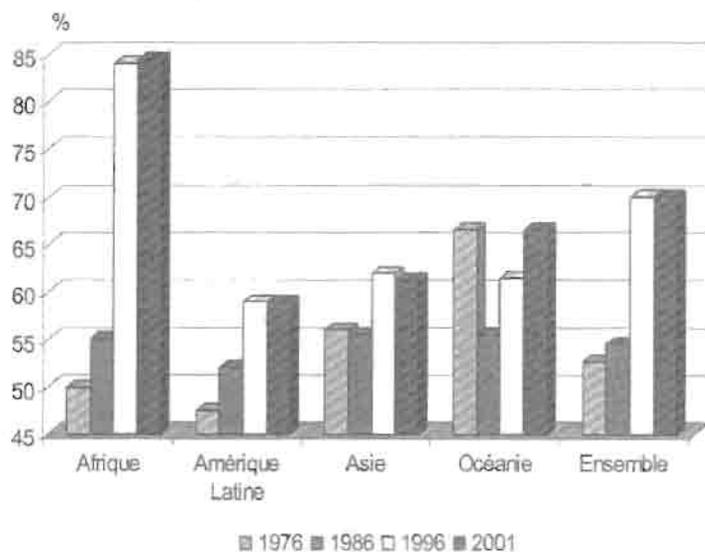
Graphique 3 – Distribution (en %) des pays qui déclarent mener des politiques antinatalistes par continent entre 1976 et 2001



Source : United Nations, Division de la Population et des Affaires Sociales, 2001, *National population policies data base*.

Ce tableau est calculé à partir des données par région.

Graphique 4 – Proportion (en %) des pays qui déclarent mener des politiques antinatalistes parmi ceux qui soutiennent l'accès direct à la contraception par continent entre 1976 et 2001



Source : United Nations, Division de la Population et des Affaires Sociales, 2001, *National population policies data base*. Ce tableau est calculé à partir des données par région.

Pourtant, une quarantaine de pays a inscrit les principes du Caire, soit dans leur constitution, comme l'Afrique du Sud et le Pérou, soit dans des lois ou des programmes (FNUAP, 1997). Vingt-quatre parmi les cinquante-six pays en développement qui ont répondu à une longue enquête des Nations unies, déclarent avoir adopté ou changé leur politique de population entre 1994 et 1999 pour tenir compte des engagements pris au Caire. Quarante de ces pays affirment avoir intégré une perspective de genre (United Nations, 2001). Les trois quarts des pays ont mis en place des mécanismes de suivi du Programme d'Action du Caire. Parmi les pays africains et les pays asiatiques et latino-américains, 94 % et 80 % respectivement, déclarent avoir pris des mesures pour améliorer la connaissance, la sécurité et la facilité d'accès de la planification familiale ainsi que pour prévenir et traiter les conséquences sanitaires de l'avortement. Parmi l'ensemble des pays 85 % soutiennent l'accès à la contraception (73 % en Asie) et les trois quarts aident les plus pauvres à payer la contraception. Tous considèrent que le niveau de la mortalité maternelle est inacceptable et ont pris des mesures pour améliorer le suivi prénatal, l'accouchement et lutter contre les maladies gynécologiques. Seulement 80 % déclarent que le HIV est un problème majeur ; toutefois, si tous permettent la détection sanguine et la diffusion des préservatifs, seulement 40 % ont des programmes d'échange de seringues et 70 % une protection légale pour les personnes séropositives.

L'observation démographique ne confirme guère ce soutien à l'optique du Caire. Certes, l'utilisation de la planification familiale a partout rapidement augmenté : d'un à deux pour cent par an (United Nations, 2001). Cela n'empêche pas que, dans 58 pays en développement, seuls deux tiers des naissances ont été souhaitées, 19 % sont arrivées au mauvais moment et 12 % n'étaient pas souhaitées du tout (Ross, Stover *et al.*, 2000). En effet, de nombreuses femmes manquent encore de connaissance sur la contraception ou d'accès à celle-ci. L'information reste fortement déficiente, avec des taux plafonnant autour de 70 % pays pour la méthode la plus connue dans de nombreux pays africains. Un choix informé implique pourtant de connaître au moins sept méthodes contraceptives¹³, pourcentage qui n'est atteint, selon les Enquêtes Démographiques et de Santé de Macro-International, que par les deux tiers des femmes enquêtées (les trois quarts en Amérique latine ou en Asie, moins de la moitié en Afrique). Le choix des méthodes utilisées est lui-même limité, puisque la ligature des trompes et le stérilet représentent plus de 70 % des méthodes utilisées par les femmes couramment en union. Surtout, l'accouchement par du personnel qualifié stagne à 44 % depuis dix ans en Afrique et n'a augmenté dans l'ensemble des pays en développement que de 45 % à 52 %. Aussi, la santé de la reproduction n'a guère connu d'amélioration depuis dix ans, si l'on en croit un indicateur grossier mais néanmoins incontournable : le taux de mortalité maternelle. Celui-ci ne s'est amélioré que dans cinq pays, parmi ceux pour lesquels on peut évaluer les tendances : l'Argentine, le Chili, la Chine, le Costa Rica et l'Ouzbékistan (United Nations et Council, 2001). Enfin, l'autorisation du conjoint pour l'accès à la

¹³ La pilule, le stérilet, le diaphragme, le préservatif, la ligature, la vasectomie, les injections.

stérilisation ou à l'avortement est encore présente, en 2000, dans les lois de vingt deux pays¹⁴ dont le Brésil (CRLP, 2001 ; Engenderhealth, 2002).

Aussi faut-il s'interroger sur les styles de fonctionnement des politiques, comme cela a été fait récemment dans plusieurs livres¹⁵ et comme nous allons le faire pour cinq pays.

