

2014

numéro 70

autrepart

Revue de sciences sociales au Sud



**LES DROITS REPRODUCTIFS
20 ANS APRÈS LE CAIRE**

IRD
Éditions



SciencesPo.
Les Presses

ISSN
1278-3986

ISBN
978-2-7246-3345-0

SODIS
768 262.3

Prix
25 €

Rédaction
19, rue Jacob
75006 Paris - France

Périodicité
Revue trimestrielle

© 2014
Presses de la Fondation nationale
des sciences politiques/IRD

La revue *Autrepart* figure sur la liste
CNU/AERES

Illustration de couverture :
Femme enceinte au Bénin
L'Afrique s'ouvre à la procréation
médicalement assistée.
Les demandes sont très importantes,
liées à une forte prévalence
de la stérilité sur le continent

Saudegbee, Rita
© IRD

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par
tous procédés réservés pour tous pays. En application de la loi
du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiel-
lement, la présente publication sans l'autorisation de l'éditeur
ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (3, rue
Hautefeuille, 75006 Paris).

*All rights reserved. No part of this publication may be translated,
reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form
or any other means, electronic, mechanical, photocopying recor-
ding or otherwise, without prior permission of the publisher.*

Un bulletin de réabonnement et un bulletin
d'abonnement multtitres ont été encartés dans
les exemplaires destinés aux abonnés.



SciencesPo.
Les Presses

IRD
Éditions

Autrepart est une revue à comité de lecture
coéditée par l'Institut de Recherche pour le
Développement (IRD) et les Presses de Sciences
Po. Son objectif est de promouvoir la réflexion
sur les sociétés du Sud pour mieux comprendre
leurs dynamiques contemporaines et en mon-
trer la diversité. Les phénomènes de mondia-
lisation relativisent l'autonomie des États, les
inégalités intra et internationales se creusent,
des transformations majeures affectent tantôt
les politiques des États, tantôt la nature même
des institutions. Les réactions et les adaptations
des sociétés du Sud à ces changements sont au
cœur des interrogations de la revue. Le carac-
tère transversal des sujets abordés implique en
général de rassembler des textes relevant des
différentes disciplines des sciences sociales.

COMITÉ DE PARRAINAGE

Claude Bataillon, Jean Coussy, Alain Dubresson,
Françoise Héritier, Hervé Le Bras, Elikia M'Bokolo,
Laurence Tubiana

COMITÉ DE RÉDACTION

Kali Argyriadis (IRD)
Isabelle Attané (INED)
Sylvie Bredeloup (IRD)
René Collignon (CNRS)
Arlette Gautier (Université de Brest)
Charlotte Guénard (Université Paris I-IEDES)
Christophe Z. Guilmoto (IRD)
Nolwen Henaff (IRD)
Marie-José Jolivet (IRD)
Évelyne Mesclier (IRD)
Pascale Phélinas (IRD)
Olivier Pliez (CNRS)
Laurence Quinty (CNRS)
Jean Ruffier (CNRS – Université de Lyon 3)
Jean-Fabien Steck (Université Paris Ouest - Nanterre)

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Michel Laurent

DIRECTRICE DE LA RÉDACTION

Nolwen Henaff

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Irène Salvert

Autrepart, sur le site de l'IRD
www.autrepart.ird.fr

Indexé dans / Indexed in

- INIST-CNRS
- INGENTA
- African Studies Centre, Leiden, www.ascleiden.nl/Library/

Sommaire

Les droits reproductifs 20 ans après Le Caire

Éditrices scientifiques : Arlette Gautier, Chrystelle Grenier-Torres

Arlette Gautier, Chrystelle Grenier-Torres, Controverses autour des droits reproductifs et sexuels	3
Fabiola Miranda-Pérez, Angélica Gómez-Medina, Quelle reconnaissance des droits sexuels et reproductifs au Chili et en Colombie ?	23
Josephine Diallo, La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme	41
Josiane Ngo Mayack, Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ?	57
Karina Felitti, L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains	73
Noël Solange Ngo Yebga, La conciliation, une procédure locale de contournement d'une norme juridique : l'expérience des droits reproductifs autour de l'avortement au Cameroun	91
Fatoumata Ouattara, Katerini Tagmatarchi Storeng, L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social.....	109
Bénédicte Gastineau, Agnès Adjamagbo, Les droits individuels face aux politiques de population. Regard sur trois pays africains : Bénin, Madagascar, Maroc.....	125
Carole Brugeilles, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?.....	143
Cristiane Da Silva Cabral, Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil	165
Virginie Rozée Gomez, Sayeed Unisa, Surrogacy from a reproductive rights perspective: the case of India.....	185
Notes de lecture	205
Résumés	209
Abstracts.....	213

Derniers numéros parus

- 2005 33 Inventer le patrimoine urbain dans les villes du Sud, *Galila El Kadi, Anne Ouallet et Dominique Couret*
34 Variations et Hommages
35 Les ONG à l'heure de la « bonne gouvernance », *Laëtitia Atlani-Duault*
36 Migrations entre les deux rives du Sahara, *Sylvie Bredeloup et Olivier Pliez*
- 2006 37 La migration des emplois vers le Sud, *Nolwen Henaff*
38 La globalisation de l'ethnicité, *Élisabeth Cunin*
39 Variations
40 Tourisme culturel, réseaux et recompositions sociales, *Anne Doquet et Sarah Le Menestrel*
- 2007 41 On dirait le Sud..., *Philippe Gervais-Lambony et Frédéric Landy*
42 Variations
43 Prospérité des marchés, désarroi des travailleurs ?, *Laurent Bazin et Pascale Phélinas*
44 Risques et microfinance, *Éveline Baumann et Jean-Michel Servet*
- 2008 45 La ville face à ses marges, *Alexis Sierra et Jérôme Tadié*
46 Restructurations agricoles au Sud et à l'Est, *Alia Gana et Michel Streith*
47 Variations et dossier « dynamiques urbaines »
48 Les mondes post-communistes. Quels capitalismes ? Quelles sociétés ?, *Cécile Batisse et Monique Selim*
- 2009 49 La fabrique des identités sexuelles, *Christophe Broqua et Fred Eboko*
50 Les produits de terroir au service de la diversité, *Marie-Christine Cormier-Salem et Bernard Roussel*
51 Variations
52 Régulation de naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?, *Armelle Andro et Annabel Desgrées du Loué*
- 2010 53 Vieillir au Sud, *Philippe Antoine et Valérie Golaz*
54 Éducation et conflits, *Magali Chelpi-den-Hamer, Marion Fresia et Éric Lanoue*
55 Variations
56 Migrations et transformations des paysages religieux, *Sophie Bava et Stephania Capone*
- 2011 57-58 La Famille transnationale dans tous ses états, *Élodie Razy et Virginie Baby-Collin*
59 Inégalités scolaires au Sud, *Nolwen Henaff et Marie-France Lange*
60 Variations
- 2012 61 Les nouvelles figures de l'émancipation féminine, *Agnès Adjamagbo et Anne-Emmanuèle Calvès*
62 Quel avenir pour la petite agriculture au Sud ?, *Valéria Hernández et Pascale Phélinas*
63 Les médicaments dans les Sud, *Carine Baxerres, Emmanuelle Simon*
64 Variations
- 2013 65 Savoirs sur l'eau : techniques, pouvoirs, *Olivia Aubriot et Jeanne Riaux*
66 Variations
67-68 L'argent des migrations : les finances individuelles sous l'objectif des sciences sociales, *Isabelle Chort et Hamidou Dia*
- 2014 69 L'industrialisation au Sud, *Xavier Richet et Jean Ruffier*

Controverses autour des droits reproductifs et sexuels

Arlette Gautier et Chrystelle Grenier-Torres***

En septembre 2014, les Nations unies ont fêté les 20 ans de la 47^e conférence sur la Population et le Développement, qui s'était terminée par la signature du Programme d'action du Caire (PAC) par 179 pays et la reconnaissance des droits reproductifs :

« Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espace de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. » [FNUAP, 1995, p. 38-39.]

Bien que les droits reproductifs soient parfois présentés comme une nouvelle norme internationale, ils ont sans cesse été contestés, y compris sur la scène internationale puisque les Objectifs du millénaire pour le développement, supposés mobiliser tous les gouvernements, sont revenus à une approche antérieure à celle qui avait été adoptée au Caire, en ne s'intéressant qu'à la santé de la mère et de l'enfant, occultant toutes les autres morbidités reproductives (cancers reproductifs, maladies sexuellement transmissibles, ménopause) [Gautier, 2012]. Face au peu de progrès réalisés dans le domaine des droits reproductifs, le secrétaire général de l'ONU a annoncé en 2014 que les objectifs du PAC seraient maintenus jusqu'à ce qu'ils soient atteints. Cependant, les mouvements pour les droits reproductifs craignent que derrière une vitrine apparemment favorable aux droits reproductifs soient de nouveau mis en avant des programmes de planification familiale autoritaires, particulièrement en Afrique subsaharienne, région dont la croissance démographique reste forte (Adjamagbo et Gastineau dans ce numéro). Les notions de droits reproductifs et d'autonomie féminine sont en effet à la fois fortement contestées par des groupes religieux qui préfèrent évoquer la santé reproductive et sexuelle et manipulées par des groupes néomalthusiens qui leur donnent un contenu opposé à leur objectif d'autonomisation féminine.

* Professeur de sociologie, université de Bretagne occidentale-Centre de recherche bretonne et celtique.

** Sociologue, chercheuse associée au LAM « Les Afriques dans le monde » (CNRS-IEP Bordeaux).

La confusion des significations autour du terme « droits reproductifs » est telle qu'il est nécessaire de revenir sur la généalogie politique de cette revendication pour l'éclairer, avant de préciser le sens qu'elle a pris dans la normativité internationale, mais aussi dans les politiques nationales et locales, notamment de planification familiale et d'avortement. Les différents acteurs luttent pour imposer un sens qui leur convient, les médiateurs institutionnels notamment, prestataires de santé ou officiers judiciaires, se situant souvent comme gardiens de la morale patriarcale ou comme entrepreneurs de santé publique. Les femmes louvoient alors entre contraintes et stratégies pour construire leur expérience reproductive au plus près de ce qu'elles souhaitent. Leur vie sexuelle et reproductive doit être considérée et appréhendée comme faisant partie d'une stratégie de vie plus large, au sein de laquelle elles tentent d'être actrices du déroulement de leur vie reproductive, avec plus ou moins de succès selon leurs conditions de vie. Il va sans dire que les conditions de vie de certaines d'entre elles sont telles qu'elles sont complètement dépourvues de toute capacité à composer [Grenier-Torres, 2009]. Dans quels contextes et comment, face à des dynamiques politiques, culturelles, démographiques, économiques locales et globales, les hommes et les femmes vivent-ils leurs expériences reproductives et de quels droits disposent-ils ?

D'une revendication intersectionnelle à un droit ?

La question des droits reproductifs voit s'opposer des conceptions différentes de l'État, mais aussi des rôles de sexe (traditionalistes, néomalthusiens¹, féministes), dans un cadre mult niveau où interagissent de façon plus ou moins conflictuelle individus, familles, groupes sociaux ou religieux, ONG nationales et internationales et différentes instances de l'État. Aussi est-il nécessaire de revenir sur les enjeux soulevés lors des luttes qui virent la naissance de ce terme.

La « mémoire des luttes » et les champs académiques régionaux

Les premières luttes pour le contrôle des naissances avaient permis l'abolition des lois votées contre la contraception au XIX^e siècle. En 1969, aux États-Unis, des féministes « majoritaires »² issues des classes moyennes ont demandé le retrait des lois contre l'avortement au nom de la liberté individuelle, ce qu'elles ont obtenu en 1973 (date de la décision « Roe contre Wade »), bien que l'opposition n'ait pas cessé. À la même époque, des féministes d'origine africaine-américaine et portoricaine³, soumises à des stérilisations forcées et aussi souvent issues de catégories économiques et sociales défavorisées et leurs alliées, radicales ou

1. Pour les néomalthusiens, la baisse de la croissance démographique est telle importante pour le développement économique que l'autonomie féminine passe après celui-ci ; ils représentent donc une forme de patriarcat étatique [Gautier, 2012].

2. Terme consacré pour évoquer les « blanches » aux États-Unis. Dans ce pays, la catégorisation raciale est explicite ; elle est même intégrée aux questions du recensement.

3. La pilule avait été testée sur des femmes portoricaines par le gouvernement américain durant les années 1950.

socialistes, revendiquaient également le droit à l'avortement. Mais elles souhaitent aussi, dans la continuité du mouvement pour les droits civiques, obtenir la fin des stérilisations forcées et la possibilité d'accéder à des services de suivi des grossesses [Nelson, 2003]. Est alors né le terme de « droits reproductifs », par lequel sont revendiqués à la fois des droits civils (liberté face à l'état et au mari), des droits sociaux et la non-discrimination [Merchant, 2003]. Cette synthèse est le fruit d'une conception intersectionnelle du droit à la (non) procréation reconnaissant que les attentes des femmes et les contraintes pesant sur elles ne sont pas les mêmes selon les constructions sociales de la race et de la classe sociale. Les femmes blanches ont souvent été contraintes par des législations répressives ou par l'absence d'accès réel à des services de contraception et d'avortement à porter des enfants non désirés alors que les femmes victimes de discrimination raciale ont été et sont encore souvent empêchées de procréer [Gonzalez-Rojas, Lindley, 2008 ; Nelson, 2003].

Dans les années 1960, les États-Unis ont diffusé dans les pays en développement ce modèle de politique de planification familiale fondé sur l'utilisation du stérilet puis sur la stérilisation. L'accès volontaire des individus à la contraception était mis en avant de manière explicite, mais la croissance démographique était considérée par les États-Unis comme une menace pour leur sécurité [Connelly, 2008]. Ces politiques ont été vivement contestées, comme le montre pour la Bolivie le film *Yawar Mallku* (Le Sang du condor, 1969) [Felitti, 2009]. Des féministes de nombreux pays (Afrique du Sud, Inde, etc.) ont créé dans les années 1980 des associations se réclamant des droits reproductifs qui ont ensuite fait alliance dans un mouvement transnational. Ce mouvement va permettre la circulation en 1994 d'une *Déclaration des femmes* qui précise les conditions d'une politique féministe, c'est-à-dire fondée sur l'extension aux femmes des Droits de l'homme, soit la liberté de décision féminine, la non-discrimination et les droits sociaux. Cette déclaration a été incluse « presque » telle quelle dans le chapitre 7 du Programme d'action de la conférence du Caire en 1984 [McIntosh, Finkle, 1995]. « Presque », parce que l'avortement n'a pas été inclus comme une liberté essentielle pour les femmes ni même comme une condition nécessaire, bien que non suffisante, de la non-discrimination envers elles. Par ailleurs, le PAC accepte les principes de décentralisation et de réforme des systèmes de santé qui vont rendre si difficile l'accès aux services de santé et donc, aux droits reproductifs [Petchesky, 2003].

Cette longue histoire explique sans doute que le terme de droits reproductifs apparaisse si souvent dans les bases bibliographiques anglophones (Amazon, Elsevier et Ingenta) ou hispanophones (Redalyc). En revanche, l'analyse de diverses bases bibliographiques francophones (Amazon, Cairn et Google scholar en français) montre que le terme de droits reproductifs apparaît relativement souvent dans le texte des articles, mais très rarement dans le titre lui-même [Gautier, 2000 ; Marques-Pereira, Raes, 2002 ; Rozée, 2006 ; Gomez Medina, 2010]. De plus, les droits reproductifs, sauf pour les latinoaméricanistes, sont généralement réduits à l'avortement. Selon Merchant [2003], le besoin de faire valoir ce terme

ne se fait pas, ou moins, sentir en France, car le domaine de la procréation est une question qui relève de la santé publique. L'Afrique francophone, pour sa part, n'a pas encore subi de programmes autoritaires de planification familiale. Il faut néanmoins rappeler que la population des départements français d'outre-mer a longtemps subi la même discrimination que les Noirs aux États-Unis – sa fécondité était découragée [Gautier, 1988]⁴ –, et que certaines populations européennes subissent encore des stérilisations forcées [Koczé, 2011].

Le paradigme des droits reproductifs, une norme internationale ?

C'est à la première Conférence internationale des Droits de l'homme, qui s'est tenue à Téhéran en mai 1968, qu'a été reconnu pour la première fois le droit des parents à « déterminer librement et consciemment la dimension de leur famille et l'échelonnement des naissances » [United Nations, 1968, § 16], dans le cadre de la protection de la famille et de l'enfance et sans qu'il soit mentionné que ce principe vaut pour les femmes autant que pour les hommes.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) [United Nations, 1979] ajoutera en 1979 que cette disposition s'applique aux femmes et que des services de santé maternelle sont nécessaires⁵. Les trois piliers des droits reproductifs sont donc présents, même si le terme n'est pas employé. De plus, le principe de non-discrimination peut être utilisé contre toute action visant à imposer une grossesse à une femme. La CEDEF est le seul traité international concernant les femmes qui engage les pays qui l'ont ratifié, bien qu'il s'agisse d'un *soft power* sans pouvoir de contrainte. Néanmoins, le comité de la CEDEF n'a pris que deux fois position en faveur de l'avortement, même si ses rapports peuvent critiquer assez vivement certains pays pour non-respect des droits reproductifs [Kismödi *et al.*, 2013]. Le passage sur les services de santé de la CEDEF ne fait qu'une page alors que celui du PAC détaille beaucoup plus longuement les actions à entreprendre.

Comme pour tout discours, le contenu du PAC [Nations unies, 1994] doit être examiné attentivement, au-delà de la simple affirmation de principe, d'autant que les longues négociations aux termes desquelles le PAC a été adopté impliquent que des euphémismes et des contradictions ont été acceptés pour assurer le vote final.

4. Les allocations familiales y baissaient avec le nombre d'enfants alors qu'elles augmentaient en métropole. La contraception y a été introduite par les préfetures alors qu'elle était encore interdite en France. Des mouvements nationalistes ont critiqué les stérilisations abusives et un « génocide par substitution ». Bien qu'ils n'aient pas été relayés, ils ont découragé ces pratiques [Gautier, 1988].

5. L'article 12 précise que : « 1. Les États partis prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. 2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États partis fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. » [Nations unies, 1979]

Le PAC est composé de 16 chapitres, dont un est consacré à « l'égalité entre les sexes et la promotion des femmes » et un autre aux « droits et santé en matière de reproduction ». Ce dernier représente 10 % du total des mots employés dans le PAC, ce qui en montre l'importance. Le PAC commence par le rappel des principes énoncés au chapitre 2, lesquels principes sont doubles et quelque peu contradictoires. Il est écrit que : « L'avancement de l'égalité et de l'équité entre les sexes et le renforcement du pouvoir des femmes ainsi que l'élimination de toutes les violences contre elles et l'assurance qu'elles contrôlent leur fécondité sont les fondements des programmes de population et de développement » [Nations unies, 1994 : p. 190]. Mais il est aussi mentionné que : « La mise en œuvre des recommandations figurant dans le programme d'action est un droit souverain que chaque pays exerce de manière compatible avec ses lois nationales et ses priorités en matière de développement, en respectant pleinement les diverses religions, les valeurs éthiques et les origines culturelles de son peuple [...] » Il n'est pas indiqué quel principe a prééminence lorsque les valeurs éthiques ou religieuses sont contraires à l'égalité entre les sexes et admettent des violences contre des épouses ou des filles « désobéissantes ».