Cinq expériences nationales

Les recherches présentées dans cet ouvrage portent sur les deux principaux pays asiatiques (l'Inde étudiée par Kulkarni et Guilamoto, la Chine par Attané), un pays latino-américain (le Mexique présenté par Brugeilles) ainsi que sur la Tunisie, un des pays pionniers en la matière (analysé par Gastineau et Sandron), et la Côte d'Ivoire, un pays dont le programme de planification familiale est encore émergent (Anoh, Fassassi et Vimard). Elles permettent de préciser la nature des politiques et des programmes de planification familiale, et notamment la mise en œuvre des accords du Caire ou les obstacles que celle-ci a rencontrés, ainsi que les conséquences des politiques.

La nature des politiques et programmes de planification familiale

Les politiques et programmes de planification familiale étudiés débutent à des époques diverses. L'Inde et la Chine entament des programmes dans les années 1950, la Tunisie en 1964, le Mexique en 1974. La Côte d'Ivoire abroge en 1981 la loi de 1920 interdisant la contraception et vote en 1997 une politique de population antinataliste, changement qui s'est réalisé sous la contrainte des Institutions de Bretton Woods et des pays bailleurs, selon Anoh, Fassassi et Vimard.

Quatre des pays mettent en avant une logique néomalthusienne : la Tunisie, l'Inde, la Chine et le Mexique, mais avec des tonalités et des styles très différents. Ainsi, le

¹⁴ Le Malawi, le Nicaragua et la Syrie n'acceptent l'avortement que si la vie de la femme est en danger, tout en exigeant l'accord du conjoint, ce qui donne à celui-ci un pouvoir de vie et de mort sur son épouse CPRL (2001). Les lois sur l'avortement dans le monde en 2000. New York, CPRL.

¹⁵ Vimard P. et Zanou B., 2001. Les politiques démographiques en Afrique subsaharienne. Paris, L'Harmattan. Charbit Y. et Scornet C., 2002. Société et politique de population au Viet-Nam. Paris, L'Harmattan. Hillcoat-Nallétamby S., 2002. La pratique contraceptive à l'île Maurice : politique nationale, pratiques individuelles. Paris, L'Harmattan. Sandron F. et Gastineau B., 2002. La baisse de la fécondité en Tunisie. Paris, L'Harmattan. Sandron F. et Gastineau B., 2002. Fécondité et pauvreté en Kroumirie (Tunisie). Paris, L'Harmattan. Ladié-Fouladi M., 2003. Population, société et politique en Iran. De la monarchie à la République islamique. Paris, INED.

président Bourguiba justifie la politique de population par une volonté de modernisation sociale. Il faut que la procréation soit rationalisée et rendue compatible avec le développement économique. Cette modernisation implique une mobilisation profonde des Tunisiens et même la création d'un « citoyen nouveau », encouragée par les nombreux discours du président lui-même. Le parti du Congrès indien, lui, prend des positions malthusiennes avant même d'arriver au pouvoir, même s'il privilégie alors les méthodes non médicales. D'ailleurs, l'Etat de Madras (aujourd'hui Tamil Nadu) met en œuvre dès le deuxième plan (1956-1960) des primes à la stérilisation. Le Mexique choisit au contraire d'insérer sa politique de population, qui vise le progrès économique et social et l'amélioration de la situation des femmes, dans un cadre sanitaire puisque les institutions publiques de santé en sont nommées les exécutrices principales, même si de nombreuses actions d'information et d'éducation sont mises en œuvre par ailleurs. La Côte d'Ivoire, longtemps hostile à la planification familiale pour des raisons micro-économiques, sociales et culturelles mais aussi parce que le gouvernement considère la population trop peu nombreuse par rapport au territoire, finit par soutenir la contraception comme droit sanitaire puis comme droit de l'être humain.

L'approche historique privilégiée par les auteurs leur permet d'étudier les évolutions sur une longue période : du pronatalisme à l'antinatalisme pour le Mexique et la Côte d'Ivoire, sur toute la durée des programmes pour l'Inde et la Tunisie. Isabelle Attané, elle, étudie la politique de population à partir de 1979, soit vingt ans après les premières ébauches de politiques (Blayo, 1997). Ces politiques divergent par la suite fortement. A partir de 1964 la Tunisie élabore progressivement un programme de planification familiale dont l'orientation sanitaire devient plus nette à partir de 1984. L'Inde développe, à partir de 1966, un programme de planification familiale fondé sur des services séparés du système de santé et visant à recruter massivement des hommes et des femmes par des incitations. Puis, l'échec de ces programmes et une sévère disette conduisent à favoriser la stérilisation masculine et à intensifier cette politique pendant l'état d'urgence (1973-1974). Cependant, on ne peut mener des politiques trop ouvertement coercitives dans un pays démocratique : le verdict des urnes conduit les gouvernements suivants à se tourner davantage vers les stérilisations féminines et à mener des programmes plus modérés. Depuis 1993 l'Inde a réorienté son programme, abandonnant même en 1996 la méthode des cibles, au niveau local, pour privilégier la qualité des services. Cependant, l'Etat fédéral maintient les objectifs chiffrés de fécondité au niveau national. La Chine qui a d'abord agi sur la nuptialité et l'espacement des naissances dans les années 1970, est devenu un des pays les plus coercitifs au monde en édictant la norme de l'enfant unique et un système complexe de gratification et de répression. Le Mexique met en œuvre un programme fortement médicalisé mais dont le but essentiel est la réduction de la fécondité (Cosio, 1994). Il a pris récemment le tournant du Caire. La Côte d'Ivoire vient de mettre en œuvre les premiers services de planification familiale, surtout en zone urbaine. Les services publics restent cependant peu impliqués, bien que l'on présente essentiellement la contraception comme un moyen d'améliorer la santé de la femme et de l'enfant, et de remplacer l'espacement traditionnel entre les naissances.

Pour résumer, on peut dire que les trois pays (Chine, Inde, Tunisie) qui ont mis en place des politiques dès les années 1950, ont commencé dans le cadre de programmes

sanitaires et plutôt avec des méthodes naturelles, mais qu'en 1960 les programmes s'intensifient, le stérilet et la ligature étant dès lors proposés. Puis, les programmes sont consacrés à la seule planification des naissances en Inde puis en Chine alors que le Mexique choisit le cadre de la médecine familiale. Les pays qui mettent en œuvre par la suite des programmes de planification familiale le font dans un cadre médicalisé, mais la régulation de la fécondité y était déjà possible dans un cadre privé ou par le biais d'ONG, qui continuent à jouer un rôle fondamental dans la fourniture de contraceptifs, du fait des déficiences du système de santé publique. Bien que les objectifs démographiques, sanitaires et de droits de l'homme soient présents depuis l'origine des programmes, ils ont cependant des forces différentes selon les époques. Ainsi le premier motif est plus fort dans les années 1960 et 1970, le deuxième pendant les années 1980 et le troisième depuis les années 1990 (Seltzer, 2002).

Si tous les auteurs soulignent les différences entre les zones rurales et urbaines dans l'accessibilité aux services et dans la pratique contraceptive, les études sur l'Inde et la Chine ont une approche plus régionale, du fait notamment de la grandeur des pays considérés et de leur nature fédérale. Ainsi, Attané montre la diversité des règlements de planification familiale¹⁶ et des résistances selon les zones géographiques en Chine. Les provinces côtières développées ainsi que trois municipalités (Beijing, Shangai et Tianjin) respectent le mieux les mesures de limitation de naissances au contraire des provinces du Nord-Ouest. En Côte d'Ivoire, les 230 centres de planification familiale se répartissent inégalement entre les régions. La région des lagunes (où se trouve Abidjan) est la plus favorisée alors que six régions ne disposent d'aucun centre de planification familiale. Par ailleurs, la comparaison des données du pays à celles d'Aboisso, dans le Sud-Est, où a été mis en œuvre un programme pilote de planification familiale, montre que plus de femmes y pratiquent la contraception et que le rythme de progression de l'utilisation des méthodes y est plus fort.

En Chine et en Tunisie, l'avortement fait partie du programme de planification familiale, même s'il n'est pas affiché dans ce dernier pays (Gastineau, 2002). En Inde, l'avortement est possible pour des motifs socio-économiques, mais il est parfois difficile d'obtenir le consentement des deux médecins requis dans le secteur public. On y recourt de façon quasi routinière pour éliminer les fœtus de sexe féminin dans les cliniques privées, qui proposent les techniques les plus modernes pour détecter le sexe du fœtus. En revanche, l'avortement est interdit sauf pour sauver la vie de la mère et en cas de viol ou d'inceste dans les trois autres pays¹⁷ ; cependant il est souvent pratiqué et il provoque de nombreux décès. Cette différence de législation rappelle que l'avortement n'est pas partout

¹⁶ Selon qu'ils autorisent ou pas la naissance d'un deuxième enfant.

¹⁷ Au Mexique l'avortement relève de l'Etat fédéral et les conditions diffèrent donc d'un état à l'autre, bien que seul un Etat, le Yucatan, l'accepte pour des motifs socio-économiques (Lerner, S. and Salas, G. 1996. Abortion legislation in Mexico in the face of a changing sociodemographic and political context. Socio-cultural and political aspects of abortion in a changing world, Trivandrum, India. Une clinique, la première du genre au Mexique, qui réalisera les avortements permis par la loi, a ouvert ses portes en 2003 au Yucatan (Navarro C., 2001). "The first legal clinic for abortion in Mexico." WGNRR Newsletter (72).

contraire à la culture ou à la religion (Lacroix, 1999). Par ailleurs, il est souvent difficile d'avorter même dans les cas prévus par la loi, en Inde et au Mexique.

L'étude du financement des programmes de planification familiale permet de comprendre les priorités réelles et les possibilités de réussite, mais il est souvent difficile de préciser les fonds spécifiquement affectés à la planification familiale. Il est clair cependant qu'ils ne peuvent être élevés lorsque les budgets de santé sont particulièrement faibles, comme c'est le cas en Inde et dans une moindre mesure en Côte d'Ivoire. En Inde, les dépenses en faveur de la planification familiale ont représenté 1 % des dépenses du Plan depuis le milieu des années 1960 mais jamais plus de 0,2 % du PNB, le maximum ayant été atteint en 1985-90. En Chine, la réforme des années 1980 a réduit le nombre de centres médicaux et introduit le paiement par les patients. Au Mexique, la planification familiale reçoit 2,5 % des budgets de santé, la santé materno-infantile 1 % et la prévention ou le traitement du Sida 0,03 %. Même si l'USAID¹⁸ continue de prétendre que la planification familiale coûte peu et rapporte beaucoup : seize dollars économisés pour la santé et l'éducation pour chaque dollar dépensé pour la planification familiale, le programme le moins financé est aussi celui qui est le moins efficace. Toutefois, ces chiffres renvoient également au rôle différent de chaque État. Comme l'écrivent Kulkarni et Guilmoto, l'Etat indien intervient peu dans l'organisation sociale ; il assure seulement une fonction de protection, elle-même faible d'ailleurs dans certains cas. La reproduction reste contrôlée au niveau communautaire et la coercition est alors le seul moyen d'agir sur la société. Au contraire, les États mexicain et tunisien interviennent plus fortement, mais cependant moins que le parti communiste chinois.