La définition donnée des droits reproductifs est large puisqu'elle inclut : « [...] tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités [...] Cela suppose le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé » (7.2).

Le chapitre sur la planification familiale rappelle à maintes reprises que les programmes doivent être fondés sur le choix des individus. L'objectif démographique perd la priorité qu'il avait acquise au profit du choix individuel, et la méthode des objectifs chiffrés est refusée pour cause d'instrumentalisation des êtres humains et d'inefficacité. Le but des politiques démographiques est désormais de donner à tous l'accès à des connaissances et à des méthodes contraceptives variées (ce qui est mentionné 18 fois dans le texte), mais aussi la capacité « d'effectuer des choix, sans discrimination, coercition ou violence ». D'ailleurs, « Les pouvoirs publics, à tous les niveaux, sont instamment invités à mettre en place des systèmes de surveillance et d'évaluation des services de planification familiale d'utilisation facile en vue de détecter, de prévenir et de combattre tout abus de la part de ceux qui les gèrent et qui les fournissent et d'assurer une amélioration constante de la qualité de ces services » (7.17).

L'avortement, qui est souvent présenté comme l'équivalent des droits reproductifs, est le parent pauvre du PAC, car il était trop contesté. Ainsi, l'article 8.25 se contente de proposer qu'il soit pratiqué là où il est légal et d'affirmer que : « Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. »

La sexualité est mentionnée de façon positive et les programmes de planification familiale doivent : « Promouvoir le bon développement d'une sexualité

responsable permettant des relations d'égalité et de respect mutuel entre les sexes et contribuant à améliorer la qualité de la vie des individus (7.36). Les organisations internationales parleront donc désormais de droits reproductifs et sexuels, conformément à la visée initiale des mouvements féministes qui était de dissocier la reproduction de la sexualité. Celle-ci est cependant vue essentiellement du point de vue hétérosexuel, alors que la décennie suivante verra le développement de mouvements lesbiens, gais, transsexuels et intersexuels, et l'affirmation de droits sexuels, lesquels prendront alors un autre sens » [Miller, Roseman, 2011].

Enfin, les paragraphes concernant les besoins des adolescents sont rédigés en termes de risques à éviter, mais ils n'interdisent pas la sexualité, tout en reconnaissant les rapports de pouvoir où elle peut s'exercer, y compris par l'inceste, ce qui est assez novateur. « Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation... Les adolescents devraient bénéficier de programmes pour la prévention et le traitement des sévices sexuels et de l'inceste ainsi que d'autres services de santé en matière de reproduction » (7.41).

156 pays ont accepté cette définition large des droits reproductifs, qui correspond aux demandes des mouvements transnationaux sauf pour ce qui concerne l'avortement. Toutefois, la prééminence des traditions culturelles ou religieuses en réduit la portée. D'ailleurs, 23 pays n'ont pas signé l'ensemble du texte, ayant mis entre parenthèses certains termes ou certaines propositions, ce qui réduit considérablement la portée de leur vote.

Ce compromis a été rendu possible grâce à celui réalisé entre les féministes et le lobby population, c'est-à-dire entre les associations et les fondations internationales en faveur de la planification familiale, souvent néomalthusiennes. Il faut dire que nombre des premières avaient « infiltré » les secondes et avaient réussi à les convertir à leur cause [McIntosh, Finkle, 1995]. Un « triangle de velours » [Woodward, 2004] s'était ainsi constitué entre militantes, politiques et salariées du lobby population. On peut y voir une victoire pour les femmes, une défaite des féministes les plus radicales ou une victoire à la Pyrrhus, car la « norme » des droits reproductifs fut très vite contrariée.

Le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP), chargé du suivi du PAC, reprend à son compte la notion de droits reproductifs dans ses nombreux textes⁶, mais en donne une définition très particulière, conforme à son histoire néomalthusienne. Les indicateurs de suivi du Programme d'action du Caire qu'il compile prennent désormais en compte les taux de mortalité maternelle et les pourcentages d'accouchements par des personnels qualifiés, en plus de ceux des indicateurs de fécondité et de contraception. Mais il n'assure aucun suivi de deux recommandations essentielles du PAC : le droit à l'information et l'accès à des méthodes variées de contraception. Ce sont

6. Voir par exemple la page consacrée à la santé reproductive sur le site du FNUAP : <http://www.unfpa.org/rh/rights.htm>.

pourtant des éléments que les enquêtes démographiques et de santé permettent de mesurer, du moins pour les pays en développement. Ainsi, 90 % de la population connaissent une ou plusieurs méthodes contraceptives fiables dans seulement 6 % de 33 pays en 1987-1994 et dans 30 % de ces pays en 1995-2002. Les pourcentages de femmes qui ne connaissent pas le risque d'irréversibilité de la stérilisation féminine sont très élevés [Gautier, 2012, p. 113]. Vingt ans après la PAC, trois méthodes continuent à dominer très largement : la stérilisation féminine et le stérilet, suivis de loin par la pilule, alors que les deux premières ont souvent fait l'objet d'impositions [United Nations, 2014a, p. 110]. On peut donc dire que les indicateurs du FNUAP, tout en reconnaissant une partie des demandes des mouvements pour les droits reproductifs, en inversent le sens [Marcovitch, 2008].

Les droits reproductifs ont subi une atteinte plus directe lorsque les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) les ont mis délibérément de côté dans le cadre de la recherche d'un consensus maximal. Il est vrai que la première puissance internationale s'appretait à élire un président hostile à la notion de droits reproductifs, qu'il assimilait à l'avortement. Sa première action internationale a consisté à interdire le financement des associations favorables à l'avortement, même lorsqu'il s'agissait de financer des actions non liées à l'avortement, et à imposer qu'un tiers des actions contre le VIH évoque l'abstinence. Il faudra un lobbying intensif des associations de planning familial et des droits reproductifs, mais aussi de l'Europe et de nombreux chefs d'État pour obtenir que la planification familiale soit réintroduite en 2007. Les grands bailleurs internationaux, qui se sont substitués en partie à l'Organisation mondiale de la Santé, sont favorables à des programmes verticaux contre le VIH et le paludisme, soit le contraire de l'intégration des services prônée par la PAC.

En 2013, toutes les conférences régionales préparatoires au Caire + 20, sauf celles qui ont été organisées au Proche et au Moyen-Orient, ont évoqué les droits sexuels et reproductifs, l'Amérique latine utilisant un langage particulièrement progressiste [Helsgrave, 2013]. Le rapport du secrétaire général de l'ONU sur le suivi des actions du PAC soumis à l'Assemblée générale du 22 septembre 2014 souligne les progrès réalisés, tout en évoquant leurs limites [United Nations, 2014b]. La mortalité maternelle a ainsi baissé de 47 % entre 1990 et 2010 et le taux de fécondité de 23 %, mais l'accès à la contraception⁷ et la mortalité pour avortement ont stagné [United Nations, 2014b, p. 5]. Le manque d'accès aux services de santé reproductive reste criant, notamment pour les jeunes et les populations marginalisées. De plus, « Peu de pays ont fait des progrès mesurables vers des services intégrés de santé sexuelle et reproductive. » Ces mauvais résultats s'expliquent en partie par le fait que les pays occidentaux ont versé seulement la moitié de l'aide promise et les financements accordés ont été captés par les programmes de lutte contre les MST/VIH, qui ont reçu 66 % de l'aide (de 9 % en

7. Ainsi, la prévalence contraceptive des femmes en union n'a augmenté que de 58 % en 1994 à 64 % en 2012.

1995 à 75 % en 2007), contre 22 % aux services de santé reproductive de base et 8 % pour la planification familiale [United Nations, 2014a, p. 217].

Les auteurs des différents numéros de revue consacrés à l'évaluation du PAC soulignent que la situation est rendue très difficile par un conservatisme accru, le manque de volonté politique, la résistance acharnée de certains groupes religieux et l'incorporation limitée des normes des droits humains dans les politiques et programmes de santé sexuelle et reproductive, ainsi que par la mondialisation néolibérale qui limite l'accès aux services de santé [Natividad, Kolundzjab, Parkerb, 2014 ; Berer, 2014].

Le faible accès à la planification familiale et à des services de santé reproductive est désormais perçu comme un handicap, aussi bien pour atteindre les OMD d'ici fin 2015 qu'à plus long terme, un développement durable. L'ONU a donc décidé de réactualiser tous les engagements du PAC en déclarant qu'ils forment la base de tout développement durable [United Nations, 2014a et b]. Elle encourage même les gouvernements à lever toutes les barrières légales empêchant les femmes et les adolescentes d'obtenir un avortement médicalisé et à s'assurer que lorsque l'avortement est légal, l'accès à des services de bonne qualité est proposé, pour protéger les vies des femmes et des filles [United Nations, 2014b]. Ce document, qui comporte soixante-dix pages sur la santé, en consacre cinq aux droits reproductifs et sexuels en général, et quarante à ceux des adolescent-e-s, ce qui laisse mal augurer du sort de ceux qui ne sont plus des adolescents.

Le conflit de normes, qu'il s'agisse de l'autonomie féminine ou de la nature du droit civil ou social, est donc présent aussi bien au sein des mouvements féministes que des instances de l'ONU. L'ONU a de nouveau validé les trois piliers des droits reproductifs : l'autonomie féminine, les droits civils et les droits sociaux, en retirant ses réserves sur l'avortement. On peut cependant craindre que l'objectif poursuivi soit surtout d'ordre démographique, comme cela a déjà été le cas dans le passé, en réaction cette fois à la croissance de la population africaine. On ne peut parler d'une automaticité de l'acceptation des normes globales de genre par les gouvernements ni d'une uniformisation transnationale des politiques sans s'interroger sur les formes de résistance et de production localisées de répertoires d'action sur les questions des droits reproductifs [Lacombe *et al.*, 2011 ; Gautier, Labrecque, 2013].

Du global au national et au local

Ce numéro de la revue *Autrepart* s'inscrit dans les débats internationaux dont nous venons de faire état. L'appel à communication reprenait la définition large des droits reproductifs et sexuels, mais les articles ont une approche plus francophone, portant essentiellement sur les politiques de planification familiale et d'avortement et notamment sur le décalage entre les engagements internationaux des pays et leur mise en œuvre. Comment les normes promues dans les conférences internationales et, particulièrement celle du Caire en 1994 ont-elles été

intégrées – ou pas – dans les législations des pays qui les ont ratifiées ? Le rôle des médiateurs institutionnels, essentiellement des agents sanitaires, mais aussi judiciaires, est particulièrement scruté. Trois textes portent toutefois sur les expériences féminines concernant des actes médicalisés : les césariennes, les stérilisations et la gestation pour autrui, ainsi que sur leur concordance avec les droits reproductifs. Les disciplines mobilisées sont variées (anthropologie, démographie, histoire, sociologie), tout comme les approches. Cependant, les méthodologies sont proches : trois auteurs ont une perspective plutôt sociohistorique, l'un d'entre eux menant une analyse quantitative tandis que les autres utilisent des entretiens non directifs avec les prestataires de service, et parfois des observations. Les articles portent sur l'Afrique et l'Amérique latine, dévoilant entre ces deux continents des différences de richesse économique, d'infrastructures sanitaires, de niveau de fécondité, de reconnaissance officielle de l'égalité entre les sexes. Ainsi, les cinq pays africains dont les cas sont étudiés dans ce numéro faisaient-ils partie des 38 % des pays sans accès aux services de santé maternelle et avec un pouvoir marital (sur un total de 192). Le Brésil et la Colombie, avec des codes civils égalitaires, mais un pourcentage élevé de ligatures relèvent des pays à biopolitiques (25 %). Le Chili et le Maroc font quant à eux partie des 19 % de pays où les femmes ont accès à des services de santé reproductive, mais où l'homme est le chef de famille [Gautier, 2012, p. 206]. La situation a-t-elle changé au début des années 2010 ? Les réflexes des médiateurs institutionnels sont-ils différents ?

Les acteurs nationaux : résistances, détournements, appropriations

La façon la plus simple de ne pas appliquer les textes signés ou ratifiés est de ne pas les inclure dans la législation nationale. Parmi les 174 pays qui ont répondu à l'enquête de l'ONU, 84 % disent s'être préoccupés de développer l'information et 78 % de l'accès à des services de santé reproductive pour les femmes et les hommes. Ils sont moins nombreux (60 %) à avoir promulgué des lois contre la coercition reproductive, y compris la stérilisation et le mariage forcés, la proportion la plus faible étant enregistrée en Amérique (45 %), où pourtant de nombreux abus ont été dénoncés [United Nations, 2014a, p. 4]. Seul un tiers des pays a inclus toutes les dimensions des droits sexuels et reproductifs. Encore ne tiennent-ils pas compte du droit matrimonial, qui entérine le pouvoir marital dans un tiers des pays [Gautier, 2014].

Cependant, comme l'a montré l'exemple des indicateurs du FNUAP, la reconnaissance officielle des droits reproductifs et sexuels peut très bien aller de pair avec le maintien d'indicateurs strictement malthusiens, qui vont seuls déterminer l'action publique. Le Mexique a suivi cette voie [Gautier, Labrecque, 2013]. D'autres pays ou régions ont pu se contenter de reprendre certains droits et pas d'autres. Une autre stratégie, qui a été celle des OMD, a été de ne s'intéresser qu'à la santé reproductive et sexuelle, de vouloir préserver la vie des femmes enceintes et des mères, mais de ne pas leur accorder le droit de choisir – ou pas – une contraception. Enfin, une autre stratégie a consisté à limiter la politique à

certaines catégories de la population, en en dévoyant dès lors le sens. Comme nous le verrons dans les différents articles de ce numéro, penser les droits reproductifs et sexuels, c'est également réfléchir à l'ordre social que les États veulent mettre en place ou faire perdurer à travers nombre de catégories comme celles de genre, de rapport aux aînés ou encore économiques. L'enjeu que représente la maîtrise du corps des femmes par elles-mêmes est toujours central, qu'il s'agisse de la sexualité ou de la reproduction [Gautier, 2012 ; Grenier-Torres, 2010].

Dans ce numéro, la question de savoir si les politiques de planification familiale permettent la réalisation des droits reproductifs et sexuels est posée par quatre articles portant sur sept pays africains ou latino-américains, qui tous, sauf le Maroc, ont déclaré à l'ONU avoir pris des mesures pour améliorer l'accès aux services de santé reproductive et sexuelle pour tous et de contraception pour les jeunes [United Nations, 2014c].

Fabiola Miranda-Pérez et Angélica Gomez-Medina étudient le Chili et la Colombie, qui ont reconnu la santé reproductive et sexuelle comme une politique publique prioritaire à des dates et sous des formes différentes, mais sans accorder une dimension réelle et effective aux droits reproductifs et sexuels. La Colombie a inscrit les droits reproductifs et sexuels dans sa constitution dès 1991 alors que le Chili l'a fait plus tard et de manière moins offensive. Toutefois, dans les deux pays, les inégalités de classes, de régions et d'ethnies structurent l'accès à des soins de plus ou moins grande qualité, et des interventions visant le contrôle de la fécondité s'adressent à des groupes de populations spécifiques.

Josephine Diallo analyse une situation bien différente au Sénégal, où l'État a mis en place en 1990 un Programme national de planification familiale qui prône la contraception comme solution contre la mortalité maternelle et infantile. Comme l'explique l'auteur, « Par sa stratégie de relier l'utilisation de la contraception aux normes socioculturelles et religieuses, l'État contribue au maintien de ces normes et renforce leur position ».

Le Cameroun n'a pas adopté de loi sur la santé reproductive bien qu'il ait fait une déclaration en faveur de la planification familiale dès 1992, puis développé un plan stratégique en faveur de la santé reproductive en 2001 et en 2009 y compris, selon Solange Ngo Yegba, face à l'entrée précoce dans la sexualité des jeunes. Mais ces plans n'ont pas une force contraignante. De fait, seulement 54 % des pays africains déclarent assurer l'accès à la contraception aux jeunes et leur assurent le respect de l'intimité, la confidentialité et le consentement informé [United Nations, 2014, p. 97].

Agnès Adjamagbo et Bénédicte Gastineau s'interrogent sur la place des programmes de planification familiale dans les politiques de population et dans les transitions de la fécondité de trois pays africains. Le Maroc a mené une politique déterminée en offrant un véritable accès à la planification familiale à toutes les couches de la population et en diffusant de nouvelles normes de fécondité, mais aussi en développant la scolarisation et le travail féminins, ce qui a permis une

forte baisse de la fécondité. Toutefois, les droits reproductifs et sexuels ne sont pas ouverts à tous de manière égale, l'État refusant l'accès à des pratiques sexuelles sûres pour les célibataires, qui n'ont par exemple pas accès à la contraception. À Madagascar, il y a un ministère de la Santé, de la Planification familiale et de la Santé reproductive depuis 2000, mais il a fallu attendre 2008 pour que soit élaborée une politique nationale de planification familiale, et le Code pénal, mis à jour en 2005, n'a pas été amendé dans ce sens. Au Bénin, malgré une politique de population énoncée depuis 1996, l'offre en méthodes de contraception est loin d'être assurée partout, tant en quantité qu'en qualité.

Ainsi, les sept pays étudiés correspondent-ils à autant de situations et de référentiels d'action différents. Seul le Cameroun n'a pas adopté de loi sur la santé reproductive, mais le Bénin et Madagascar n'ont à ce jour de programmes que sur le papier. Le Maroc a une politique structurée par un double référentiel démographique et de développement, alors que la politique du Sénégal relève d'une approche sanitaire. Seuls le Chili et la Colombie affichent des politiques fondées sur les droits reproductifs et sexuels. Mais la faiblesse des financements en santé publique reproduit les inégalités sociales, et en Colombie, malgré une rhétorique enthousiaste, le pourcentage de ligatures n'a pas diminué [United Nations, 2013].

L'avortement reste un problème de santé publique important. Il y a eu 43,8 millions d'avortements en 2008 à travers le monde, provoquant 47 000 décès [United Nations, 2014a]. Face à ces drames humains, les propositions du PAC étaient seulement d'assurer des services pour des motifs d'avortement acceptés par la loi et de soigner les femmes victimes de complications. D'après leurs réponses à l'enquête des Nations unies au cours des cinq dernières années, la moitié des gouvernements seulement se sont préoccupés de fournir un accès à des services d'avortement selon les conditions prévues par la loi, et les deux tiers ont cherché à prévenir et traiter les conséquences d'avortements provoqués dans de mauvaises conditions. Seule la moitié des pays qui ont des législations très restrictives ont mis en œuvre des soins pour les femmes ayant avorté [United Nations, 2014a].

Les trois articles qui portent sur l'avortement dans ce numéro présentent des pays dont les lois sont très restrictives, mais les pratiques différentes quant aux recommandations du PAC. Karina Felitti propose une analyse historique des législations et des pratiques autour de l'avortement en Argentine. En 1922, celui-ci a été banni sauf dans de rares circonstances, surtout dans une volonté d'accroissement démographique. Pendant la dictature, les lois ont varié et n'ont pas toujours été appliquées, même dans les hôpitaux. À partir de 1983, le développement par l'État d'un discours des droits de l'homme et la promulgation de textes législatifs très novateurs n'ont pas empêché le maintien d'une législation restrictive sur l'avortement, qui est même désormais représenté comme un crime plus que comme un délit. Les suggestions de libéralisation de l'ONU ne semblent pas avoir de chance d'être écoutées.

Pour sa part, le protocole de la Charte africaine des Droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes propose dans son article 14 de « Protéger

les droits reproductifs des femmes en autorisant l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle » (article 14.2.c), ce qui est un contexte très limitatif. Selon Josiane Ngo Mayack, la loi camerounaise reprend cette disposition en ajoutant que le viol doit être certifié par les autorités judiciaires, et que l'avortement doit avoir des motifs sanitaires. La situation est différente au Burkina Faso où, selon Fatoumata Ouattara et Katerini Storeng, le gouvernement a mis en place des soins après-avortement pour traiter les complications des avortements (spontanés et provoqués), conformément aux recommandations du PAC. Cependant, les normes sociales réprouvent la pratique de l'avortement, aussi l'objectif n'est-il pas d'élargir les conditions permettant un avortement, comme cela a pu se faire en Amérique latine, mais au contraire d'éviter toute possibilité de débat sur une légalisation de l'avortement qui poserait la question d'un droit reproductif, et d'en rester à l'aspect sanitaire de cette pratique.

Seul le Burkina Faso semble s'être mis en conformité avec les recommandations du PAC et il ne semble pas, à lire Karina Felitti, que l'Argentine libéralise davantage sa politique. Finalement, à différentes échelles se dessine une pluralité de dynamiques favorables aux droits reproductifs ou qui, au contraire, les desservent. Nombre de traités et de conférences internationales sont venus initier une prise de conscience au niveau des États qui, par la suite, ont eu plus ou moins les moyens et la volonté d'intégrer dans leur agenda politique la mise en place de réformes permettant d'établir de nouvelles règles encadrant le rapport aux droits reproductifs. De manière effective, cela passe par des lois touchant à la santé reproductive et sexuelle. Des financements internationaux soutiennent les démarches visant à une amélioration de ces droits. Encore faut-il que les médiateurs institutionnels et les femmes s'emparent des nouvelles normes juridiques.

Les acteurs

Comme l'ont montré, à leur manière et avec leurs concepts propres, aussi bien la science politique que l'anthropologie ou la sociologie politique, les lois, politiques et programmes ne sont jamais appliqués tels quels par les agents qui en sont chargés, qu'ils soient dans le secteur sanitaire, policier ou judiciaire. « Les exécutants, dont les comportements sont en principe conditionnés par des procédures techniques et administratives, se les réapproprient de façon discrétionnaire, jusqu'à en faire un support de leur propre pouvoir interne face à leurs chefs ou face aux assujettis et clients extérieurs » [Mény, Thoenig, 1989, p. 237]. Ils peuvent même refuser tout simplement d'appliquer une loi ou un programme, comme c'est souvent le cas pour l'avortement. Sont en jeu, à la fois leurs conditions de travail et la volonté de garder un certain contrôle sur celles-ci, et le fait que leurs actions se réfèrent aux normes socioculturelles en vigueur dans leur milieu. Ils filtrent alors les demandes qui leur sont faites à travers ce prisme, ce que Fatoumata Ouattara et Katerini Storeng expliquent par le fait que ces agents sociaux relèvent, pour leur pratique professionnelle, d'une profession médicale par nature normative : le médecin, figure emblématique du personnel sanitaire, apparaît aussi

comme un « entrepreneur de morale » qui intervient pour corriger ce qu'il croit être mal dans le monde, et notamment une trop grande permissivité. Les médiateurs institutionnels vont ainsi se faire gardiens des traditions patriarcales en interdisant aux femmes d'avoir accès à la contraception sans l'accord de leur époux [Andro, Desgrées du Loû, 2014]. On peut rappeler à ce sujet que la plupart des pays africains étudiés ici ont des lois qui reconnaissent l'homme comme chef de famille (sauf le Burkina Faso), et acceptent la polygamie [Gautier, 2014]. Les prestataires de service ne font donc que suivre la loi. Toutefois, même dans des pays où l'accord du conjoint n'est pas exigible légalement, comme au Mexique, les hôpitaux le demandent pour la stérilisation, comme l'ont montré plusieurs enquêtes mexicaines [Gautier, Labrecque, 2013]. Les jeunes sont particulièrement discriminés, que ce soit au Chili, en Colombie ou au Cameroun, où les professionnels de santé tiennent des discours moralisateurs aux jeunes sollicitant les services de planification familiale, ce qui les en détourne.

Cependant, il arrive aussi aux prestataires de service d'être influencés par les normes médicales en vigueur. C'est, selon Josephine Diallo, le cas au Sénégal, où des prestataires de services vont donner des contraceptifs à une femme qui risque de souffrir d'une nouvelle grossesse, même si le mari n'a pas donné son accord. Ils agissent alors comme des entrepreneurs d'une nouvelle norme de contrôle du corps des femmes fondée sur la santé et non sur le patriarcat. C'est déjà l'éthos médical qui poussait certains médecins argentins à accepter de pratiquer des avortements alors que la loi l'interdisait.

L'avortement, qui fait débat dans l'espace public même là où la loi le reconnaît, fait particulièrement l'objet de censure de la part des médiateurs institutionnels. Beaucoup de prestataires sanitaires africains refusent l'avortement de crainte de favoriser la dissolution des mœurs [Bajos *et al.*, 2013]. Mais c'est aussi le cas pour l'avortement en Colombie et pour la pilule du lendemain au Chili, où les médecins utilisent l'objection de conscience, ce qui rend impossible l'avortement dans bien des régions et défavorise les femmes qui ne peuvent s'éloigner de chez elles ou payer les frais afférents. Cette interprétation de l'objection de conscience va bien au-delà de sa signification originelle [Fiala, Arthur, 2014]. Il s'agit d'une violence institutionnelle des professionnels de santé [Diniz, d'Oliveira, Lansky, 2012]. Selon Solange Ngo Yegba, celle-ci est exercée également par les responsables judiciaires camerounais qui, lorsqu'ils apprennent des cas d'avortement au détour d'une procédure ayant un autre objet, préfèrent utiliser une procédure de conciliation qui ne figure pourtant pas dans le Code pénal. La femme n'est alors pas condamnée pour avortement, et c'est un bien, mais le préjudice subi, parfois un viol, ne l'est pas non plus, ce qui est en contradiction avec les possibilités mêmes de la loi camerounaise.

Ainsi les médiateurs institutionnels manifestent-ils partout leur pouvoir en filtrant les demandes qui leur sont adressées. Certains s'appuient sur les limites des textes officiels alors que d'autres les mettent totalement de côté au profit de normes socioculturelles locales. Les professionnels de la santé filtrent les demandes de

contraception dans les pays africains alors que ce sont les demandeuses d'avortement et les jeunes qui sont les plus discriminés au Chili et en Colombie.

Pourtant, il est possible d'influencer les idées et la pratique des professionnels comme l'a montré un processus latino-américain de débat et de formation des prestataires de soins de santé en 2009-2010. La formation comprenait des arguments fondés sur les Droits de l'homme pour appliquer l'exception sanitaire sans restriction. Des données de deux dispensaires en Colombie montrent aussi une nette augmentation du nombre de femmes ayant avorté légalement après cette formation [Gonzalez Velez, 2012]. L'Organisation mondiale de la Santé vient de publier un manuel qui va dans ce sens [World Health Organization, 2014].

Les expériences féminines, entre contrainte et stratégie

Trois articles interrogent les droits reproductifs et sexuels du point de vue des expériences féminines. Carole Brugeilles étudie les causes et conséquences de « l'épidémie » de césariennes, réalisées pour un tiers des naissances en Amérique latine. Alors que les césariennes permettent de sauver la vie de nombreuses femmes, cela reste néanmoins une opération qui peut présenter des risques, tant physiques que psychologiques. L'auteure met en avant un dogme médical datant de 1916 et obsolète ainsi que le confort du médecin et parfois, sa rémunération, mais aussi la demande de certaines femmes, que ce soit pour des motifs financiers ou pour se libérer de la crainte face à l'accouchement. Ces demandes sont cependant largement structurées par des rapports sociaux de sexes inégalitaires et par des insuffisances dans l'accès ou la qualité des services de santé reproductive. La césarienne est parfois également un moyen de réduire la fécondité sans l'afficher. Du fait du peu de bénéfices et de justifications de cette pratique, elle apparaît dans certaines situations comme une violence à l'encontre des femmes et une atteinte à leurs droits reproductifs.

Le Brésil a longtemps été l'un des pays où les taux de stérilisation féminine étaient les plus élevés au monde (jusqu'à 40 % des femmes utilisant une contraception), sans que cela ait été imposé par une politique, mais parce que c'était la méthode de contraception la plus accessible. La loi de 1996 a tenté de remédier à cette situation, à la fois en assurant une meilleure diffusion de la contraception et en limitant l'accès à la stérilisation, ce qui a permis une forte diminution du pourcentage de femmes stérilisées qui est tombé à 26 % des femmes utilisant une contraception. Un précédent article d'*Autrepart*, qui portait sur des « Nordestines » de milieu populaire urbain, montrait que l'accès, fortement valorisé, à la ligature leur assurait une indépendance par rapport à la maternité, mais aussi au conjoint et aux services de santé [Faya Roblès, 2009]. Cristiane Cabral analyse des récits d'habitantes des quartiers pauvres de Rio de Janeiro stérilisées avant 30 ans et conclut que le contexte actuel d'illégalité de l'avortement et les conditions d'accès à la stérilisation féminine, notamment la nécessité d'obtenir le consentement explicite des deux époux, sont « tous deux révélateurs de situations de tutelle du corps féminin ». Les médecins ne demandent pas l'autorisation de la conjointe pour une

vasectomie. Mais la demande de stérilisation peut aussi être vécue comme le moyen de vivre sa sexualité et donc être une forme d'autonomisation féminine dans un contexte de faible accès à la contraception.

Enfin, Virginie Rozée Gomez et Sayeed Unisa évoquent une question qui a été au centre de l'actualité récemment, en se demandant si la gestation pour autrui peut être analysée comme un droit reproductif pour les femmes qui souhaitent avoir un enfant – ce qui inclut l'utilisation d'un autre corps –, mais aussi par celles qui décident de louer leur utérus, pour un salaire très supérieur à celui qu'elles obtiendraient autrement. Elles répondent à cette question à partir de trois études de terrain en Inde, pays qui est devenu l'une des principales destinations des personnes en mal d'enfants depuis que la gestation commercialisée pour autrui y a été autorisée en 2002. Les auteures analysent cette dernière comme un travail fortement stigmatisé et comme un choix contraint par des nécessités financières, mais aussi par les normes de genre.

Conclusion

Les articles de ce numéro permettent de répondre à plusieurs questions importantes. Le conflit de normes en matière d'autonomie féminine face à l'État et au mari comme de nature du droit civil ou social est présent aussi bien au sein des mouvements féministes que des instances de l'ONU, des gouvernements ou des médiateurs institutionnels. On a pu voir que la notion de santé reproductive a été mieux reçue que celle de l'autonomie féminine dans le cadre des politiques de planification familiale comme d'avortement. Le Burkina Faso et le Sénégal semblent s'orienter vers une meilleure prise en compte de la santé reproductive qu'auparavant. Parfois, les évolutions législatives sont contradictoires : ainsi au Brésil la loi de 1996 a-t-elle réussi à limiter les stérilisations, mais en donnant un rôle clef au conjoint, alors même que la réforme du Code civil entérinait l'égalité entre les époux.

Partout, y compris là où la loi a été changée, où les programmes sont effectifs, les médiateurs institutionnels ont un rôle important dans le maintien des structures d'inégalités, notamment sexuelles. Ils se donnent un rôle de sauveur des valeurs traditionnelles en refusant des contraceptifs aux femmes célibataires ou aux femmes mariées qui n'ont pas l'autorisation de leur mari, outrepassant ainsi leur rôle technique et niant les droits reproductifs et par extension, les droits sexuels des femmes. Toutefois, l'optique sanitaire des politiques de planification familiale autorise des choix novateurs, comme par exemple donner un contraceptif à une femme mariée sans l'autorisation du mari, cela même dans un pays comme le Sénégal où ce dernier est reconnu par le Code civil comme le chef de la famille. Ainsi, les conflits de lois ne jouent pas toujours au détriment des femmes lorsque la santé paraît une norme supérieure.

Nulle part les ratifications du PAC n'ont permis de réaliser les droits reproductifs. Néanmoins, les exemples brésilien, indien ou sénégalais indiquent que

même des femmes pauvres ont pu développer des stratégies d'autonomisation sexuelle, parfois sous contrainte. La remise au goût du jour des droits reproductifs fait espérer qu'il sera possible d'aller au-delà de cette vision assez timide. Les articles montrent à quel point la formation des médiateurs institutionnels dans une optique transformatrice est essentielle pour y arriver. Ils suggèrent de nouvelles pistes de recherches sur les raisons d'agir des médiateurs institutionnels et les moyens de les transformer, mais aussi sur les conséquences des refus opposés aux femmes. Comment vivent-elles, non seulement les avortements provoqués dans de mauvaises conditions, mais aussi la chasteté ou les grossesses forcées ? Quelles en sont les conséquences à court et à long terme ? Seul un article dans la bibliographie consultée étudie cette question, pour conclure au lourd tribut psychique que constitue la coercition reproductive [McCauley, 2014].

Bibliographie

- ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A. (dir.) [2009], « Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ? », *Autrepart*, n° 52, 142 p.
- BAJOS N., TEXEIRA M., ADJAMAGBO A., FERRAND M., GUILLAUME A., ROSSIER C. [2013], « Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains », *Population*, n° 1, p. 17-39.
- BERER M. (dir.) [2014], « The sustainable development agenda and unmet need for sexual and reproductive health and rights », *Reproductive health matters*, n° 43, mai, p. 4-220.
- CONNELLY M. [2008], *Fatal misconception : the struggle to control world population*, Cambridge MA. and London, Harvard University Press, 544 p.
- DINIZ D., MADEIRO A., ROSASC C. [2014], « Conscientious objection, barriers, and abortion in the case of rape : a study among physicians in Brazil », *Reproductive health matters*, n° 43, p. 141-148.
- FAYA ROBLES A. [2009], « Lier ou ne pas lier », *Autrepart*, n° 51, p. 57-73.
- FELITTI K. [2009], « Derechos reproductivos y políticas demográficas en América Latina », *Iconos. Revista de ciencias sociales*, n° 35, p. 55-66.
- FIALA CH., ARTHUR J.H. [2014], « “Dishonourable disobedience” – Why refusal to treat in reproductive healthcare is not conscientious objection », *Woman-psychosomatic gynaecology and obstetrics*, 12 p.
- GAUTIER A. [1988], « Politiques démographiques et familiales dans les départements français d'outre-mer depuis 1946 », *Cahiers des sciences humaines*, n° 4, p. 389-402.
- GAUTIER A. [2012], *Genre et biopolitiques. L'enjeu de la liberté*, Paris, L'Harmattan, 262 p.
- GAUTIER A. [2014], « Les droits du mariage », in ATTANE I., BRUGEILLES C., RAULT W. (dir.), *L'Atlas des femmes*, Paris, Belin (à paraître).
- GAUTIER A., LABRECQUE M.-F. [2013], *Avec une touche d'équité et de genre. Les politiques publiques de développement et de santé au Yucatan*, Québec, Presses universitaires de Laval, 370 p.

- GOMEZ MEDINA A. [2010], *Une Génération en tensions : les droits sexuels et reproductifs vis-à-vis de la morale colombienne : la perspective de jeunes adolescents*, Sarrebruck, Éditions universitaires européennes, 156 p.
- GONZÁLEZ VÉLEZ A.C. [2012], « The health exception : a means of expanding access to legal abortion », *Reproductive health matters*, n° 40, p. 22-29.
- GONZALEZ-ROJAS J., LINDLEY T. [2008] « Latinas and sterilization in the United States », *Women's health activist newsletter* : <https://nwhn.org/latinas-and-sterilization-united-states> (page consultée le 10 février 2013).
- GRENIER-TORRES C. [2009], *Expériences de femmes ivoiriennes au cœur de l'épidémie de sida*, Paris, L'Harmattan, 314 p.
- GRENIER-TORRES C. [2010], « Infécondité et rapport de genre. Expériences de femmes infécondes vivant à Bouaké : entre contraintes et subjectivation (Côte d'Ivoire) », in GRENIER-TORRES C. (dir.), *L'Identité genrée au cœur des transformations. Du corps sexué au corps genré*, Paris, L'Harmattan, p. 177-196.
- GROUPE ÉTAT ET RAPPORTS SOCIAUX DE SEXE [2013], « Quelle citoyenneté pour les femmes ? », *Cahiers du genre*, n° 54, p. 67-92.
- HELSSGRAVE M. [2013], « Ensuring the inclusion of sexual and reproductive health and rights under a sustainable development goal on health in the post-2015 human rights framework for development », *Reproductive health matters*, n° 42, p. 61-73.
- KISMÖDI E., DE MESQUITA J.B., IBAÑEZ X.A., KHOSLA R., SEPÚLVEDA L. [2012], « Human rights accountability for maternal death and failure to provide safe, legal abortion : the significance of two ground-breaking CEDAW decisions », *Reproductive health matters*, n° 39, p. 31-39.
- KOCZE A. [2011], « La stérilisation forcée des femmes roms dans l'Europe d'aujourd'hui », *Cahiers du genre*, n° 50, p. 133-152.
- LACOMBE D., MARTEU E., JARRY-OMAROVA A., FROTIEE B. [2011], « Le genre globalisé : cadres d'actions et mobilisations en débats », *Cultures et conflits*, n° 83, p. 7-13 : <http://conflits.revues.org/index18167.html> (page consultée le 9 octobre 2014).
- MARCOVITCH M. [2008], *Les Nations désunies. Comment l'ONU enterre les droits de l'homme*, Paris, Jacob-Duvernet, 186 p.
- MARQUES-PEREIRA B., RAES F. [2002], « Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale », in Coenen M.T. (dir.), *Corps de femmes. Sexualité et contrôle social*, Bruxelles, de Boeck Supérieur, p. 19-38.
- MCCAULEY H.L., FALB K.L., STREICH-TILLES T., KPEBO D., GUPTA J. [2014], « Mental health impacts of reproductive coercion among women in Côte d'Ivoire », *International journal of gynecology and obstetrics*, p. 55-59.
- MCINTOSH A.C., FINKLE J.L. [1995], « The Cairo Conference on population and development », *Population and development review*, n° 2, p. 223-260.
- MENY Y., THOENIG J.C. [1989], *Politiques publiques*, Paris, Presses universitaires de France, 382 p.
- MERCHANT J. [2003], « Féminismes américains et reproductive rights/droits de la procréation », *Le Mouvement social*, n° 203, p. 55-87.
- MILLER A.M., ROSEMAN M. [2011], « Sexual and reproductive rights at the United Nations : frustration or fulfilment ? », *Reproductive health matters*, n° 38, p. 102-118.
- NATIONS UNIES [1968], *La Proclamation de Téhéran, l'Acte final de la Conférence internationale des droits de l'homme*, Téhéran, 22 avril-13 mai, United Nations Document A/CONF. 32/41

- à 3 : <https://www1.umn.edu/humanrts/instree/french/12ptichf.htm> (page consultée le 25 mars 2013).
- NATIONS UNIES [1994], *Rapport de la conférence internationale sur la Population et le Développement*, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, A/CONF.171/13 : <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offfre/conf13.fre.html> (page consultée le 25 mars 2013).
- NATIONS UNIES [1995], *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*, New York, A/CONF.171/13/Rev.1 : <https://www.unfpa.org/public/global/publications/pid/1973> (page consultée le 24 novembre 2014).
- NATIVIDAD M.D., KOLUNDZIAB A., PARKER R. (dir.) [2014], « ICPD both before and beyond 2014 : the challenges of population and development in the twenty-first century », *Global public health*, n° 6, p. 594-739.
- NELSON J. [2003], *Women of color and the reproductive rights movement*, New York, New York university press, 225 p.
- OUATTARA F., BATTIONO B., GRUÉNAIS M.-E. [2009], « Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », in ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A. (dir.) [2009], « Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ? », *Autrepart*, n° 52, p. 81-94.
- PETCHESKY R. [2003], *Global prescriptions, gendering reproductive health and human rights*, Londres, Zed Books, 306 p.
- ROZÉE V. [2006], *L'Application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en Amérique latine : le cas des droits reproductifs et sexuels en Bolivie*, Thèse, université de la Sorbonne nouvelle-Paris III, sous la direction de Maria Cosio, 561 p. : <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00548925/> (page consultée le 10 mars 2013).
- UNITED NATIONS [1979], *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/fconvention.htm> (page consultée le 25 mars 2013).
- UNITED NATIONS [2013], *World Contraceptive Patterns Wall Chart*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, www.un.org/esa/world-ContraceptivePatternsWallChart.pdf (page consultée le 9 octobre 2014).
- UNITED NATIONS [2014a], *Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development Beyond 2014 [Report of the Operational Review of the Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development and its Follow-up Beyond 2014]* dit *ICPD Beyond 2014 Global Review*, New York, United Nations, UNFPA, <http://news.names-not-numbers.org/?p=744> (page consultée le 25 mars 2014).
- UNITED NATIONS [2014b], *Framework of Actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development (ICPD) Beyond 2014, Report of the Secretary-General*, New York, United Nations, Commission on Population and Development Forty-seventh session, 7-11 April 2014, E/CN.9/2014/4, <http://news.names-not-numbers.org/?p=744> (page consultée le 25 mars 2014).
- UNITED NATIONS [2014c], *Abortion policies and reproductive health around the world*, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/abortionPoliciesAndReproductiveHealth.shtml> (page consultée le 9 octobre 2014).