Tous les programmes ont évoqué (dès leurs débuts en Chine, en Tunisie et au Mexique) l'amélioration de la condition des femmes parmi leurs objectifs. Des réformes du code civil, souvent importantes, ont été votées. Ainsi, la stratégie tunisienne implique une modernisation du statut des femmes, grâce notamment au recul de l'âge au mariage, à l'abolition de la polygamie et à l'éducation¹⁹. Partout, des lois ont été votées contre la violence conjugale mais elles ne sont pas intégrées au programme de santé reproductive en Côte d'Ivoire et en Tunisie. Cependant, l'égalité, même seulement au niveau légal, est encore loin d'être atteinte, sauf dans le district fédéral des États-Unis mexicains. La Constitution chinoise prévoit l'égalité entre les sexes mais le code du mariage de 1950 ne contient pas de mesures précises sur les relations personnelles. La loi de 1980 tente de construire un cadre juridique parallèlement au développement de l'Etat de droit, mais il reste encore insuffisant (Xuejun, 2002).

Les cinq pays mettent-ils en œuvre le programme d'action du Caire, qu'ils ont tous ratifié, avec des réserves pour la Tunisie ? Ils incluent tous le terme de santé reproductive

¹⁸ www.usaid.org/ consulté le 19.12.2002. Le financement du programme de planification familiale par l'USAID en Tunisie aurait permis à ce pays d'épargner depuis ses débuts 2 milliards de dollars US en investissements éducatifs et sanitaires.

¹⁹ En Tunisie, le devoir d'obéissance de l'épouse envers son mari a été aboli en 1994, au profit d'une égalité entre conjoints qui reconnaît néanmoins la « nécessité » d'un chef de famille et donc l'obéissance au mari en tant que pourvoyeur de revenu (Rapport de la Tunisie à la CEDAW : www.un.org/womenwatch/daw/cedaw27/tun3-4.pdf).

dans des lois ou des titres de programmes, mais le changement est moins net en Chine. Les objectifs quantitatifs sont abolis au niveau local mais ils sont présents dans tous les programmes. Même au Mexique, le sentiment général est que le programme reste trop orienté vers la diminution de la fécondité et donc vers des méthodes de longue durée (stérilet ou stérilisation) choisies par les médecins. Aussi le changement de paradigme -des objectifs macrosociaux à l'individu- est-il loin d'être accompli. Quant à l'intégration des services de planification familiale et de santé reproductive, elle était déjà réalisée au Mexique et en Tunisie. Dans ce dernier pays, dès 1987, l'Office national se préoccupe de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et des cancers du col de l'utérus, ainsi que des modes d'implication des hommes dans les programmes. Ces derniers sont désormais pris en compte au Mexique et en Tunisie, mais seul le premiers pays accepte d'intégrer les adolescents non mariés. Quant à la participation de la société civile dans l'élaboration des politiques et dans le comité de suivi des centres de santé, elle n'est réalisée qu'au Brésil, qui est d'ailleurs un promoteur de cette approche. Au Mexique, les ONG se plaignent de ne pas être pas assez prises en compte, bien que certaines aient été intégrées au processus d'élaboration du nouveau programme.

Quels sont les obstacles rencontrés dans la mise en œuvre du programme d'action du Caire ? En Inde, les agents des services de planification familiale, imprégnés d'une idéologie malthusienne et souvent éloignés des masses, tant par la classe que par la caste, ont du mal à changer de perspective, aussi leur formation pose-t-elle de redoutables problèmes logistiques. Les dirigeants ne semblent pas plus convaincus. En Côte d'Ivoire l'instabilité administrative et les contraintes budgétaires rendent difficile le suivi des programmes.

Les conséquences des programmes de planification familiale

Les démographes s'intéressent surtout à l'impact des programmes sur la baisse de la fécondité. Un grand débat a ainsi opposé ceux qui pensaient que « le développement est la meilleure pilule »²⁰, à ceux qui pensaient que devant « l'explosion » démographique en cours, il fallait accélérer le mouvement grâce à la diffusion des méthodes modernes de contraception.

Les opposants à ces programmes mettaient en avant l'échec de certains d'entre eux, notamment en Inde, où les fortes baisses de fécondité sans programme, comme au Brésil²¹, pour dire qu'ils ne servaient pas à grand chose (Jain, 1998 ; Hamelin, 2000). Il faut souligner que la mesure de cette efficacité est extrêmement complexe (Bailieux,

²⁰ Qui prenait en exemple l'Europe occidentale pour montrer que la baisse de la mortalité, induite par la modernisation socio-économique et les progrès médicaux, contribuait, avec un certain délai, à une baisse de la fécondité.

²¹ La baisse de la fécondité au Brésil a dépendu de la vitesse de développement économique : Potter J., Schmertmann C.P. et al., 2002. "Fertility and development : evidence from Brazil".

2000). Aujourd'hui, il semble clair que les programmes peuvent accélérer une transition démographique déjà entamée : ainsi Bongaarts, Mauldin et Phillips ont calculé en 1990 que les programmes expliquent 40 % de la baisse de la fécondité dans les pays en développement. Cependant, le développement socio-économique continue d'être un facteur fondamental de baisse de la fécondité, que ce soit au Brésil, en Inde ou même en Chine. Les indices synthétiques de fécondité en 2002 des différents pays²², qui étaient tous supérieurs à six enfants par femme au début des programmes, montrent la rapidité des changements. On peut en conclure que le plus efficace a été le programme coercitif chinois, qui n'a pu cependant fonctionner que dans le cadre d'une remise en cause radicale des cadres anciens de production et de reproduction avec la mise en place du communisme (Greenhalgh, 1992). Les contraintes socio-économiques entre les régions se sont davantage exprimées après 1980 avec le passage à une économie socialiste de marché. La politique globale et progressive de la Tunisie rencontre finalement de beaux succès en matière de baisse de la fécondité. Le programme médicalisé du Mexique a également été plus efficace que le programme vertical et parfois coercitif de l'Inde.