WOODWARD A. [2004], « Building velvet triangles : gender and informal governance », in PIATTONI S., CHRISTIANSEN T. (dir.), *Informal governance and the European Union*, London, Edward Elgar, p. 76-93.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [2014], *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services : guidance and recommendations*, Genève, WHO, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/ (page consultée le 9 octobre 2014).

Quelle reconnaissance des droits sexuels et reproductifs au Chili et en Colombie ?

*Fabiola Miranda-Pérez**, *Angélica Gómez-Medina***

Le choix de comparer le Chili et la Colombie, deux pays *a priori* très dissemblables, est né d'une réflexion commune autour des différents dispositifs de gouvernement [Foucault, 2001 ; Ihl, Kaluszynski, Pollet, 2003] utilisés par les États afin de légitimer le contrôle exercé sur la « corporalité du corps humain » [Boullant, 2009, p. 51]. L'idée est de comprendre, d'une part, l'emprise de ces dispositifs de gouvernement sur l'exercice de la citoyenneté des populations marginalisées et, d'autre part, l'usage de normes imposées par d'autres groupes suivant des logiques de rapports de pouvoir construits historiquement [Scott, 1998 ; Moreno, 2011]. Ainsi, dans la continuité des travaux de Marques-Pereira [2005], la citoyenneté serait, dans ces deux pays, un processus encore en construction à cause de diverses entraves culturelles et sociales qui empêchent son développement. Ces entraves, associées à des conditions telles que le genre, la classe sociale, l'âge, l'ethnicité, mais aussi l'ethos religieux, présents dans ces deux sociétés, nous ont amenés à une lecture intersectionnelle des enjeux de la reconnaissance et de l'exercice des droits sexuels et reproductifs dans ces deux États.

Au regard des savoirs et des techniques mis en œuvre par les gouvernements à l'échelle d'un monde où le global et le local interagissent [Kaluszynski, Payre, 2013], la construction d'un discours et sa mise en place autour d'une thématique commune – dans ce cas la reconnaissance et l'appropriation de la notion des droits sexuels et reproductifs – touchent un ensemble de réalités concernées par les mêmes problématiques. La finalité de ce travail est alors de comprendre comment les notions de droits sexuels et reproductifs sont intégrées au Chili et en Colombie et d'analyser les mécanismes et les conditions de leur prise en compte, pour tenter de saisir les raisons et les résultats effectifs de la lecture faite par les États dans la reconnaissance de ces droits.

L'hypothèse suggérée par cette recherche est qu'au sein des deux sociétés, la compréhension de la notion de droits sexuels et reproductifs relève d'une

* Doctorante en science politique, IEP de Grenoble, université de Grenoble 2, PACTE-PO.

** Doctorante en sociologie, EHESS, CADIS.

association directe entre sexualité et reproduction. Ainsi, on préfère gouverner la fécondité de la population, notamment celle de la moins favorisée, au détriment de la création de dispositifs qui permettraient un exercice égalitaire des droits sexuels et reproductifs. Toutefois, cette modalité de gouvernement s'inscrit dans des rapports de pouvoir plus larges, comme le genre, la classe sociale et l'âge sur lesquels nous concentrerons notre attention. De cette manière, les politiques mises en œuvre par les gouvernements en matière de sexualité et de reproduction assument un rôle pédagogique vis-à-vis de certains groupes considérés comme spécialement vulnérables : les jeunes et les femmes issus des milieux marginalisés¹.

Ce travail s'appuie sur un corpus d'entretiens semi-directifs menés dans les deux pays étudiés entre 2011 et 2013, auprès de fonctionnaires de santé². Par ailleurs, la recherche se fonde aussi sur l'analyse de contenu des programmes mis en œuvre par les États, ainsi que sur des textes législatifs traitant la question des droits sexuels et reproductifs.

Dans un premier temps, nous présenterons les contextes dans lesquels la notion de droits sexuels et reproductifs a été introduite au Chili et en Colombie. Ce choix de présenter les deux cas séparément d'abord a pour vocation de mettre en évidence qu'il s'agit de deux processus distincts, bien qu'ils se produisent avec la même temporalité. Ensuite, nous procéderons à la comparaison des deux cas afin d'en pointer les convergences, même si, comme nous les verrons, les différents contextes sociopolitiques ne permettent pas toujours d'uniformiser des réalités particulières.

Le cas chilien : conservatismes en démocratie

Au Chili, avec l'arrivée de la démocratie en 1990, une nouvelle coalition de centre gauche assume le pouvoir : la *Concertación*³. Dès ce moment, l'État commence à s'investir dans la réparation des droits de l'homme, violés pendant la dictature de Pinochet. C'est dans ce contexte de reconnaissance des droits de l'homme que vont s'inscrire les revendications des femmes, déjà formulées durant le régime autoritaire, telles que la légalisation de l'avortement – interdit à la fin de la dictature en 1989 – ou la question des violences de genre, entre autres [Marques-Pereira, 2012].

1. Nous comprendrons la population « marginalisée » comme celle marquée par son appartenance à des conditions telles que la classe, le sexe, l'âge et l'ethnie.

2. Ce travail de recherche est né de l'analyse comparée de 34 entretiens semi-directifs auprès de fonctionnaires de santé (psychologues, médecins, infirmières) issus de deux travaux de recherche différents. L'un a été mené au Chili (14 entretiens semi-directifs) en 2011 pour la réalisation du mémoire de master en science politique à l'IEP de Grenoble « Droit, politique et démocratie : le cas de la pilule du lendemain au Chili » et le deuxième a été mené en Colombie entre 2011 et 2013 (20 entretiens semi-directifs) dans le cadre d'une recherche doctorale en sociologie à l'EHESS sur les thèmes de la jeunesse et de la sexualité en Colombie.

3. Coalition de partis de centre gauche formée par le Parti démocrate-chrétien (PDC), le Parti pour la démocratie (PPD), le Parti radical social-démocrate (PRSD) et le Parti socialiste (PS). Cette coalition a été créée en 1988 sous le nom de « *Concertación de partidos por el no* » et a gouverné le Chili entre 1990 et 2010.

En ce sens, la création en 1991 (loi n° 19023 du 3 janvier) d'une agence étatique chargée de promouvoir l'égalité des chances pour les femmes, le Service national de la femme (SERNAM) constitue une grande avancée⁴. Pourtant, la mise en œuvre de cette nouvelle institution n'implique pas une ouverture du monde politique aux questions concernant les rapports de genre, en raison de l'existence de clivages à l'intérieur du monde politique en ce qui concerne le rôle social des femmes, et face à la reconnaissance du droit à l'avortement et à la légalisation du divorce. Il faut signaler que les partis de droite pinochetiste, porteurs d'un discours conservateur mis en avant principalement par l'Église catholique, continuent à avoir une emprise très importante dans le monde politique et représentent un frein non négligeable sur certaines thématiques. Mais le discours conservateur est aussi porté, au sein de la coalition de gouvernement, par la Démocratie chrétienne, un parti du centre, lequel est fortement représenté au sein de l'administration du SERNAM. Ainsi, tel que le signalent Gúzman, Seibert et Staab [2010], tout ce scénario où l'Église catholique exerce une grande emprise sur les affaires politiques « contribue à ce que la *Concertación* octroie une lente et timide réponse aux demandes du mouvement social pendant les premières années de la transition à la démocratie » [Gúzman, Seibert, Staab, 2010, p. 972]. De ce fait, certaines questions, considérées comme « affaires de mœurs » par l'Église catholique, telle que la légalisation de l'avortement et du divorce, ne mobilisent pas l'action publique du SERNAM. C'est donc par le biais de ces partis politiques que l'Église, notamment catholique – qui pendant la dictature s'était efforcée de maintenir un discours en faveur des droits de l'homme en aidant les familles des victimes et disparus à retrouver leurs proches – réussit à récuser « l'usage de concepts liés à la production de connaissances issues des groupes féministes, tels que les notions de genre, de droits reproductifs et sexuels ou d'égalité » [Marques-Pereira, 2012, p. 131]. En conséquence, le SERNAM ne prendra pas en charge les thèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive des femmes, qui resteront de la compétence des institutions d'orientation technique telle que le ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation.

Nous observons donc que l'avènement de la démocratie n'a pas impliqué de grandes avancées en termes de reconnaissance des droits qui assureraient le bien-être des Chiliens et des Chiliennes en matière de sexualité et de reproduction. L'existence, au sein de la *Concertación*, de différents points de vue sur les questions liées à l'exercice de la sexualité et de la reproduction entraînent de longs processus de négociations, qui rendent difficile la reconnaissance par l'État des droits sexuels et reproductifs [Forstenzer, 2012].

4. La loi annonce les objectifs de l'institution dans son article n° 2 : « Le Service national de la femme est l'organisme chargé de collaborer avec l'exécutif dans l'étude et la proposition des plans généraux et des mesures qui amènent la femme à jouir de l'égalité de droits et d'opportunités par rapport à l'homme dans le processus de développement politique, économique et culturel du pays, en respectant la nature et la spécificité de la femme qui émane de la diversité naturelle des sexes, y compris la juste place de la femme au sein de la famille. »

En 1994, le Chili participe à la Conférence sur la population du Caire et l'année suivante à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes de Beijing. Le pays y est interpellé par la communauté internationale afin qu'il s'engage à adopter des lois et à développer des politiques publiques en matière de santé sexuelle et reproductive, intégrant la notion de droits sexuels et reproductifs [PNUD, 2010].

Dans ce contexte, en 1995, le Chili inaugure les Journées de conversation sur l'affectivité et la sexualité (JOCAS) pilotées par le ministère de l'Éducation (MINEDUC), le SERNAM, L'Institut national de la jeunesse (INJUV) et le ministère de la Santé (MINSAL). Organisées dans les établissements d'éducation secondaires, ces journées sont des rencontres de groupes qui se déroulent en présence des élèves, des parents et des professeurs, ainsi qu'en coopération avec les membres de la société civile, principalement des professionnels de la santé, tels que médecins, sages-femmes et psychologues [Ministerio de Educación, 1999]. Néanmoins, il faudra attendre 1997 pour que le pays proclame, pendant le mandat présidentiel du démocrate-chrétien Eduardo Frei Ruiz-Tagle (1994-1999), la santé reproductive et sexuelle comme une politique publique prioritaire pour l'État [Miranda-Pérez, 2013]. Signalons ici que malgré cette ouverture au niveau du discours de la part de l'autorité publique, il ne se produit aucune reconnaissance de nouveaux droits en la matière pendant cette période. Le projet JOCAS perd peu à peu de sa force et touche à sa fin durant l'année 2003 [Shepard, 2009].

Bien qu'au Chili, l'introduction de la notion de droits sexuels et reproductifs ait été influencée par la communauté internationale⁵, les luttes pour la reconnaissance de ces droits ont surtout été portées par la société civile. La création des alliances féministes transnationales [Bacchetta, 2010], au niveau latino-américain, telle que le réseau *Red de salud de mujeres Latino Americanas y Caribeñas (RSMLAC)*, lequel s'est établi à Santiago pendant une décennie depuis sa création en 1984 en Colombie, a contribué à l'appropriation d'un discours de la part des féministes chiliennes en faveur de la reconnaissance de l'autonomie reproductive des femmes. Dans ce sens, les militantes féministes et de nombreuses ONG se battent pour incorporer des nouvelles technologies contraceptives, offrant aux femmes une gamme plus large de choix adaptés aux besoins spécifiques de chacune, mais aussi pour améliorer les conditions d'accès aux méthodes. À la suite de la pénalisation de l'avortement en 1989, ces demandes gagnent en intensité. Sous cette logique, la tentative d'inclure la pilule du lendemain à la liste des médicaments autorisés, au milieu des années 1990, constitue un exemple concret de cet engagement : le débat sur cette question a, en effet, été lancé par une ONG de santé reproductive « l'Institut chilien de médecine reproductive » (ICMER), qui, en collaboration avec d'autres institutions, a commencé ce combat en soutenant le mouvement des femmes pour l'introduction de la méthode contraceptive [Dides

5. Il convient de situer la distinction élaborée par Bacchetta [2010] entre les alliances internationales, globales et transnationales. Les premières font référence aux normativités nationales faites par les acteurs dominants. Les secondes parlent des politiques d'alliance « partout » dans le monde qui n'impliquent pas forcément de reconnaître les asymétries de classe, d'ethnie entre autres. Finalement, les alliances transnationales cherchent les connexions concrètes de solidarité prenant en compte les multiples rapports de pouvoir.

Castillo, 2006]. Celles-ci ont réussi à obtenir le soutien de la frange la plus progressiste de la coalition de gouvernements, ce qui leur a permis de faire inscrire leurs demandes à l'agenda politique. La naissance de ce débat directement lié à la question des droits sexuels et reproductifs a permis de les mettre en lumière. Grâce à cette médiatisation du problème, en 2000, le Chili autorise la stérilisation volontaire des femmes [Ministerio de Salud, 2000], qui, auparavant, n'était légale que sous certaines conditions. Ainsi, les femmes qui sollicitaient cette intervention devaient y être autorisées par leur mari et avoir au moins quatre enfants vivants⁶. Cependant, le débat sur l'ajout de la pilule du lendemain à la liste des médicaments autorisés au Chili s'étendra sur un peu plus d'une décennie à cause de l'opposition des groupes conservateurs de la société chilienne et des divisions internes sur le sujet au sein même de la coalition de gouvernement. En janvier 2010, ce débat se clôt par la promulgation d'une loi (n° 20418) appelée d'« orientation et prestations en matière de régulation de la fécondité » [Biblioteca del congreso nacional, 2010] qui inclut cette technologie contraceptive à l'offre étatique. Pour ce qui est de l'intégration de la notion des droits sexuels et reproductifs, la même année, le ministère de la Santé adopte une nouvelle politique publique de contrôle de la fécondité où cette notion s'associe à l'accès à la santé sexuelle et reproductive en tant que droit lié à l'exercice de la citoyenneté de la population d'une part, et au respect des droits de l'homme d'autre part, dans une perspective qui considère le genre. Dans cette logique, le ministère de la Santé met en place le Programme national de santé intégrale des jeunes et adolescents dans les différentes régions du pays⁷. Celui-ci se constitue comme un réseau de diffusion des droits et d'information en matière d'accès à la contraception, principalement focalisé sur les populations « en situation de fragilisation de droits ou en conflit avec la justice » [Ministerio de Salud, 2012]. Le dossier de l'avortement, quant à lui, reste, à ce jour, un projet loin d'aboutir, ce qui montre bien la difficulté de négocier, au niveau politique, sur les questions liées à la sexualité et à la reproduction dans ce pays.

Le cas colombien : entre la reconnaissance et l'exercice de droits

En Colombie, les droits sexuels et reproductifs sont reconnus légalement dans la Constitution de 1991, promulguée pendant le mandat du président César Gaviria (1990-1994), représentant du parti libéral⁸. Ce *corpus* juridique a été élaboré par une assemblée constituante au sein de laquelle différents secteurs de la société civile ont fait émerger leurs demandes en menant des négociations avec le monde politique. De fait, c'est à cette occasion que le mouvement social des femmes, suivant une stratégie de lobby et de pression, s'est présenté comme un acteur

6. Avant l'an 2000, les conditions pour la réalisation d'une stérilisation chirurgicale féminine étaient : l'accord du conjoint ou le fait d'être âgée d'au moins 32 ans, le fait d'avoir au moins quatre enfants nés vivants, ainsi qu'une condition de santé qui puisse justifier l'acte médical.

7. Ce programme est mis en place par des organismes extérieurs à l'État, mais ceux-ci doivent suivre les directives élaborées par l'État.

8. Le parti libéral constitue au moment de l'adoption de la Constitution, une collectivité qui développe les principes néolibéraux d'ouverture économique.

capable d'avoir une incidence sur la sphère publique. Cependant, au cours du processus de rédaction de la Constitution, les demandes du mouvement social des femmes, notamment celles liées au libre choix de la maternité et de l'avortement, ont rencontré de nombreuses difficultés [Wills, Cardozo, 2010, p. 20 ; Curiel, 2013] associées aux conservatismes ancrés au sein de la société. Les secteurs conservateurs, proches de l'Église catholique, ont ainsi tenu des discours mettant l'accent sur l'importance de défendre l'institution familiale basée sur l'union hétérosexuelle [Curiel, 2013] et, utilisant l'argument de défendre la vie de « celui qui va naître », ils se sont positionnés contre la légalisation de l'avortement. Ainsi, les droits sexuels et reproductifs ne seront reconnus que lorsqu'ils ne vont pas à l'encontre de la famille traditionnelle, qui est par ailleurs elle aussi protégée par l'actuelle Constitution.