Toutefois, la baisse spectaculaire de la fécondité mexicaine a été hétérogène : les inégalités socio-économiques et régionales, voire ethniques, restent très marquées. C'est donc le programme indien, le plus conforme aux exigences des bailleurs de fonds des années 1960 (verticalité, promotion de méthodes de longue durée), mais aussi le plus faiblement financé, qui a été le moins efficace. Cependant, l'indice indien est la moyenne d'indices très disparates selon les régions puisque certaines sont déjà en dessous du seuil de remplacement des générations alors que d'autres sont encore à un niveau élevé. Kulkarni et Guilamoto montrent d'ailleurs que la baisse de la fécondité peut s'expliquer par des déterminants différents selon les États. Au Kerala, les politiques sociales et éducatives jouent un rôle essentiel alors qu'au Karnataka c'est la monétarisation des échanges. Au Tamil Nadu, l'explication est plus complexe : l'urbanisation élevée, bien que la majorité de la population soit toujours rurale, un bon niveau éducatif ainsi que le développement des infrastructures et des *mass media* ont certainement permis une pratique élevée de la contraception malgré la pauvreté de la population.

La santé reproductive s'est-elle améliorée avec les progrès de la planification familiale ? Le programme chinois n'est pas orienté dans ce but, mais il se préoccupe de la santé materno-infantile. Le Mexique et la Tunisie ont mis en place un programme de santé reproductive qui dépasse le suivi materno-infantile, en généralisant les examens gynécologiques et les tests pour les cancers de l'appareil reproductif. La Chine a le niveau de mortalité maternelle le plus faible (62 pour 100 000 naissances vivantes), suivie par le Mexique, la Tunisie, l'Inde (570 pour cent mille naissances vivantes) et la Côte d'Ivoire (597 pour cent mille naissances vivantes selon l'EDS de 1994). Dans ces deux derniers pays, seule la moitié des accouchements est assistée par du personnel qualifié. Partout, le niveau de la mortalité maternelle ne peut être qu'estimé, du fait de statistiques défectueuses et de l'illégalité de l'avortement (sauf en Tunisie). Aussi les

²² 1,8 pour la Chine, 2,1 en Tunisie, 2,15 au Brésil, 2,5 au Mexique, 3 en Inde, et 4,6 en Côte d'Ivoire (UNPA, 2002, État de la population mondiale. Population, pauvreté et potentialités, New York : 73-75. www.unfpa.org).

chiffres peuvent-ils parfois varier du simple au double selon les estimations et les méthodes d'estimation, comme en Côte d'Ivoire²³. Le manque de données concernant la santé de la reproduction dans son ensemble est flagrant. Les statistiques concernant les violences sexuelles sont particulièrement défectueuses, bien que des enquêtes dans vingt-neuf pays en développement aient indiqué que 10 à 58 % des femmes ont subi des violences au cours d'une relation (Ellsberg, Heise et Gottemeller, 1999). La Côte d'Ivoire est le seul pays étudié où l'excision est pratiquée (sur 43 % des femmes en 1994), le personnel médical n'étant intervenu que dans 1 % de ces excisions.

La question de l'*autonomie féminine* dans la régulation de la fécondité, posée par les premières féministes, a été reconnue pour la première fois dans un texte international à la Conférence internationale du Caire en 1994. En Inde, la moitié des femmes a pu décider seule de l'utilisation d'un moyen de régulation de la fécondité ; ce sont généralement les infirmières auxiliaires qui choisissent la méthode utilisée. En Côte d'Ivoire, dans les textes, l'autorisation du conjoint n'est pas exigée pour obtenir un moyen contraceptif mais, dans les faits, le personnel de santé l'exige suite à de nombreuses plaintes des conjoints qui considèrent qu'ils doivent être les seuls à décider du fait de leur rôle de responsable économique. Les responsables du programme national de planification familiale recommandent donc désormais d'obtenir l'accord des conjoints.

La question de la contrainte exercée par les programmes est posée par Brugeilles et Attané. Le programme chinois de planification familiale a utilisé la coercition, dont des avortements tardifs et des insertions forcées de stérilets. Le simple fait de légiférer sur le nombre d'enfants qu'il est possible d'avoir constitue d'ailleurs une infraction aux droits reproductifs des individus. L'obligation de l'enfant unique a eu des conséquences perverses : violences envers les femmes parce que la naissance d'une fille leur est imputée, feticides et infanticides féminins (Bianco et Hua, 1989 ; Shalev, 2001). Cinq millions de fillettes auraient disparu de 1970 à 1990. Cependant, le programme de planification familiale a eu également des effets positifs, bien que non recherchés explicitement, sur le statut des femmes : augmentation de l'âge moyen au mariage et libération des pressions familiales en faveur d'une descendance nombreuse. Les droits des femmes sont moins bafoués au Mexique mais les médecins peuvent avoir des pratiques contestables, comme de poser des stérilets sans en demander l'autorisation aux patientes ou de pratiquer la ligature des trompes juste après l'accouchement, soit le pire moment du point de vue médical. Loin de faire l'éducation des mères, ils choisissent à leur place, en abusant parfois d'arguments pseudo-médicaux. De plus, les hommes ne sont pas invités à participer à la régulation des naissances, alors même que la vasectomie est moins invasive que la stérilisation féminine. Enfin, un environnement médicalisé n'implique pas forcément un bon suivi médical puisque la moitié des femmes stérilisées n'a pas eu droit à un examen complet avant l'opération. L'impératif démographique semble donc parfois prendre le pas sur les vœux d'Hippocrate. Il serait néanmoins faux

²³ Le taux de mortalité maternelle de la Côte d'Ivoire est presque le double selon le FNUAP, l'OMS et l'UNICEF, qui utilisent des projections, de celui qui est relevé par l'enquête démographique et de santé, fondé sur la méthode des sœurs.

de penser que des abus n'ont lieu que dans le cadre de programmes de planification familiale.

L'étude des programmes de planification familiale révèle donc la profondeur ou l'absence de l'implication de l'Etat dans le bien-être de ses citoyens ainsi que son niveau réel d'engagement en faveur de l'amélioration de la situation des femmes mais aussi son type de fonctionnement.