Il faut ici signaler que la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs en Colombie répond aussi à des exigences internationales⁹. En effet, le pays a participé à plusieurs conférences internationales organisées par les Nations unies comme celle sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en 1994 et la 4^e Conférence mondiale de la femme qui a eu lieu à Beijing en 1995. Quelques années plus tard, lors de sa participation au sommet des Nations unies pour le développement, la Colombie a été encouragée à élaborer des directives alignées sur les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)¹⁰. De cette manière, les autorités publiques se sont engagées à mettre en place des politiques concordant avec les exigences imposées par la société internationale, parmi lesquelles nous pouvons citer la diminution des infections sexuellement transmissibles – notamment du VIH –, et des grossesses des adolescentes associées à la reproduction de la pauvreté [Ministerio de Salud y Protección social, 2003].

Dans ce contexte, afin de respecter les engagements pris dans la Constitution de 1991 et les exigences de la société internationale, en 1998, pendant la présidence d'Andrés Pastrana (1998-2002), membre du Parti conservateur colombien¹¹, le gouvernement définit les points fondamentaux de la politique « de santé sexuelle et reproductive » ou SSR, laquelle résulte d'un travail mené conjointement par le ministère de la Santé ainsi que par certaines ONG, institutions de santé et universités. Néanmoins, la mise en place de cette politique n'a commencé qu'en 2003 sous la présidence d'Alvaro Uribe Velez, un homme de droite ex-militant du parti libéral¹². On ne peut comprendre cette orientation en faveur des droits reproductifs

9. Nous faisons référence aux exigences internationales pour parler des processus institutionnels mettant l'accent sur les questions sanitaires.

10. Les objectifs du millénaire pour le développement (OMD), sont un accord signé en 2000 à New York, où les pays s'engagent à contribuer à l'élaboration des programmes qui rendent possible la protection effective des droits de l'homme, en se focalisant sur des aspects qui visent l'élimination de pauvreté. Ces objectifs ont été consacrés dans le Rapport mondial de développement humain publié en 2003 par les Nations unies [PNUD, 2013].

11. Le parti conservateur colombien est une collectivité de droite libérale et chrétienne qui est avec le parti libéral un des deux partis traditionnels dans ce pays.

12. Alvaro Uribe Velez est un ancien militant du parti libéral qui a quitté cette collectivité puisque son parti a décidé de soutenir Horacio Serpa, homme politique plus proche des idées de la sociale démocratie, contrairement à Uribe qui défend l'idéologie classique libérale. Pour se présenter aux élections, il

et sexuels en Colombie qu'au regard du contexte politique : accusée de porter atteinte aux droits de l'homme, la stratégie adoptée par le gouvernement d'Uribe pour faire face au conflit armé qui touche le pays depuis plus de quatre décennies, a été fortement critiquée par la communauté internationale et les ONG de défense des droits de l'homme. Ces dernières, très présentes, dans le pays ont fortement contribué à mettre le pays sous pression afin qu'il mette en œuvre les instruments nécessaires à l'amélioration des conditions de vie de ses citoyen-ne-s. De fait, l'application effective, à partir de 2003, de la politique de santé sexuelle et reproductive selon les orientations définies en 1998 est aussi destinée à assurer une meilleure protection des droits des femmes et des populations les plus directement concernées par le conflit armé¹³.

Selon les termes fixés en 1998, la politique publique colombienne de SSR doit répondre aux principes d'efficacité, d'universalité et de solidarité. Pour cette raison, l'accès aux soins doit être pris en charge par l'État et, lorsque cela n'est pas le cas, celui-ci se doit d'exercer un contrôle sur le secteur privé [Ministerio de Salud y Protección social, 2003]. Le texte officiel énonce par ailleurs des principes associés aux droits sexuels et reproductifs comme « la parité sociale et de genre » à travers l'émancipation des femmes et établit un lien explicite entre la sexualité, la reproduction et la qualité de vie. La politique de SSR signale explicitement le besoin d'améliorer la santé sexuelle des citoyens pour un exercice « responsable » des droits sexuels et reproductifs établis par la Constitution. Ainsi, selon ce document, la notion de santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais est envisagée comme un état de bien-être qui entraîne la possibilité pour chacun-e de jouir de ses droits sexuels et reproductifs. Ceci implique que la sexualité puisse s'exercer sans risques et dans des conditions égalitaires, hors de toutes formes de discrimination fondées sur le sexe, la race, la classe sociale, l'âge, etc. Pour cette raison, la politique de SSR se focalise principalement sur les populations dites « vulnérables » : la jeunesse, la population rurale et la population urbaine marginale, qui en seront la cible principale [Ministerio de Salud y Protección social, 2003]. Cette politique publique a indéniablement constitué, en Colombie, une grande avancée dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Néanmoins, il convient de signaler que la dépénalisation de l'avortement lorsque la poursuite de la grossesse entraîne un risque pour la santé physique ou mentale de la femme, lorsque le fœtus n'est pas viable ou lorsque la grossesse est la conséquence d'un viol – les trois cas de figure envisagés par le texte – n'est intervenue que le 10 mai 2006 dans un arrêt de la Cour constitutionnelle colombienne [Corte constitucional de Colombia, 2006]. Précisons ici que les médecins

met en place une campagne « indépendante » et fonde le mouvement « Primero Colombia ». En 2006, Alvaro Uribe est réélu grâce à un changement constitutionnel intervenu pendant son premier mandat (2002-2006) qui octroie la possibilité de se représenter aux élections. Ainsi, il crée le parti de droite néolibéral « de la U », duquel est issu l'actuel président colombien, Juan Manuel Santos. En 2012, Uribe quitte ce parti et fonde le Parti centro democrático.

13. Quelques années plus tard, la société civile a réussi à faire rendre l'arrêt 092 de 2008 dans lequel la Cour constitutionnelle colombienne signale la nécessité de comprendre d'une manière différente les dommages faits aux femmes par le conflit armé.

ont la possibilité d'exercer le droit à « l'objection de conscience » et peuvent, par conséquent, refuser de pratiquer une interruption de grossesse si cela heurte leurs convictions personnelles.

Le progrès qu'a constitué cette légalisation reste fragile et se trouve souvent remis en cause puisque l'avortement est encore couramment considéré par les fonctionnaires de santé comme une pratique illégale et éloignée des coutumes sociales et des valeurs religieuses, notamment inscrites dans la tradition chrétienne. De ce fait, nombreux sont les professionnels qui font appel à « l'objection de conscience », notamment dans des zones rurales, ce qui crée de graves difficultés dans certaines régions du pays où les déplacements vers une grande ville sont onéreux. Ces obstacles affectent essentiellement les femmes et leurs partenaires appartenant à des secteurs sociaux défavorisés et n'ayant pas la possibilité de se déplacer facilement. Ce dernier point nous amène donc à nous interroger sur la réalité de l'exercice effectif des droits sexuels et reproductifs par l'ensemble de la population colombienne. Nous pouvons en effet observer qu'en dépit de la reconnaissance légale de la notion de droits sexuels et reproductifs, leur exercice n'est pas égalitaire au sein de la population et est, au contraire, fortement conditionné par des facteurs culturels et sociaux, tels que l'adhésion des agents chargés de garantir ces droits, mais attachés à la morale traditionnelle et aux valeurs chrétiennes conservatrices, au nom desquels ils sont réticents à diffuser ces droits.

La prise en charge des droits sexuels et reproductifs par les systèmes de santé

Dès les années 1960, les États-Unis ont commencé à promouvoir différents programmes pour le contrôle de la fécondité en Amérique latine, en octroyant aux pays du sud du continent des moyens économiques et des technologies contraceptives [Pieper Mooney, 2008]. L'intérêt central porté aux technologies contraceptives et les revendications des femmes qui demandaient que leur accès soit reconnu comme un droit se voient légitimées lors des différents forums sur la population, les droits de l'homme, et la santé organisés à partir des années 1970. Nonobstant, la logique des rapports politiques entre les acteurs locaux et supranationaux et le faible développement de la recherche scientifique en matière de santé sexuelle et reproductive dans la région rendent plus complexe le regard sur la question. On ne cesse d'envisager le problème sous l'angle du contrôle de la fécondité et l'on voit cependant surgir une préoccupation pour la santé reproductive, comprise comme le « bien-être biologique, physique et social en relation à la reproduction » et les droits reproductifs comme « le droit à décider quand et combien d'enfants avoir » [Gysling, 1994, p. 14].

Dans les deux pays étudiés, s'opère peu à peu une association entre les droits sexuels et reproductifs d'une part et le domaine de la santé publique d'autre part qui va aboutir, à partir des années 1990, à la constitution de la « santé sexuelle et reproductive » comme un objet de politiques. Les réponses élaborées par les deux

États face aux exigences internationales en matière de reconnaissance des droits sexuels et reproductifs s'orientent vers le traitement des problématiques qui concernent la santé de la population et le développement des pays. Ainsi, l'adhésion de ces deux pays aux OMD établis par les Nations unies, et qui cherchent, entre autres, à réduire les taux de maladies et de pauvreté associés à la grossesse des adolescentes ainsi que la mortalité maternelle, rend compte de cette réalité. Dans cette perspective, les États ont concentré leur attention sur des groupes populationnels considérés, selon eux, comme les plus « dangereux » en termes de comportements sexuels, puisqu'ils sont susceptibles d'augmenter les taux d'infections sexuellement transmissibles – notamment le VIH et le cancer du col de l'utérus – et la mortalité associée aux grossesses précoces. C'est pourquoi les discours s'orientent vers le développement d'une politique publique de santé sexuelle et reproductive en Colombie et vers l'adoption d'une loi de contrôle de la fécondité dans le cas du Chili. L'exemple chilien montre bien comment la santé, au lieu d'être considérée comme un des droits régis par le principe d'égalité, devient une notion normative, en raison d'une reconnaissance différenciée des droits sexuels et reproductifs entre les groupes populationnels. Par conséquent, dans les deux pays, les professionnels de la santé deviennent des gestionnaires étatiques, techniques et légitimes pour établir la portée et les limites de l'exercice des droits sexuels et reproductifs par les citoyen-ne-s. Nos travaux empiriques prouvent en effet que les fonctionnaires de la santé jouissent d'un pouvoir discrétionnaire [Hassenteufel, 2011], qui leur permet de rendre effectif ou bien d'empêcher l'exercice de ces droits. Ainsi, en Colombie, la possibilité pour les médecins, d'une « objection de conscience » face à une procédure d'avortement, y compris lorsque celle-ci s'inscrit dans au moins un des trois cas reconnus par la loi, illustre le fait que ces professionnels peuvent jouer un rôle déterminant dans l'exercice de ce droit. Dans certaines régions du pays, le manque d'offre de médecins acceptant de pratiquer des avortements peut entraîner un retard dans le processus d'interruption de la grossesse au point de le rendre impossible, comme l'explique un fonctionnaire chargé, dans une région du Sud-Ouest colombien, d'un programme de soins en santé sexuelle et reproductive appelé « Services amicaux pour les jeunes et adolescents ». Son discours rend compte des difficultés particulières rencontrées par les personnes désirant pratiquer un avortement, notamment dans des zones rurales : « Dans certaines régions de Colombie, nous éprouvons de grandes difficultés à ce que les femmes puissent exercer le droit à l'interruption volontaire de grossesse. Par exemple, ici à Pasto [Capitale de la région de Nariño en Colombie], tous les gynécologues refusent de réaliser un avortement et puisque les institutions de santé sont obligées de le faire, quelques fois, les filles sont envoyées à Cali [une grande ville colombienne à proximité]. Mais dans tout ce processus, le temps passe... et après c'est trop tard. De plus, il y a beaucoup de filles qui n'ont pas du tout l'argent pour voyager jusqu'à Cali donc elles ne le font pas et sont obligées de mener à terme la grossesse dans des conditions inhumaines. » (Entretien réalisé le 25 janvier 2013 à Pasto, région du Nariño.)

Pour le cas chilien, où la procédure d'avortement n'est légalisée dans aucun cas, les obstacles à l'exercice des droits théoriquement acquis par les femmes et leurs partenaires sont nombreux. Par exemple, la possibilité, pour les personnes de plus de 14 ans d'accéder à la pilule du lendemain se trouve aussi conditionnée à « l'objection de conscience » qui, même si elle n'est pas reconnue par la loi, fait office, dans beaucoup de cas, d'argument pour les fonctionnaires et les autorités publiques refusant sa distribution. Bien qu'il existe aujourd'hui une loi qui oblige les fonctionnaires à donner ce médicament lorsqu'il est sollicité [Biblioteca del congreso nacional, 2010] le manque de contrôle et d'évaluation rend le dispositif légal peu effectif. En conséquence, dans certains centres de santé publics, la pilule du lendemain n'est guère dispensée, y compris dans des zones fortement urbaines.

« C'est une obligation de l'État que de garantir la distribution [de la pilule du lendemain] [cependant] [...], ce qui a été fait a été de valider la non-distribution de la pilule dans certaines communes, avançant l'argument de la "libre conscience" des fonctionnaires. C'est le cas de la commune de Puente Alto [grande commune située dans la région Métropolitaine de Santiago]. [...] De nos jours au Chili, nous n'avons pas la certitude que la pilule est distribuée comme le stipule la loi de 2010. Je pense donc qu'il y a eu une volonté de ne pas surveiller et ne pas s'immiscer dans ce sujet, comme dans tant d'autres sujets sur lesquels nous avons eu, et avons toujours, de graves écarts à propos du rôle qui incombe à l'État et la nécessité d'approfondir les sujets comme les droits sexuels et reproductifs des femmes. » (Entretien réalisé avec une ex-ministre du Service national de la femme au Chili, le 23 mars 2011 à Santiago du Chili.)

Par conséquent, nous observons que si dans les deux pays, les droits sexuels et reproductifs sont considérés comme un domaine de caractère technique, s'inscrivant dans un discours provenant de la science médicale, l'imbrication entre la science et le monde social se manifeste au moment de donner aux fonctionnaires de santé une marge de manœuvre sur la prise en compte des besoins et des droits des patients. Nous pouvons donc nous interroger sur la réalité du discours de scientificité attribué aux normes et aux politiques publiques dans la mesure où l'application effective de celles-ci dépend d'agents influencés par des représentations sociales conservatrices, qui, par exemple, peuvent considérer que l'usage de la pilule du lendemain est abortif et/ou que l'avortement en lui-même est un crime. Dans ces deux situations, le critère moral des fonctionnaires l'emporte sur les discours établis tant par la science que par les politiques publiques.

Le rôle éducatif des fonctionnaires de santé

Les extraits d'entretiens présentés sur les deux pays analysés, le Chili et la Colombie, soulignent le rôle central, dans l'exercice des droits sexuels et dans l'accès aux technologies disponibles pour maîtriser la reproduction, des professionnels de la santé qui mobilisent, dans leur travail, leurs propres représentations de la sexualité et des populations auxquelles ils s'adressent. Étant donné leur

compétence technique, les professionnels de santé s'inscrivent au cœur du projet pédagogique sur la sexualité.

La tâche pédagogique assignée aux fonctionnaires de santé leur octroie, au nom du bien-être, de la sécurité, et de la protection des personnes, une sorte de pouvoir pastoral [Foucault, 1984, p. 16-17]. La médecine est aujourd'hui envisagée comme un moyen d'assurer le bien-être de la population. En ce sens, les professionnels de santé sont chargés de signaler aux citoyen-ne-s les comportements sexuels « adéquats », afin de leur garantir un bon état de santé, qui va de pair avec le bien-être et la sécurité attendue par les usagers. L'exercice de ce pouvoir contribue à créer de nouvelles normes et valeurs en matière de sexualité. Ainsi, les sujets considérés comme en dehors des normes deviennent des groupes ciblés par les programmes et politiques publiques, et par les processus pédagogiques qui se produisent à l'intérieur des instruments étatiques.

Il convient ici d'ajouter que les représentations qu'ont les professionnels de la santé des populations ciblées par les politiques publiques ont une incidence directe sur les soins qu'ils procurent ainsi que sur l'exercice que ces populations font de leurs droits sexuels et reproductifs. Lorsque les professionnels de santé parlent, dans les deux pays, de population « à risque » ou « vulnérables », ils construisent ces catégories et ils infantilisent les « patients », diminuant ainsi la possibilité de choisir qui est supposément accordée à ces derniers (ou du moins orientant fortement la décision).

Dans les deux États où l'influence de l'idéologie néolibérale est particulièrement prégnante, la prise en charge des droits sexuels et reproductifs par le système de santé suppose la reproduction des inégalités. En effet, les moyens investis dans le système public de santé se trouvent la plupart du temps limités par les budgets de l'État, et, par conséquent les services publics de santé ne disposent pas des mêmes ressources et ne sont pas en mesure de dispenser la même qualité de soins que le système privé.

Or, si nous considérons que la notion de droits sexuels et reproductifs implique une réflexion en termes de justice sociale, nous pouvons signaler l'absence des deux dimensions de celle-ci selon le modèle de Fraser [1997]. Pour cette auteure, la justice sociale constitue d'un côté la redistribution égalitaire qui concerne les droits de l'homme et d'un autre côté une reconnaissance des différences selon les particularités de chaque population. Tant au Chili qu'en Colombie, nous ne pouvons pas parler d'un exercice égalitaire des droits reproductifs et sexuels puisque les interventions visant le contrôle de la fécondité s'adressent à des groupes de populations spécifiques, notamment les femmes issues de milieux marginalisés et leurs partenaires. En ce qui concerne la reconnaissance de la différence, elle n'est pas non plus prioritaire, dans le sens où l'on peut observer un impératif de médicalisation¹⁴, notion associée au progrès et à la civilisation par le biais d'idées

14. Notre travail du terrain rend compte de la manière dont les professionnels de la santé considèrent l'usage des méthodes de contraception contemporaines ainsi que l'assistance à des services de santé comme

importées s'inscrivant dans de plus larges rapports de pouvoir nord-sud. Ces rapports peuvent s'observer de manière plus évidente lorsque l'on s'intéresse à ces groupes marginalisés, perçus par une grande partie des fonctionnaires interviewés comme plus éloignés d'une sexualité médicalisée qui est à la fois devenue un impératif et une norme [Bozon, 2004].

La construction d'une typologie de population

L'incorporation de la notion de droits sexuels et reproductifs dans les dispositifs normatifs étudiés a impliqué la construction de segments de population dits vulnérables : principalement la jeunesse, la population rurale et la population urbaine vivant sous le seuil de la pauvreté. Nous avons donc remarqué que les documents officiels, tant dans le cas chilien que dans le cas colombien, s'intéressent notamment aux jeunes et adolescents, un groupe de population considéré comme particulièrement « à risque » en termes de santé publique. Chez les jeunes et les adolescents, on considère en effet qu'il y a une prévalence des comportements sexuels pouvant induire une menace pour le reste de la population : l'existence des rapports sexuels sans protection, induisant de hauts taux du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, de même que le maintien des cercles de pauvreté associés aux grossesses adolescentes. Certains entretiens réalisés auprès des fonctionnaires de santé montrent que cette perception est largement partagée : « Le travail avec les jeunes nous permet de dire que le risque principal est celui des infections sexuellement transmissibles, mais ceci se trouve associé à un mauvais comportement sexuel [et social]. Chez les jeunes, cela se traduit par la consommation d'alcool et les addictions. Tout cela induit que les jeunes présentent un risque plus élevé d'avoir des rapports sexuels sans protection. » (Psychologue chargée du programme d'orientation pour les jeunes. Entretien réalisé le 9 novembre 2011 à Pasto, Nariño, Colombie.)

Nous constatons donc que cette tranche d'âge est perçue comme une population homogène avec des schémas de comportements semblables et « dangereux ». En outre, dans les deux pays étudiés, nous voyons se dessiner la construction d'un segment populationnel défini par une situation de précarité. Dans les deux systèmes de santé, les textes proposent de s'intéresser notamment à la population vulnérable en termes économiques. Encore une fois, nous revenons sur la construction des groupes qui sont les plus ciblés par les dispositifs de gouvernements des corps [Berlivet, 2004], ces instruments étant axés principalement sur une population féminine, qu'il s'agisse de femmes défavorisées ou bien de jeunes adolescentes. Bien que les définitions internationales des droits sexuels et reproductifs reconnus comme droits de l'homme insistent sur le principe d'égalité et sur le fait

des comportements propres à des populations plus développées, plus éduquées. Ainsi ces comportements sont considérés comme éloignés des groupes de populations marginalisés.

que ces droits concernent autant les hommes que les femmes, nous pouvons noter que dans les deux pays étudiés les politiques publiques se focalisent sur le contrôle du corps des femmes, car celles-ci sont les plus directement concernées dans le processus reproductif.

L'association historique maternité-reproduction a impliqué que dans le processus du transfert et d'appropriation de la notion des droits sexuels et reproductifs, les fonctionnaires chargés de la mise en place des programmes de santé sexuelle et reproductive contribuent au maintien des modèles traditionnels, continuant à donner aux femmes la responsabilité parentale. Nous avons pu observer ce phénomène lorsque les médecins interviewés font référence aux femmes comme les principales destinataires des services de soin et d'orientation en matière de contraception, ainsi que pour tout ce qui est en rapport avec la maternité et la grossesse.

« Il devrait exister une plus grande conscience sur la prise de contraceptifs chez les jeunes femmes adolescentes afin d'éviter les grossesses non désirées [...] D'autre part, les services publics de santé devraient disposer d'une grande variété de contraceptifs sans aucun coût [financier] afin que toutes les usagères puissent y accéder. » (Entretien réalisé le 23 mars 2011 à Santiago du Chili.)

De cette manière, l'assignation aux femmes du rôle reproductif constitue la clé de voûte de la domination exercée sur les corps de celles-ci. Cette dernière se matérialise à travers la mise en œuvre de politiques publiques concernant la sexualité et la reproduction qui contribuent à perpétuer des asymétries entre les sexes avec l'assignation de tâches spécifiques aux femmes et l'émergence de dispositifs hétéronormés excluant *de facto* l'homosexualité.

La reproduction à la base de l'hétéro normativité

Comme nous l'avons soulignée en amont, la prise en charge des questions relatives aux droits sexuels et reproductifs s'est focalisée, au Chili et en Colombie, sur la réduction des taux de grossesses non désirées chez les jeunes et les adolescentes. Pour cela, l'accent est mis sur la nécessité de sensibiliser cette population à l'usage de moyens modernes de contraception. Cela montre l'existence d'une association d'idée entre sexualité et reproduction, ce qui constitue la base de l'hétéro normativité. De fait, les entretiens réalisés reflètent un discours qui n'envisage la possibilité de vivre la sexualité qu'à travers les unions hétérosexuelles.

Dans les deux pays, toute l'attention se porte sur le gouvernement de la sexualité des adolescents, en raison de l'existence d'un taux élevé des grossesses précoces¹⁵, assignant *de facto* à la « majorité » de la population une hétérosexualité.

15. Au Chili, le taux de grossesse chez les jeunes et adolescents représente 16,1 % de cette population selon les chiffres présentés par le ministère de la Santé [Ministerio de Salud, 2013, 53 p.]. En Colombie, le taux de grossesse adolescente est de 13,8 % dans les zones urbaines, et de 22,2 % dans les zones rurales en 2010 selon le Haut conseil présidentiel pour l'équité de la femme [Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer, 2010, p. 3].

Bien que l'on parle de tolérance vis-à-vis des « autres », notamment la population homosexuelle, il est assumé que celle-ci constitue une minorité. Cette dualité qui s'exprime depuis la posture du « majoritaire normatif » contribue à la production de normes d'exclusion [Butler, 2006]. Nous pouvons constater des exemples d'un discours qui est à la fois inclusif, mais qui se construit et s'exprime clairement depuis la norme hétérosexuelle : « Nous travaillons pour apprendre aux jeunes à ne pas considérer l'homosexualité comme une maladie [cependant il a été observé] une résistance pour partager les espaces avec des personnes ayant une *orientation sexuelle différente à celle des jeunes*. Alors, notre travail consiste aussi à sensibiliser les jeunes à cette thématique. » (Entretien avec un psychologue chargé d'un programme d'éducation sexuelle en Colombie mené le 1^{er} décembre 2012 Pasto, Nariño, Colombie.)

Ce récit est assez révélateur de la coexistence d'un intérêt émancipateur et d'une position qui est située du côté de la « majorité », lorsque l'on assume que la « condition homosexuelle » est étrangère à celle des jeunes qui fréquentent le programme. Même si cet extrait ne nous permet pas de généraliser les représentations dominantes chez les fonctionnaires des deux États, nous croyons qu'il illustre la coexistence de normes et d'idées qui montrent que la mise en œuvre de la politique de santé ne se trouve pas seulement assujettie aux directives données par l'autorité publique, mais aussi qu'elle passe par le transfert des représentations et des multiples positions (statut social, genre, classe, âge) qui définissent ceux qui agissent comme un pont entre l'État et les citoyen-ne-s. Ainsi, la réflexion a été centrée sur le rôle joué par ceux qui se situent au cœur des interactions quotidiennes avec les usagères et usagers des instruments implantés par l'État. Nous pensons qu'à ce niveau intermédiaire s'exerce un pouvoir très intéressant qui peut sans doute s'avérer clé pour la compréhension de la boîte à outils de l'État [Muller, 2000].

Conclusion

Dans cet article nous avons tenté de montrer comment l'intégration de la notion des droits sexuels et reproductifs dans les discours étatiques relève de processus transnationaux. Nonobstant, la reconnaissance de ces droits est un processus plein d'enjeux. En effet, dans les deux sociétés étudiées, les ancrages culturels provenant d'une morale chrétienne, des héritages du colonialisme, des conflits armés ou bien d'un passé dictatorial, conditionnent l'ethos du secteur politique, mais aussi, celui de la société dans son ensemble. Ce dernier se répercute indubitablement sur les représentations de ce qui est considéré adéquat ou non en matière de sexualité et de reproduction. Ainsi, les États chiliens et colombiens se réapproprient la notion de droits sexuels et reproductifs, née au sein de la société internationale, et l'adaptent à leur réalité à travers l'élaboration de lois, de programmes et de politiques publiques principalement adressés à des secteurs de populations considérés comme les plus vulnérables. Or, dans ces politiques, l'intérêt s'est tourné vers la notion de santé, comme un discours plus récent qui produit de nouvelles normes médicales

sur la sexualité et sur le contrôle démographique principalement adressé à des secteurs minorisés.

Ces secteurs constitués par les jeunes, les adolescents, et les femmes issus des milieux défavorisés deviennent la cible de dispositifs visant le gouvernement des corps pour lequel les États estiment devoir assumer un rôle pédagogique afin de ne pas mettre en danger « le développement » et la santé du pays. Les fonctionnaires de santé, chargés de la mise en œuvre de ces politiques, reproduisent souvent des représentations qui tendent à diminuer les possibilités de choix au niveau de la sexualité de ces groupes ciblés et se focalisent sur le domaine de la reproduction. De ce fait, il peut sembler exagéré d'affirmer que les droits sexuels et reproductifs existent au Chili et en Colombie dans la mesure où leur reconnaissance et leur exercice effectif ne s'appliquent pas de la même façon à l'ensemble de la population.

Bibliographie

- ALTA CONSEJERÍA PRESIDENCIAL PARA LA EQUIDAD DE LA MUJER [2011], *Seguimiento a la política social del gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género : Salud sexual y reproductiva*, 3 p. : <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-Estado-Tasa-fecundidad-edad.pdf> (page consultée le 7 février 2014).
- BACHETTA P. [2010], « Réflexions sur les alliances féministes transnationales », in FALQUET J., HIRATA H., KERGOAT D., LABARI B., LEFEUVRE N., SOW F. (dir.), *Le Sexe de la mondialisation. Genre, classe, race et nouvelle division du travail*, Paris, Presses de Sciences Po, 278 p.
- BERLIVET L. [2004], « Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in FASSIN D., MEMMI D. (dir.), *Le Gouvernement des corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 37-75.
- BIBLIOTECA DEL CONGRESO NACIONAL DE CHILE [2010], *Ley núm. 20.418 Fija normas sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad* : <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482> (page consultée le 7 juillet 2013).
- BOULLANT F. [2009], « Michel Foucault : le réseau des corps », in MEMMI D., GUILLO D., MARTIN O. (dir.), *La Tentation du corps*, Paris, Éditions de l'EHESS, p. 47-94.
- BOZON M. [2004], « La nouvelle normativité des conduites sexuelles ou la difficulté de mettre en cohérence les expériences intimes ? », in MARQUET J. (dir.), *Normes et conduites sexuelles contemporaines*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 15-33.
- BUTLER J. [2006], *Trouble dans le genre : le féminisme et la subversion de l'identité*, Paris, La Découverte, 294 p.
- CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA [2006], *Sentencia C-355/06* : <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm> (page consultée le 10 mars 2013).
- CURIEL O. [2013], *La Nación heterosexual, análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*, Bogotá, Brecha Lésbica y en la frontera, 197 p.

- DIDES CASTILLO C. [2006], *Voces en emergencia : el discurso conservador y la píldora del día después*, Santiago, Flacso Chile, 187 p.
- FORSTENZER N. [2012], *Politiques de genre et féminisme dans le Chili de la post-dictature (1990-2010)*, Paris, L'Harmattan, 264 p.
- FOUCAULT M. [1984], *L'Usage des plaisirs, L'histoire de la sexualité*, vol. 2, Paris, Gallimard, 339 p.
- FOUCAULT M. [2001], « La gouvernementalité », in FOUCAULT M., *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, p. 635-657.
- FRASER N. [1997], « La justicia social en la época de la política de la identidad : redistribución, reconocimiento y participación », *Estudios ocasionales CIJUS Universidad de los Andes*, noviembre, p. 9-29.
- GÚZMAN V., SEIBERT U., STAAB S. [2010], « Democracy in the country but not in the home ? Religion, politics and women's rights in Chile », *Third World Quarterly*, vol. 31, n° 6, p. 971-988 : <http://dx.doi.org/10.1080/01436597.2010.502730> (page consultée le 16 septembre 2014).
- GYSLING J. [1994], « Salud y derechos reproductivos : conceptos en construcción », in VALDÉS T., BUSTO M. (dir.), *Sexualidad y reproducción hacia la construcción de derechos*, Santiago du Chili, Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS), p. 13-26.
- HASSENTEUFEL P. [2011], *Sociologie politique : l'action publique*, Paris, Armand Colin, 318 p.
- IHL O., KALUSZYNSKI M., POLLET G. [2003], « Introduction : pour une socio-histoire des sciences de gouvernement », in IHL O., KALUSZYNSKI M., POLLET G. (dir.), *Les Sciences de gouvernement*, Paris, Economica, p. 1-21.
- KALUSZYNSKI M., PAYRE R. [2013], « Savoirs de gouvernement, circulations, traductions, réceptions », in KALUSZYNSKI M., PAYRE R. (dir.), *Les Savoirs du gouvernement*, Paris, Economica, 190 p.
- MARQUES-PEREIRA B. [2005], « Le Chili : les femmes et la gauche. Une relation amicale ? », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 12, n° 3, p. 365-378.
- MARQUES-PEREIRA B. [2012], « Savoir et système de genre au Chili : une connaissance à vocation politique et pragmatique dans un contexte de démocratisation », *Revue internationale de politique comparée*, vol. 19, n° 3, p. 127-148.
- MINISTERIO DE EDUCACION [1999], *Jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad. Conversar para crecer juntos*, Santiago, Chile, 15 p. : http://www.pasa.cl/wp-content/uploads/2011/08/JOCAS._Conversar_para_crecer_juntos_MINEDUC.pdf (page consultée le 11 juillet 2013).
- MINISTERIO DE SALUD [2000], *Resolución 2326*, 9 diciembre, Santiago, Chile : <http://www.ley-chile.cl/Navegar?idNorma=178647> (page consultée le 17 novembre 2014).
- MINISTERIO DE SALUD [2012], *Programma nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes. Plan de acción 2010-2020*, Santiago, Chile, 170 p. : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/d263acb5826c2826e04001016401271e.pdf> (page consultée le 18 février 2014).
- MINISTERIO DE SALUD [2013], *Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad*, Santiago, Chile, 167 p. : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4ede9fe04001011f014bf2.pdf> (page consultée le 5 février 2014).
- MINISTERIO DE SALUD [2013], *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*, Santiago, Chile, 53 p. : <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c908a2010f2e7dafe040010164010db3.pdf> (page consultée le 7 février 2014).

- MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL [2003], *Politique nationale de santé sexuelle et reproductive*, Bogota, Colombia : http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf (page consultée le 8 février 2013).
- MIRANDA-PÉREZ F. [2013], « Débat sur la pilule du lendemain au Chili : la judiciarisation d'un problème public d'ordre moral », *Revue interdisciplinaire des travaux sur les Amériques (RITA)*, n° 6, colloque international *Dépasser les dichotomies : Penser autrement les Amériques ?*, 18 p. : http://www.revue-rita.com/images/PDFn6/Miranda-Perez_n6.pdf (page consultée le 5 juillet 2013).
- MORENO A. [2011], « Superar la exclusión, conquistar la equidad : reformas, políticas y capacidades en el ámbito social », in LANDER E. (dir.), *La Colonialidad del saber : eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*, Buenos Aires, Fundación Centro de Integración Comunicación Cultura y Sociedad-CICCUS, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales-CLACSO, p. 181-194.
- MULLER P. [2000], « L'analyse cognitive de politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, vol. 50, n° 2, p. 189-208.
- PIEPER MOONEY J. [2008], « Salvar vidas y gestar la modernidad : médicos, mujeres y Programas de Planificación Familiar en Chile », in ZARATE M. (dir.), *Por la salud del cuerpo, Historia y políticas sanitarias en Chile*, Santiago du Chili, Ediciones universitarias Alberto Hurtado, p. 189-220.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) [2010], *Desarrollo humano en Chile. Género los desafíos de la igualdad*, http://www.pnud.cl/areas/Genero/2012/PNUD_LIBRO.pdf (page consultée le 7 février 2014).
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD) [2013], *Objectifs du millénaire pour développement* : http://www.pnud.cl/areas/Genero/2012/PNUD_LIBRO.pdf (page consultée le 15 juillet 2013).
- SCOTT J. [1988], « Le genre, une catégorie utile d'analyse historique », in SCOTT J., *Le Genre de l'histoire*, Paris, Cahiers du GRIF, p. 125-153.
- SHEPARD B. [2009], « Conversaciones y polémicas : un programa de educación sexual en Chile », in SHEPARD B., *La Salud Sexual y Reproductiva, una carrera de obstáculos*, Santiago du Chili, FLACSO-Chile et Catalonia, p. 193-256.
- WILLS M., CARDOZO F. [2010], « Los partidos colombianos y la representación de las mujeres (1990-2006) », *Colombia internacional*, vol. 71, n° 1, p. 127-149.

La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme

*Josephine Diallo**

C'est lors de la conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, que le recours à la planification familiale a été consacré en langage de droit au niveau international [Sai, 2004]. Le plan d'action du Caire définit le droit à la maîtrise de la fécondité comme liberté de décider du moment, du nombre et de l'espacement de ses enfants. Par conséquent, ce droit implique le droit à l'information, le droit à l'accès aux méthodes de régulation des naissances et l'autonomie décisionnelle [ONU, 1994, art. 7.2]. Pourtant « l'évolution des lois ne garantit [...] pas l'amélioration de la situation concrète des femmes ». [Ordioni, 2005, p. 103.] Faute d'application du droit positif, les femmes continuent de subir des discriminations dans beaucoup de domaines. Bien qu'inscrit dans le droit international et national, le droit à la maîtrise de la fécondité ne prend un effet concret que par les politiques publiques de mise en œuvre.

Beaucoup plus qu'un simple fait biologique, la sexualité féminine sert comme toile de projection des conceptions sociétales, culturelles et religieuses de la famille et de la communauté. « Dans ce domaine, les questions de genre [...] interfèrent immédiatement avec les questions de santé stricto sensu. » [Andro, Desgrées du Loû, 2009, p. 3.] La sexualité et la procréation prennent place dans le cadre des relations dissymétriques. Ce sont les femmes qui portent les grossesses et enfantent, mais, « les hommes n'en ont pas moins un rôle crucial à toutes les étapes des processus de la procréation : comme partenaires sexuels bien sûr, mais aussi comme détenteurs d'une large part du pouvoir de décision au sein de la sphère conjugale et familiale, comme détenteurs majoritaires du pouvoir politique et économique. De ce fait, un des aspects majeurs de la domination masculine est en effet l'appropriation par les hommes du pouvoir de fécondité des femmes ». [*Ibid.*]

À travers la technologie contraceptive, les femmes acquièrent – en théorie – la possibilité de contrôler la fonction reproductive de leur corps et de « corriger » ainsi leur statut de dominées. L'utilisation de la planification familiale permettrait

* Doctorante, université de Bremen (Allemagne).

en conséquence de réaliser d'autres droits reproductifs, voire d'autres droits humains – civils, politiques, économiques et sociaux [Cook, 1993].

Toutefois, la recherche sociologique et anthropologique montre que la simple possibilité de recourir à la contraception ne « libère » pas automatiquement les femmes. Bajos, Ferrand et Hassoun s'intéressent à la médicalisation de la contraception et analysent comment, en se référant aux normes socioculturelles, les prestataires de santé filtrent les demandes contraceptives et refusent de donner des prescriptions à certaines femmes [Bajos, Ferrand, Hassoun, 2002]. Les méthodes contraceptives étant sujettes aux prescriptions (à l'exception des méthodes de barrière), le rôle du personnel médical paraît fondamental pour la réalisation du droit à la maîtrise de la fécondité. En même temps, il se voit confronté à une multitude de normes – socioculturelles, religieuses, médicales, légales, etc. – et les critères de son filtrage sont définis par la gestion de ce carrefour normatif.