Conclusion

On peut comparer les réalisations des politiques et programmes de planification familiale aux objectifs de ceux qui en furent les premiers promoteurs. Ceux qui firent parfois de la prison pour avoir diffusé des informations sur la contraception seraient sans doute satisfaits de voir qu'aujourd'hui plus aucun pays ne limite l'accès à la contraception et que presque tous la soutiennent directement. Cependant, les objectifs poursuivis par les politiques de planification familiale restent variés. L'eugénisme n'est un motif explicite dans aucun des programmes étudiés. Cependant, la Chine a voté en 1995 une loi sur les soins de santé des mères et des enfants qui prévoit la stérilisation ou l'utilisation d'une méthode de contraception de longue durée pour les personnes qui risquent d'avoir des enfants ayant certaines maladies héréditaires²⁴ (Shalev, 2001). Le point de vue néomalthusien est devenu largement dominant malgré le programme d'action du Caire : ainsi les deux tiers des pays affichent cette motivation lors des enquêtes de l'ONU ainsi que tous les pays étudiés ici. Les conséquences sur la fécondité sont manifestes ; l'absence de succès s'explique ainsi souvent par le fait qu'il n'y a pas eu réellement de mise en place d'un programme d'accès à la contraception, comme en Côte d'Ivoire. Ce point de vue a eu parfois des conséquences pour le moins ambivalentes pour les droits reproductifs des individus.

Les milliers d'individus, des femmes principalement²⁵, qui luttèrent pour l'ouverture de cliniques où l'on offrirait des moyens de contraception peu coûteux, sûrs, efficaces et variés pour tenir compte de la diversité des besoins des femmes, trouveraient sans doute que les progrès ont été trop lents. Le choix des méthodes utilisées reste limité : ainsi l'Inde ne repose que sur la ligature, le Brésil et la Chine sur deux méthodes et le Mexique et la Tunisie sur trois. Les pionnières de la planification familiale seraient affligées par le fait qu'au début du troisième millénaire, tant de femmes aient encore des grossesses non désirées et que de nombreuses femmes meurent d'avortements pratiqués dans de

²⁴ Parmi lesquelles sont incluses les maladies mentales, ce qui n'est guère fondé.

²⁵ Dont l'américaine Margaret Sanger, l'anglaise Mary Stopes, l'égyptienne Aziza Hussein (Levy, 1988), la française Nelly Roussel sont les plus connues.

mauvaises conditions²⁶. De plus, elles seraient sans doute effrayées par le fait que la planification familiale ait pu être utilisée contre les désirs des femmes et des hommes pour obtenir coûte que coûte une baisse de la fécondité et qu'elle soit paradoxalement une cause de morbidité et de mortalité (Zuraik, Younis *et al.*, 1994).

Enfin, la question de l'autonomie féminine, posée par les anarchistes et les « femmes rebelles » du début du XX^e siècle, effacée pour une longue période au profit de la seule prise en compte de la famille, a de nouveau été revendiquée depuis les années 1970 et a finalement été validée par le Programme d'action du Caire. Si les changements législatifs sont notables, puisque l'autorisation du conjoint pour l'accès à la contraception a été le plus souvent abolie au niveau légal, elle est encore exigée par des responsables ou des prestataires de services. Partout, la comparaison des données concernant les hommes et les femmes serait indispensable pour évaluer le pouvoir de décision en matière reproductive des uns et des autres.

Pour certains, les programmes de planification familiale, aujourd'hui en pleine expansion, perdront sans doute leur utilité après la fin de la transition démographique : ils n'auront donc vécu que cent ans. Le soutien à la contraception sera alors généralisé et la réponse de l'offre à la demande passera par le système privé. Les données présentées dans ce livre montrent que cette utopie est encore loin d'être réalisée, d'autant que la plupart des femmes obtiennent leurs moyens de contraception par des programmes subventionnés (Ross, Stover *et al.*, 2000). Les programmes de planification familiale sont même parfois la seule forme de programme sanitaire, voire de politique sociale, offerts à certaines populations. De plus, ils jouent un rôle, qui ne doit pas être surestimé mais que l'on ne peut oublier, dans les transformations démographiques, familiales et individuelles en cours. Aussi faut-il espérer que les recherches menées aideront à la réalisation de programmes qui correspondent réellement aux souhaits des femmes et des hommes de ce début de millénaire.

²⁶ Près de 600 000 femmes meurent chaque année en couches, dont 100 000 à cause de grossesses qu'elles n'ont pas souhaitées. Ces morts auraient été évitables avec des services de planification familiale de bonne qualité.

Annexe 1 – Données démographiques et sanitaires des pays étudiés, en 2002

	Chine	Côte d'Ivoire	Inde	Mexique	Tunisie
Population, millions	1294,4	16,7	1041,1	101,8	9,7
PNB/habitant \$	3 070	1 500	2 340	8 790	6 070
PNUD IDH ²	0,726	0,428	0,577	0,796	0,722
Dépenses gouvernementales Santé, % du PIB	49	1,2	0,8	2,6	2,2
Aide internationale population (milliers de dollars)	11 466	4 667	57 427	23 336	1 272
ISF	1,8	4,6	3,1	2,7	2,5
Prévalence contraceptive	84	15	48	67	60
Prévalence des méthodes modernes	83	7	43	58	51
MIJ : garçon	38	144	79	37	32
Fille	45	131	92	31	29
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 NV	60	1 200 ¹ 810 ²	440	65	70
Suivi prénatal	79 ²		62	71	58 ¹ /71 ²
Accouchement avec personnel qualifié	85 ²	45	35	70	90

IDH : Index de développement humain.

MIJ : Mortalité infanto-juvénile.

Sources : ¹UNFPA, 2002. État de la population mondiale. Population, pauvreté et potentialités,

UNFPA : 70-76 (www.unfpa.org consulté le 20.1.2003). C'est la source utilisée sauf indication

contraire. ²PNUD, 2002. Rapport sur le développement humain, New York (www.undp.org consulté le 20.1.2003).

Annexe 2 – Les choix en matière de reproduction d'après les enquêtes démographiques et de santé (et Attané pour la Chine)

	Chine	Côte d'Ivoire	Inde	Mexique	Tunisie
Enquêtes	1992	1998-1999	1998-1999	1995	1988
Nombre de méthodes connues		4,9	4,8	(1987 : 6,5)	7
Sources de la planification familiale : Gouvernement	100	26	79	(1987 : 62)	77
Prévalence contraceptive	83,2	7,3	42,8	67	60
Ligature	53	0,1	34	27,7	14
Pilule	3	2,2	2,1	8,4	14
Stérilet	40	0,4	1,6	14,7	21,5
Besoin non satisfait		27,2	15,8	24	19,7
Pour limiter		20,1	9,8	13	9,1
Pour arrêter		7,1	6	11	10,6

Sources : Chine : Attané ; Mexique 1995 Ross et Stover 2000 : 8 et A 3.

Autres pays : www.measureDHS.com/Stat-builder.

BIBLIOGRAPHIE

- Akhter Farida, 1992 - *Depopulating Bangladesh : essays on the politics of fertility*. Dhaka, Narigrantha Prabantana. www. hsph.harvard.edu/organizations/healthnet/Sasia/depop
- Ashford L.S., 2001 - "New population policies : advancing women's health and rights". Population Bulletin, 56 (1).
- Bailleur R., 2000 - *A propos de la mesure de l'efficacité des programmes de planification familiale à Taiwan. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Pilon M. et Guillaume A. Paris, IRD éditions : 265-278. Berelson B., 1969 - *Family-planning programs, an international survey*. N.Y., Basic books.
- Bianco L. et Hua C., 1989 - "La population chinoise face à la règle de l'enfant unique". Actes de la recherche en sciences sociales.
- Blayo Y., 1997 - *Des politiques démographiques en Chine*. Paris, Presses universitaires de France ; Institut national d'études démographiques.
- Bongaarts J. and Bruce J., 1994 - *The causes of unmet need for contraception and the social content of services*. Research Division working papers. New York, NY, The Population Council : 56.
- Broberg G. and Roll-Hansen N., 1996 - *Eugenics and the welfare state : sterilization policy in Denmark, Sweden, Norway, and Finland*. East Lansing, Mich., Michigan State University Press.
- Charbit Y. et Scornet C., 2002 - *Société et politique de population au Viet-Nam*. Paris, L'Harmattan.
- Chasteland J.C., 1997 - *De la fin de la seconde guerre mondiale à la Conférence du Caire : la communauté internationale face au problème de la croissance de la population mondiale. La population du monde : enjeux et problèmes*. Travaux et documents. Cahier n° 139. Chesnais J.C. Paris, PUF/INED : 585-617.
- Corrêa S. and Reichmann R.L., 1994. *Population and reproductive rights : feminist perspectives from the South*. London ; Atlantic Highlands, N.J.
- New Delhi, Zed Books ; Kali for Women in association with DAWN.
- Cosio M.E.Z., d 1994 - *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. Paris, L'Harmattan : Editions de l'Institut des hautes études de l'Amérique latine.
- CRLP, 2001 - *Les lois sur l'avortement dans le monde en 2000*. New York, CRLP. Enda J., 2002 - "Bush administration backs away from reproductive health pact". New York Times.
- Engenderhealth, 2002 - *Contraceptive sterilization : global issues and trends*. New York, Engenderhealth.
- Field M.J., 1983 - *The comparative politics of birth control. Determinants of policy variation and change in the developed nations*. New York, Praeger.
- Gastineau B., 2002 - *Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne. Santé de la reproduction en Afrique*. N'Guessan K. Abidjan, ENSEA, FNUAP, IRD : 243-265.
- Gautier A., 2000 - "Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?" *Autrepart* (167-180) : 167-180.
- Gautier A., 2003 - *Femmes et colonialisme. Le livre noir du colonialisme*. Ferro, M. Paris, Robert Laffont : 569-607.
- Gautier A. et Quesnel A., 1993 - *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*. Paris, Éditions de l'ORSTOM.