Cet article propose d'analyser de plus près cette situation de concurrence normative et s'interroge sur le rôle de la politique étatique contraceptive. Le faible taux de contraception (12 % au Sénégal pour les méthodes dites modernes [ANSD, 2012, p. 30]) est souvent expliqué par l'existence des pesanteurs socioculturelles et religieuses [Naré, Katz, Tolley, 1997 ; Petchesky, 2000 ; Ouattara, Bationo, Gruénais, 2009 ; Jaffré, 2012]. Loin de questionner le rôle de ces pesanteurs, cet article propose une autre dimension à l'analyse. Dans une première partie l'approche sanitaire de la politique contraceptive sénégalaise sera mise en exergue. Nous argumentons que malgré une intégration officielle d'une approche basée sur les droits, la politique reste fortement marquée par un prisme sanitaire qui prône la planification familiale comme méthode d'espacement des naissances et comme solution phare dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile élevée. Dans la deuxième partie nous analyserons comment cette orientation médicale de la politique influence le comportement des prestataires de santé et la manière dont ils filtrent les demandes contraceptives. Nous soutenons qu'autant individuelle que semblerait la décision du prestataire de refuser ou non la contraception à une femme, la politique y joue aussi un rôle. Nous avançons l'hypothèse que dans certains cas de figure, le prestataire agit à l'encontre des normes sociétales en se référant à l'orientation médicale de la politique. Ceci nous amène à supposer qu'une politique contraceptive pourrait, si elle est axée sur la réalisation des droits de l'homme, contribuer à la réalisation des droits reproductifs et sexuels. Nous tentons ainsi d'interroger le mythe de l'impuissance politique [Ibhawoh, 2000] face à l'environnement socioculturel.

L'article repose sur une recherche de terrain de quatre mois à Dakar entre juin et octobre 2012. En plus d'une analyse des documents politiques et juridiques, 66 entretiens semi-structurés avec des femmes utilisatrices et non-utilisatrices d'une contraception, des personnels de santé, des parlementaires et des personnes impliquées dans la mise en œuvre des politiques et programmes contraceptives ont été menés. Les résultats ont été enrichis par plusieurs courtes missions

d'observation participante dans une maternité de la banlieue dakaroise, ainsi qu'à l'occasion des ateliers et conférences sur la planification familiale. La collaboration avec le West African Research Center nous a permis d'avoir accès aux structures sanitaires et de mener des entretiens avec le personnel¹. Nous avons rendu anonymes tous les entretiens et utilisons des pseudonymes.

La contraception : un médicament ou un droit ? L'approche sanitaire de la politique contraceptive sénégalaise

Au Sénégal, l'offre contraceptive a débuté loin des structures publiques. C'est en 1970, dans une clinique privée, la clinique du Croix Bleue, que la technologie contraceptive a été proposée pour la première fois aux Sénégalaises [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990, p. 7]. Ce n'est qu'en 1990 que l'État sénégalais a mis en place le Programme national de planification familiale (PNPF) unifiant les différentes actions des bailleurs de fonds internationaux² [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990].

Le PNPF part de deux constats majeurs. Premièrement, la mortalité maternelle et infantile est très élevée : en 1990, 14 % des enfants meurent avant l'âge d'un an et le taux de mortalité maternelle est de 530 décès pour 100 000 naissances vivantes [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990, p. 3]. Deuxièmement, le taux de prévalence contraceptive reste faible. Les aspects socio-culturels et religieux y sont identifiés comme contraintes majeures [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990, p. 15]. En réponse, le document définit la contraception comme une méthode d'espacement des naissances (notons que les mots « mères » et « femmes » y sont utilisés de manière interchangeable). En outre, le PNPF l'inscrit dans une approche sanitaire comme instrument pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Afin de légitimer le recours à la contraception, le document est en plus fortement marqué par un souci de souligner l'adéquation de la planification familiale avec la culture sénégalaise. Renvoyant à l'allaitement allongé et à la séparation géographique traditionnelle des conjoints après l'accouchement, le PNPF tente d'inscrire la nouvelle technologie dans la continuité des traditions [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990, p. 20].

Depuis la mise en place du PNPF en 1990, le concept des droits reproductifs a été consacré au plan international. Après avoir activement participé à la conférence du Caire, le Sénégal a ratifié le protocole de Maputo³. À première vue, les développements internationaux semblent avoir influencé l'orientation de la

1. Nos recherches n'ont pas étudié la stérilisation et la contraception d'urgence du fait que d'autres acteurs, à savoir des médecins et des pharmaciens, sont impliqués dans l'offre de ces services.

2. Le champ de la planification familiale continue d'être une arène où interviennent de multiples acteurs et actions. Pour une analyse du dispositif institutionnel autour de la planification familiale [Coulibaly, 2012].

3. Adopté le 11 juillet 2003, le Protocole de la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits de la femme en Afrique consacre les droits reproductifs dans son article 14.

politique nationale. Autant que sur le plan légal que sur le plan administratif, les droits reproductifs ont été pris en compte. En 2005, le Parlement sénégalais a voté la loi n° 2005-18, relative à la santé de la reproduction⁴. [République du Sénégal, 2005.] Dès sa première phrase, cette loi est ancrée dans une approche basée sur les droits. Elle consacre entre autres le droit à la maîtrise de la fécondité dans son article 12. Les documents politiques, les *Standards des services de santé adaptés aux adolescents-e-s/jeunes du Sénégal*, validés en 2011, se font également remarquer par une approche fondée sur les droits. Ils énoncent les droits des adolescent(e)s/jeunes en matière de santé reproductive comme principe directeur [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 2011, p. 3].

Néanmoins, plusieurs éléments nous amènent à interroger cette réorientation. Tout d'abord, la faisabilité du programme prôné par les standards, à savoir les formations des prestataires et la réorganisation des points de prestations avec la création des « espaces ados », a été mise en doute par plusieurs de nos interlocuteurs. Tout comme la loi de 2005, les standards risquent de ne rester que des ambitions écrites. Notons qu'au moment des recherches de terrain, la loi ne s'était pas encore concrétisée par un décret d'application. Sur le terrain elle restait inconnue ; aucun prestataire de santé interrogé ne connaissait ce texte. De plus, bien que la loi soit fortement marquée par un langage des droits de l'homme, les discours qui l'entourent s'abstiennent de cette orientation. Ceci reflète principalement le souci de légitimité des initiateurs de la loi qui cherchaient activement le soutien des forces religieuses. Pour des raisons stratégiques, les discours officiels ont préféré souligner l'effet sanitaire de la loi au lieu de mettre l'accent sur la dimension des droits reproductifs des femmes. L'historique de la loi montre bien à quel point la liberté des femmes de décider et de gérer leur corps est perçue par certaines forces comme une atteinte aux structures sociales [Fried, 2004, p. 274].

On peut ainsi constater que l'intégration officielle d'une approche fondée sur les droits n'a pas produit un véritable changement de la politique sénégalaise en matière de planification familiale. Comme l'a souligné Rangeon, la pratique administrative est un des éléments influençant l'effectivité de la règle de droit :

« [...] l'administration peut avoir une interprétation et une application strictes de la règle, ou au contraire procéder par arrangements et négociations, accorder des dérogations et adapter les modalités d'application du texte aux différents publics concernés ». [Rangeon, 1989, p. 141.]

Il nous paraît que dans la mise en œuvre de la politique, l'administration n'applique pas à la lettre les textes juridiques, mais que sa politique est marquée par le prisme sanitaire suite au souci d'apporter une légitimation culturelle et religieuse à la technologie. En outre, de par l'implication des forces religieuses dans les campagnes de sensibilisation, la notion des droits est le plus souvent

4. Cette loi est issue de la réception des conclusions du Caire et est le produit d'un processus sous régional et principalement parlementaire.

absente des communications. Il est indispensable d'analyser ce relais de l'administration, car « les réseaux d'alliance [...] constituent pour l'administration un appui précieux permettant de diffuser et d'appliquer, ou au contraire de bloquer ou de détourner une nouvelle réglementation ». [*Ibid.*]

L'imam, qui bénéficie d'une autorité morale aux yeux des populations, est utilisé comme leader d'opinion⁵. Le projet Initiative sénégalaise de santé urbaine, qui vise à relever la prévalence contraceptive et qui est mis en œuvre par un consortium d'ONG et d'organisations internationales à l'appui du gouvernement, est particulièrement illustratif à cet égard. Un axe d'intervention du projet a été consacré à la formation des leaders religieux musulmans et à la production de deux documents, à savoir *L'Argumentaire islamique sur l'espacement des naissances* et *Pour une meilleure compréhension de la planification familiale selon les enseignements islamiques authentiques*. Sans faire référence aux droits de l'homme, les documents argumentent pour la licéité conditionnelle de la planification familiale. L'utilisation serait conforme aux enseignements de l'islam si elle se fait en vue d'un espacement des naissances dans le cadre du mariage, par des méthodes réversibles ne provoquant pas d'avortement et pour des raisons sanitaires ou économiques [Kébé, 2011, p. 8]. Les valeurs religieuses avancées se heurtent aux fondements des droits reproductifs et notamment aux principes de l'autonomie décisionnelle et de la non-discrimination. Toutefois, la mortalité maternelle et infantile continuant d'être l'un des plus pressants problèmes sanitaires au Sénégal⁶, nos interlocuteurs au ministère de la Santé et de l'Action sociale soutiennent que la combinaison de l'approche sanitaire de la politique et de la collaboration avec les religieux serait la stratégie la plus prometteuse.

Carbonnier attire l'attention sur le fait que même les personnes chargées de la mise en œuvre du droit se réfèrent éventuellement à des normes alternatives [1978]. Est-ce que derrière l'approche sanitaire ne se cacheraient pas également des opinions personnelles des fonctionnaires ? Une discussion sur les méthodes contraceptives avec un cadre impliqué dans la santé reproductive des adolescentes suggère cette question (qui mériterait de faire l'objet de recherches plus poussées) :

« La première méthode de contraception pour les jeunes est l'abstinence. La religion interdit l'acte sexuel avant le mariage. La coutume conseille aux jeunes de s'abstenir. On tient beaucoup à la virginité de la femme. On a beau être moderne, mais sur cet aspect, on y tient... Lors d'une conférence, j'ai présenté les nouveaux standards. Comme qu'il y avait beaucoup de jeunes dans le public, je n'ai pas pu m'empêcher de leur dire "Mais cela ne veut pas dire que vous ne devriez pas être abstinents". Après, les gens m'ont dit que j'étais en train de faire le prêche... Parfois je me demande pourquoi Dieu m'a envoyé à ce bureau. Pour quelle mission ? Je n'ai pas encore trouvé de réponse. Quand je lis les textes religieux, quand je parle

5. Cette approche s'inscrit dans le cadre plus global du « contrat social sénégalais ». Ce « contrat » comble le déficit de légitimité sociologique du pouvoir étatique en le liant à la société à travers des confréries musulmanes [O'Brien, 2002, p. 83].

6. Dans la période 2007-2001, 47 enfants nés vivants sur 1 000 sont décédés avant d'atteindre leur premier anniversaire [ANSD, 2012, p. 117] et la mortalité maternelle est de 392 décès pour 100 000 naissances [ANSD, 2012, p. 273].

à ma fille, c'est la religion... mais quand je suis obligé de dire aux prestataires de santé qu'il faut donner des méthodes de planification familiale, c'est un dilemme pour moi. »

Cette première partie nous a permis de constater que l'approche sanitaire qui préconise la contraception comme méthode d'espacement des naissances continue d'être la logique sous-jacente à la politique contraceptive sénégalaise. En plus de rappeler les normes socioculturelles et religieuses, la politique a également forgé une certaine norme médicale de la contraception qui consiste à préconiser un recours à la technologie pour toute femme ayant eu des maternités et/ou accouchements difficiles.

Le prestataire de santé : un filtre des demandes contraceptives

Le constat de la faible prévalence contraceptive en Afrique subsaharienne a entraîné une pluralité d'études sur les barrières à l'accès [Naré, Katz, Tolley, 1997 ; Nguer, Reynolds, 2004 ; Jaffré 2012]. La liste non exhaustive contient : le manque généralisé du personnel et des structures sanitaires, la distribution géographique fortement inégale, le coût économique élevé, les heures d'ouverture réduites, la mauvaise qualité de l'offre des services, l'organisation des structures sanitaires et le manque de confidentialité. De plus, le refus brut des prescriptions a été identifié comme obstacle majeur. Naré, Katz et Tolley décrivent comment, face aux célibataires, les prestataires auraient tendance à se référer aux normes socioculturelles qui associent la sexualité étroitement au mariage et à la procréation et préconiseraient l'abstinence avant l'entrée en union [1997]. S'intéressant aux acteurs de domination des femmes, Ouattara, Bationon et Gruénais portent eux aussi une attention particulière aux agents de santé :

« Ces personnels ne sont pas, bien évidemment, uniquement des techniciens dont le paradigme de référence se limite au seul savoir médical : ils sont certes médecins, infirmiers, auxiliaires de santé, mais aussi membres de leur communauté et donc également imprégnés, y compris au cours de leur pratique professionnelle, des valeurs de leur monde social d'appartenance et des "violences structurelles" qui leur sont liées. » [2009, p. 82.]

Les auteurs argumentent que le personnel de santé burkinabé agit comme « entrepreneur de morale » dévalorisant et stigmatisant toute femme mère célibataire qui ne s'est pas conformée à l'impératif du mariage [2009, p. 93].

Cet article tente d'affiner l'analyse du refus et interroge le rôle de la politique étatique dans la gestion du carrefour normatif par le prestataire. Le cas d'une femme venant dans une maternité pour demander la contraception auprès d'un prestataire de santé mobilise différentes normes. « La pratique médicale [...] n'est pas exempte de normativité. » [Bajos, Ferrand, Hassoun, 2002, p. 47.] Au contraire, la salle de consultation est plutôt un lieu de concurrence normative : les stratégies d'utilisation contraceptive des femmes rencontrent les opinions personnelles des prestataires et leurs expériences professionnelles. Cette interaction prend place dans un cadre plus global de la norme médicale véhiculée par la politique

étatique ainsi que des normes culturelles et religieuses de la société. Jaffré décrit les sociétés d'Afrique subsaharienne comme des sociétés mono-normées valorisant la fécondité ainsi que la virginité avant le mariage [2012]. Bob *et al.* soulignent, dans une étude sur la sexualité au Sénégal, le pouvoir du mari, à qui le code de la famille confère le statut de « chef de famille » [2008].

C'est dans ce carrefour normatif que prend effet (ou pas) le droit à la maîtrise de la fécondité. Dans la négociation des différentes normes en jeu, le prisme sanitaire de la politique nationale influence les prestataires qui filtrent les demandes contraceptives. Nous argumentons ici qu'ils ne se réfèrent pas automatiquement aux normes sociétales, mais en se basant sur la norme médicale forgée par la politique et en fonction de la stratégie contraceptive des femmes, ils peuvent même être amenés à les contourner.

Jaffré a identifié trois ensembles de raisons qui poussent les femmes à vouloir moins d'enfants : la fatigue du corps, le respect de la temporalité et la suite des générations, ainsi que le coût économique associé à un nombre important d'enfants [2012, p. 45]. La typologie de Coulibaly est proche de celle de Jaffré et différencie entre motivations sanitaires, économiques et morales [2012]. Dans notre échantillon, la majeure partie des femmes avait recours à la contraception soit pour des raisons d'ordre sanitaire ou économique, soit pour les deux à la fois⁷. Par contre, les motivations de cinq de nos enquêtées ne sont pas complètement prises en compte par les typologies proposées. Mariama (28 ans) a deux enfants et est mariée à un magistrat. Doctorante en droit, elle utilise la contraception pour avoir un nombre d'enfants bien déterminé et ceci selon le rythme qu'elle souhaite. Elle aimerait avoir encore deux enfants avec des écarts courts pour pouvoir se consacrer par la suite à sa carrière. Nous l'avons rencontrée au moment où elle s'est fait retirer ses implants et ceci à l'insu de son mari qui favoriserait un espacement de cinq ans. Elle trouve qu'un tel écart entre les enfants porterait préjudice à ses plans de carrière. Bineta (29 ans), Edwige (25 ans) et Coumba (22 ans) ont également des projets professionnels. Étudiantes, elles entretiennent des relations sexuelles avec leurs copains. La contraception leur permet de vivre ces relations sans le risque de tomber enceinte. Pour Maimouna (32 ans), archiviste et mariée depuis dix mois, la contraception lui permet d'entretenir des relations extraconjugales sans risque de grossesse et de rester ainsi indépendante de son mari. Elle continue de fréquenter d'autres hommes parce qu'elle désire ces relations sexuelles et amoureuses.

Ces cinq femmes utilisent la contraception selon une stratégie d'autonomisation. Elles recourent à la technologie pour réaliser des projets de vie ou vivre la sexualité qu'elles souhaitent sans devoir assumer ses conséquences reproductives. Il s'agit

7. Les stratégies d'utilisation contraceptive sont fluides et évoluent au cours de la vie. Elles débiteront souvent suite aux situations d'épreuves, comme des maternités ou accouchements difficiles, des situations économiques dures ou des expériences personnelles de honte [Coulibaly, 2012]. L'analyse des carrières contraceptives de nos enquêtées dépasse le sujet de l'article et nous nous limitons ici à décrire leurs motivations au moment de l'entretien.

ici des femmes qui ont une perspective de réalisation de soi autre que la maternité. Toutefois, la stratégie d'autonomisation s'entremêle, surtout dans les cas des étudiantes, avec la dimension morale abordée par Coulibaly. La contraception permet aussi à ces jeunes femmes de cacher leur activité sexuelle et leur épargne de devoir assumer leur déviance aux normes sociétales. Elles souhaitent terminer leurs études et entamer des carrières professionnelles, ce qui renforcerait leurs marges d'autonomie pour le mariage par exemple. Une grossesse, par contre, entraînerait la suspension (ou même l'arrêt) de leurs études, et diminuerait leur autonomie au sein de la famille. Après avoir « déçu » leurs parents, elles ne pourront plus revendiquer des libertés, mais devront se soumettre à la volonté parentale :

« Sans contraception, je risque de tomber enceinte un jour et ça va me gêner les études. J'adore mes études. Si jamais je tombe enceinte, je vais perdre les études. Et puis, ma maman ne sera pas satisfaite parce que ce n'est pas joli d'élever une fille jusqu'à cet âge et lorsqu'elle est au seuil de la réussite, elle tombe enceinte et gâche ses études sans mari. Non ! À l'école, j'ai connu une fille qui est tombée enceinte. Sa famille était un peu déçue parce qu'elle était brillante à l'école. L'année suivante elle s'est mariée. Son père l'a donnée en mariage. On l'a marié à un autre parce que le père de l'enfant était encore trop jeune. Elle ne voulait pas, mais elle avait un enfant. » (Edwige, 25 ans, étudiante à Dakar, originaire de Ziguinchor.)

La contraception met ces jeunes femmes en position de pouvoir gérer les différentes normes socioculturelles tout en s'organisant des marges d'autonomie. Un recours à la planification familiale leur permet de réaliser d'autres droits, d'abord les droits sexuels, mais aussi le droit à l'éducation et à la liberté de décision.

Bien que ces cinq femmes suivent toutes une stratégie d'autonomisation, elles ne se voient toutefois pas dans la même position face aux prestataires de santé. Tandis que la maternité confère à Mariama une légitimité sociale de recourir à la contraception, les autres se montrent timides en avançant leur choix devant les agents de santé. Elles sont conscientes du fait que les prestataires se voient dans la position de filtrer les demandes en contraception.

Pendant nos recherches nous n'avons rencontré aucun prestataire de santé qui refuse catégoriquement des prescriptions pour des méthodes contraceptives. Par contre, tous les prestataires dans notre échantillon ont indiqué refuser parfois des prescriptions ou de l'avoir fait dans le passé :

« Il y a de ces cas où je suis obligé de me rabattre sur le côté religieux. Je me dis "Pourquoi cette jeune fille veut faire la contraception, alors qu'elle est encore trop jeune, elle n'est pas mariée..." Je me dis que donner la contraception c'est une façon de la rendre plus libre. » (Adama Ba, 34 ans, infirmier dans un poste de santé dans la banlieue dakaroise, marié, un enfant.)