- Greenhalgh S., 1992 - "The changing value of children in the transition from socialism : the view from three Chinese villages". Population Council Research Division Working Papers (43).
- Guerrand R.H. et Ronsin F., 1990 - *Le sexe apprivoisé : Jeanne Humbert et la lutte pour le contrôle des naissances*. Paris, Éditions La Découverte.
- Hamelin Ph., 2000 - *Brésil, une transition atypique ? Ou la non nécessité d'une politique de population. Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Pilon M. et Guillaume A. Paris, Éditions IRD : 35-47.
- Hillocoat-Nallétamby S., 2002 - *La pratique contraceptive à l'île Maurice : politique nationale, pratiques individuelles*. Paris, L'Harmattan.
- Humana C., 1992 - *World human rights guide*. New York, Oxford University Press.
- Jain, A.K., 1998 - *Do population policies matter ? : fertility and politics in Egypt, India, Kenya, and Mexico*. New York, Population Council.
- Jones G. and Leete R., 2002 - "Asia's family planning programs as low fertility is attained". *Studies in Family Planning*, 33 (1) : 114-126.
- Lacroix X., 1999 - *Contraception et religions. Contraception : contrainte ou liberté ?* Beaulieu E., Héritier F. et Léridon, H. Paris, Éditions Odile Jacob : 163-182.
- Ladié-Fouladi M., 2003 - *Population, société et politique en Iran. De la monarchie à la République islamique*. Paris, INED.
- Lerner S. and Salas G., 1996 - *Abortion legislation in Mexico in the face of a changing sociodemographic and political context. Socio-cultural and political aspects of abortion in a changing world*, Trivandrum, India.
- Navarro C., 2001 - "The first legal clinic for abortion in Mexico". *WGNRR Newsletter* (72).
- Phillips J.F. and Ross J.A., 1992 - *Family planning programmes and fertility*. Oxford, Clarendon Press.
- Potter J., Schmetzmann C.P. et al., 2002 - "Fertility and development : evidence from Brazil." *Demography*, 39 (4) : 739-761.
- Ronsin F., 1980 - *La grève des ventres : propagande néo-malthusienne et baisse de la natalité française (XIX^e-XX^e siècles)*. Paris, Aubier-Montaigne.
- Ross J.A., Stover J. et al., 2000 - *Profiles for family planning and reproductive health programs, 116 countries*. Glastonbury, (CT), Futures Group International.
- Sadik N. and Fonds des Nations unies pour la population, 1997 - *The State of world population, 1997 : the right to choose : reproductive rights and reproductive health*. New York, UNFPA.
- Sala-Diakanda D., 2000 - *La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité. Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Vimard P. et Zanou B. Paris, L'Harmattan : 13-45.
- Sandron F. et Gastineau B., 2002 - *Fécondité et pauvreté en Kroumirie (Tunisie)*. Paris, L'Harmattan.
- Sandron F. et Gastineau B., 2002 - *La baisse de la fécondité en Tunisie*. Paris, L'Harmattan.
- Sanger M., 1999 - *Margaret Sanger : an autobiography*. New York, Cooper Square Press.
- Seltzer J.R., 2002 - *The origins and evolution of family planning programs indeveloping countries*. Santa Monica (CA), Rand.
- Sen G., Germain A. et al., 1994 - *Population policies reconsidered : health, empowerment, and rights*. Boston, Mass., Harvard University Press.
- Shalev C., 2001 - "China to CEDAW". *Human Rights Quarterly*, 23 (1) : 119-147. Trombley, S., 1988 - *The right to reproduce : a history of coercive sterilization*. London, Weidenfeld and Nicolson.

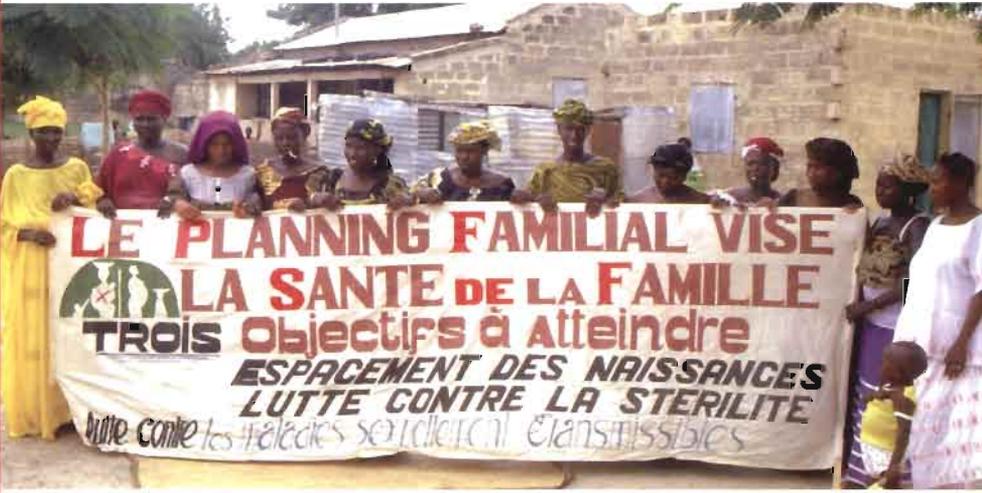
- United Nations and E.C.f. Africa, 1995 - Experts and NGOs workshop on the implementation of the Dakar/NGOR declaration and the ICPD programme of action. Abidjan.
- United Nations and E. a. S. Council, 2001 - Concise report on world population monitoring, 2002 : reproductive rights and reproductive health with special reference to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrom (HIV/AIDS). New York, United Nations.
- Vimard P. et Zanou B., 2001 - *Les politiques démographiques en Afrique sub-saharienne*. Paris, L'Harmattan.
- Xuejun Z., 2002 - "Amendment of the marriage law in China". *International Journal of Law, Policy, and the Family*, (16) : 399-409.
- Zuraik H., Younis N. et al., 1994 - "Comment repenser la politique de planification familiale à la lumière des recherches sur la santé génésique". *Revue internationale des sciences sociales* (141) : 493-513.



Groupement d'intérêt scientifique
INED - IRD - PARIS I - PARIS V - PARIS X

Les politiques de planification familiale

Cinq expériences nationales



Éditrice scientifique

Arlette GAUTIER

IRD

Laboratoire Population-Environnement-Développement

Sommaire

INTRODUCTION <i>Arlette Gautier</i>	1
LES FEMMES, LA CASTE ET L'ÉTAT CINQUANTE ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN INDE <i>Christophe Z. Guilmoto</i> <i>P.M. Kulkarni</i>	25
LA PLANIFICATION FAMILIALE EN CHINE, POUR OU CONTRE LA FEMME ? BILAN DE TROIS DÉCENNIES <i>Isabelle Attané</i>	75
LA POLITIQUE DE POPULATION AU MEXIQUE <i>Carole Brugeilles</i>	115
FAMILLE ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET SOCIAL EN TUNISIE UNE POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE INTÉGRÉE <i>Bénédicte Gastineau</i> <i>Frédéric Sandron</i>	165
POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE EN CÔTE D'IVOIRE <i>Amoakon Anoh</i> <i>Raïmi Fassassi</i> <i>Patrice Vimard</i>	195
Table des matières	233
Liste des tableaux	237
Liste des graphiques, figures, cartes, annexes	239