« Je le trouve très difficile de donner de la contraception aux jeunes. Ça me fait très mal. J'ai des enfants et je n'aimerais pas qu'elles fassent la même chose. Je me mets à la place des mamans de mes patientes... Notre religion aussi ne nous permet pas de donner des méthodes aux filles qui ne sont pas mariées. » (Oulèye Ndiaye, 53 ans, sage-femme dans un hôpital dakarois, mariée, trois enfants.)

« Elle [une cliente mariée, âgée de 37 ans, et mère de trois enfants] est venue et elle m'a dit que trois enfants étaient suffisants. Donc, je lui ai demandé "Et votre mari, qu'est-ce qu'il a dit par rapport à tout ça." Elle me dit qu'elle lui a rien dit. Donc je lui ai renvoyé en lui disant : "Ah, il faut se concerter avec le mari parce que la planification familiale concerne aussi le mari. Il faut l'avis du mari. Si vous avez fini de discuter, vous prenez une décision. Mais toi seule, tu ne peux pas prendre la décision d'arrêter les grossesses comme ça". » (Coumba Cissokho, 47 ans, sage-femme dans un hôpital dakarais, mariée, quatre enfants.)

Ces différents témoignages illustrent des refus de prescriptions contraceptives sur la base des normes socioculturelles et religieuses. Adama Ba et Oulèye Ndiaye, face à la demande de contraception de femmes célibataires, se réfèrent à l'impératif de la virginité pré-nuptiale, soutenu à la fois par la religion (musulmane et catholique) et par la culture. Face à une femme mariée qui souhaite utiliser la contraception à l'insu de son mari, et ceci sans indication médicale, Coumba Cissokho met en avant le statut dominant du mari. Il en est de même pour le prestataire qui a refusé de donner des méthodes de contraception à Maimouna. C'est en référence aux normes culturelles en matière de fécondité que la gynécologue renvoie Maimouna en soutenant qu'elle « devait d'abord faire des enfants ». Arcens Somé a analysé comment un couple est confronté à une attente, et presque une exigence de fécondité après le mariage. En satisfaisant cette attente sociale, l'homme prouvera sa virilité et la femme sa féminité [2012, p. 146]. Par son commentaire, la gynécologue rappelle à Maimouna son « devoir » de maternité. Face à ce rejet, Maimouna a préféré discrètement changer de gynécologue au lieu de revendiquer la prescription ou de se plaindre officiellement.

Il serait pourtant faux de croire que dans la délivrance des moyens contraceptifs le personnel de santé se conforme toujours aux normes sociétales. Au cours de nos entretiens, nous avons plutôt constaté qu'il est parfois prêt à ignorer ces normes :

« Je vois des femmes qui ont été césarisées à plusieurs reprises et puis, un bon jour, elles reviennent te dire "Mon mari a dit d'arrêter la planification familiale. Il dit que je suis restée très longtemps sans faire un enfant." Il m'arrive d'appeler ces hommes. Mais il y a des gens qui n'acceptent pas de venir, ils disent que c'est lui le chef de famille, c'est lui qui décide. La femme revient encore en pleurs. Des fois avec l'appui du dossier on a tellement d'arguments pour convaincre le mari. Il est contraint d'accepter parce qu'on lui donne les arguments de morbidité pour la femme. Et là, il a peur. Il y a des maris qui sont compréhensifs et acceptent. Mais il y a des gens qui sont trop butés, ils vont te dire non. » (Coumba Cissokho, 47 ans, sage-femme dans un hôpital dakarais, mariée, quatre enfants.)

« Des fois les époux viennent pour demander en quoi la femme s'est fait consulter. Là, je convoque la femme en aparté. Elle me dit que son mari ne veut pas de la planification familiale alors que la situation le demande, qu'elle a eu des accouchements difficiles. Il arrive même que je dis des contre-vérités au mari. Je crée une histoire que je lui raconte, c'est juste pour trouver des astuces afin d'aider ces femmes. » (Nafisatou Fall, 43 ans, aide-soignante dans un hôpital dakarais, mariée, un enfant.)

« Des fois, je garde les cartes de visite. Parce que les femmes te disent que vraiment le mari ne veut pas de planification et s'il découvrirait la carte de planification, il risquerait de se fâcher. Je leur garde la carte et je leur dis le rendez-vous. Quand le rendez-vous viendra, elles vont venir, faire l'injection ou prendre les médicaments. Et elles vont repartir en laissant la carte à la maternité. » (Aïda Bèye, 26 ans, sage-femme dans une maternité de la banlieue dakaraise, célibataire.)

Ces témoignages concernent tous des cas où l'utilisation de la planification familiale fait l'objet d'un désaccord entre mari et femme. Plusieurs études décrivent que les conjoints en Afrique de l'Ouest ont souvent des préférences divergentes en matière de fécondité [Biddlecom, Bolaji, 1998]. En général les maris souhaitent une plus grande descendance que leurs épouses [Bankole, Susheela, 1998]. Jaffré souligne que la possibilité d'utiliser des méthodes contraceptives doit être étudiée dans le cadre des dimensions socioaffectives et des dissymétries de genre. Les normes socioaffectives déboucheront sur un idéal de conduite qui consistait à la soumission de la femme [2012]. Bien que l'analyse de l'art de séduction ait permis de relativiser le pouvoir des hommes dans les foyers [par exemple Hané, Sy Camara, 2012], l'internalisation de la domination masculine par les femmes débouche sur une forme de violence symbolique qui fait apparaître la domination masculine comme une relation naturelle [Bourdieu, 1998]. Tandis que l'homme réclame le pouvoir décisionnel sur l'utilisation ou non de la contraception, c'est la femme qui supporte les risques sanitaires liés à la maternité.

Comme en témoignent les extraits d'entretiens, dans le cadre de cette dissymétrie, certains prestataires utilisent leur autorité médicale pour peser en faveur de la femme. Cet activisme du personnel de santé connaît des degrés variables. Certains se limitent à essayer de convaincre le mari à permettre un recours à la contraception sans pour autant interroger son pouvoir décisionnel. D'autres, par contre, sont prêts à aider les femmes à cacher une utilisation contraceptive et s'opposent ainsi aux normes sociétales qui préconisent l'obéissance de la femme à son mari. Plusieurs sages-femmes interviewées gardent par exemple les cartes de visite. Sur ces cartes sont notées les informations de la cliente, la méthode utilisée ainsi que les dates des rendez-vous. Pour ne pas prendre le risque que leur mari trouve ce bout de papier, certaines femmes préfèrent les garder au sein des structures. À travers leur *counseling* les prestataires peuvent également aider les femmes à identifier les méthodes les moins visibles. Notons que ce sont les femmes ayant eu des grossesses ou accouchements difficiles ou celles pour lesquelles une éventuelle grossesse constituerait un danger sanitaire qui bénéficient de cette complicité avec les prestataires.

Il existe de cette manière une dynamique entre la stratégie contraceptive de la femme et la norme médicale véhiculée par les politiques. Si ces deux sont conformes, certains prestataires sont prêts à ignorer la domination masculine au nom d'une éthique médicale et pour la santé de leurs patientes et ainsi aident ces femmes à recourir à la contraception. Cependant, lorsque la contraception est utilisée dans une stratégie autre que médicale, certains prestataires s'en remettent aux normes socioculturelles et religieuses en matière de sexualité et de fécondité

et refusent la planification familiale. Si une idée (bien que très diffuse) du droit à la santé semble être partagée par les prestataires, le droit à la maîtrise de la fécondité n'est pas unanimement reconnu. Se référant aux normes sociétales, les prestataires rejettent le principe de base des droits reproductifs, à savoir l'autonomie décisionnelle de la femme. Dans ses travaux, Jaffré a souligné que la fécondité n'est pas perçue comme une « propriété » de la femme, mais, à l'image de la virginité de la jeune fille, comme une « affaire familiale » qui assure une fonction sociale [2012]. Refuser des prescriptions contraceptives devient une façon pour les prestataires d'empêcher les femmes de reprendre indirectement le contrôle de leur corps. En utilisant le statut et le pouvoir médical, ils tentent ainsi de discipliner les femmes à respecter les normes sociétales qui régissent la sexualité féminine.

En agissant de cette manière, les prestataires remplissent le rôle que la politique leur confère. En plus de forger un modèle de l'utilisation médicale de la contraception, l'action étatique cherche activement à relier l'utilisation de la planification familiale aux traditions. La légitimité d'un recours à la contraception se définit ainsi par rapport à la conformité soit à la norme médicale soit aux normes culturelles. L'interaction entre le prestataire et la femme devient le moment de contrôle de cette conformité et le prestataire agit comme filtre. Puisque l'État présente sa politique contraceptive sous le prisme sanitaire, les droits de l'homme en la matière sont marginalisés sur le plan public et, en conséquence, dans la réflexion des prestataires. Au cours de nos entretiens, seules deux sages-femmes ont fait référence au droit. Car toutes les deux sont impliquées dans des projets d'ONG, nous sommes amenés à les considérer comme des exceptions confirmant la règle.

Or, le droit positif vise à imposer une seule solution applicable à tous les cas et sans qu'il faille négocier au préalable différentes normes contradictoires. Par le droit positif, l'individu n'a plus l'altesse de définir les critères de l'appréciation du comportement [Sandkühler, 2008]. Mais le prestataire agit selon sa propre appréciation, et, comme on a eu à le défendre lors des entretiens, pour le bien de la femme, tout en étant animé par un sentiment de responsabilité. La contraception est perçue comme un traitement et il relèverait en conséquence de l'avis médical de juger ce qui serait le mieux pour la patiente.

Suite aux transformations sociétales (entraînant l'apparition de l'adolescence comme nouvelle classe d'âge [Jaffré, 2012]), la demande contraceptive « hors norme » et le nombre des avortements clandestins ont augmenté surtout en milieu urbain. Même si les stratégies des prestataires se sont adaptées (le refus brut des contraceptifs a souvent laissé place aux appels et *counselings* moralisants et aux traitements discriminatoires), il n'en reste pas moins que les prestataires continuent de se percevoir comme habilités à limiter l'accès à la planification familiale.

Le rôle de la politique dans cette dynamique est d'autant plus marqué si on considère l'autre extrême, à savoir des cas dans lesquels les prestataires poussent les femmes à une utilisation contraceptive contre leur gré. Dans une étude sur la planification familiale au Burkina Faso, Dessaliers constate que le discours

biomédical et les campagnes de sensibilisation accentuaient davantage les « risques » de la maternité et exerçaient une pression sur les femmes pour les dévier de leurs souhaits de fécondité. En ceci, ils s'inséraient bien dans une politique étatique moralisante et paternaliste qui cherchait à réaliser d'autres objectifs que l'autodétermination reproductive des femmes [Desalliers, 2009].

Conclusion

En 1990, le Programme national de planification familiale déclare que la contraception serait « en harmonie avec nos valeurs [et ne devra] en aucune façon favoriser les libertinages sexuels ou libérations des mœurs » [ministère sénégalais de la Santé et de l'Action sociale, 1990, p. 20]. Malgré la consécration internationale et nationale des droits reproductifs, la politique sénégalaise reste fortement marquée par une approche sanitaire et relègue toute notion de droits au deuxième plan.

Selon un cadre du ministère de la Santé et de l'Action sociale, cette orientation de la politique refléterait « les mentalités » de la société sénégalaise qui définissent la marge de l'action étatique : « Je ne peux pas aller plus loin qu'il le faut. Si les mentalités ont suffisamment évolué, là, on va créer les conditions pour un changement de politique. » Pourtant, l'État a l'obligation de respecter, de protéger et de mettre en œuvre les droits de l'homme [Meyer-Bisch, 2008]. Le devoir étatique à œuvrer en vue d'une transformation des réalités sociales discriminatoires a été consacré entre autres par le protocole de Maputo. Se référant au mythe de l'impuissance politique vis-à-vis du culturel, le fonctionnaire dégage la responsabilité de l'État à déclencher une telle transformation. En plus de nier les obligations étatiques en matière de droits de l'homme, ce prétexte ignore deux points essentiels : premièrement, de par sa stratégie de relier l'utilisation de la contraception aux normes socioculturelles et religieuses, l'État contribue au maintien de ces normes et renforce leur position. Par son concept de *politics of culture*, Nyamu théorise l'implication de l'État dans la définition de « la culture » [2000]. Le rôle neutre que réclame le fonctionnaire serait une illusion. Deuxièmement, le choix de recourir à la contraception n'est pas un choix individuel, mais est fortement influencé par les normes de genre et les identités de groupes. Le droit à la maîtrise de la fécondité ne se réalise pas uniquement dans le cabinet médical, mais ne pourrait libérer tout son potentiel que dans le cadre d'une transformation de la société. Correa et Petchesky définissent dans cette optique les droits reproductifs en termes de pouvoir et de ressources : les droits reproductifs se traduisaient par « *[the] power to make informed decisions about one's own fertility, childbearing, child rearing, gynecologic health, and sexual activity ; and [the] resources to carry out such decisions safely and effectively* » [1994]. Tant que l'État ne décide pas d'actions pour augmenter le pouvoir et les ressources des femmes et ne les met pas en place, nombreuses seront celles qui ne pourront pas recourir à la contraception, et ceci malgré les risques sanitaires qu'elles encourent.

Les recherches, sociologique et anthropologique, remplissent en conséquence l'importante mission de participer à l'étude des résistances aux règles de la société mono-normée. La prise en compte de ces conceptions alternatives pourrait contribuer à démasquer le discours étatique trop limité sur les « mentalités » et ainsi activer une dynamique de transformation de la société. Dans cette éventualité, la contraception pourrait être plus qu'un médicament, mais une possibilité pour accéder aux droits reproductifs et sexuels.

Bibliographie

- AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (ANSD) [2012], *Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2010-2011*, rapport final, EDSV-MICS, 352 p. + annexes.
- ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A. [2009], « La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive. Enjeux et difficultés », *Autrepart*, n° 52, p. 3-12.
- ARCENS SOME M.-T. [2012], « Fécondité et conjugalité entre normes sociales et propositions sanitaires », in JAFFRE Y. (dir.), *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Clauay, Faustroll, p. 143-156.
- BAJOS N., FERRAND M., HASSOUN D. [2002], « Au risque de l'échec. La contraception au quotidien. », in BAJOS N., FERRAND M. (dir.), *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*, Paris, Institut national de la santé et de la recherche médicale, p. 33-78.
- BANKOLE A., SUSHEELA S. [1998], « Couples' fertility and contraceptive decision-making in developing countries. Hearing the man's voice », *International family planning perspectives*, vol. 1, n° 24, p. 15-24.
- BIDDLECOM A., BOLAJI M.F. [1998], « Covert contraceptive use. Prevalence, motivations, and consequences », *Studies in family planning*, vol. 4, n° 29, p. 360-372.
- BOP C., NIANG C.I., NDIONE M.S., SOW S. [2008], *Study on sexuality in Senegal*, 54 p. : http://www.grefels.com/images/ressources/Study_on_sexuality_in_Senegal.pdf (page consultée le 18 avril 2013).
- BOURDIEU P. [1998], *La Domination masculine*, Paris, Seuil, 134 p.
- CARBONNIER J. [1978], *Sociologie juridique*, Paris, PUF, 416 p.
- COOK R.J. [1993], International human rights and women's reproductive health, *Studies in family planning*, vol. 2, n° 24, p. 73-86.
- CORREA S., PETCHESKY R. [1994], « Reproductive and sexual rights. A feminist perspective », in SEN G., GERMAIN A., CHEN L.C. (dir.), *Population policies reconsidered*, Cambridge, Harvard University Press, p. 106-123.
- COULIBALY A. [2012], « La complexité des carrières contraceptives féminines », in JAFFRE Y. (dir.), *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Clauay, Faustroll, p. 119-141.
- DESALLIERS J. [2009], « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », in ANDRO A., DESGRÉES DU LOÛ A., *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, *Autrepart*, n° 52, p. 31-47.

- FRIED S.T. [2004], « Sexuality and human rights », *Health and human rights*, vol. 2, n° 7, p. 273-304.
- HANE F., SY CAMARA E.H.M. [2012], « La séduction entre hommes et femmes. Une affaire de négociations et de pouvoirs ? », in JAFFRÉ Y. (dir.), *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Claunay, Faustroll, p. 157-178.
- IBHAWOH B. [2000], « Between culture and constitution. evaluating the cultural legitimacy of human rights in the african State », *Human rights quarterly*, vol. 3, n° 22, p. 838-860.
- JAFFRÉ Y. [2012], « Pratiques d'acteurs dans les domaines de la fécondité et de la contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique », in JAFFRÉ Y. (dir.), *Fécondité et contraception en Afrique de l'Ouest. Une contribution anthropologique*, Claunay, Faustroll, p. 9-118.
- KEBE A.A. [2011], *Pour une meilleure compréhension de la planification familiale selon les enseignements islamiques authentiques*, Dakar, 11 p. : https://www.urbanreproductive-health.org/sites/mle/files/faq_islam_and_family_planning_french.pdf (page consultée le 5 décembre 2014).
- MEYER-BISCH P. [2008], « Obligations (Théorie des -) », in ANDRIANTSIMBAZOVINA J., GAUDIN H., MARGUENAUD J.-P., RIALS S., SUDRE F. (dir.), *Dictionnaire des droits de l'homme*, Paris, PUF, p. 714-717.
- MINISTÈRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE [1990], *Programme national de planification familiale* (consulté dans les archives du ministère, le 15 août 2012).
- MINISTÈRE SÉNÉGALAIS DE LA SANTÉ ET DE L'ACTION SOCIALE [2011], *Standards des services de santé adaptés aux adolescents(e)s/jeunes du Sénégal*, 19 p.
- NARÉ C., KATZ K., TOLLEY E. [1997], « Adolescents' access to reproductive health and family planning services in Dakar (Senegal) », *African journal of reproductive health*, vol. 1, n° 2, p. 15-25.
- NGUER R., REYNOLDS H.W. [2004], *Évaluation de la baisse de l'utilisation du DIU au Sénégal*, 55 p. : http://www.dsr.sn/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=30%3Aévaluation-de-la-baisse-de-l'utilisation-du-diu-au-sénégal&Itemid=154 (page consultée le 5 décembre 2014).
- NYAMU C.I. [2000], « How should human rights and development respond to cultural legitimization of gender hierarchy in developing countries ? », *Harvard international law journal*, vol. 2, n° 41, p. 381-418.
- O'BRIEN D.C. [2002], « Les négociations du contrat social sénégalais », in DIOP M., DIOUF M., O'BRIEN D.C. (dir.), *La Construction de l'État au Sénégal*, Paris, Karthala, p. 83-93.
- ORDIONO N. [2005], « Pauvreté et inégalités de droits en Afrique. Une perspective "genrée" », *Mondes en développement*, vol. 1, n° 129, p. 93-106.
- OUATTARA F., BATIONO B.F., GRUÉNAIS M.-E. [2009], « Pas de mère sans un "mari". La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso) », in ANDRO A., DESGRÈES DU LOÛ A., *Régulation des naissances et santé sexuelle : où sont les hommes ?*, Autrepart, n° 52, p. 81-94.
- PETCHESKY R.P. [2000], « Rights and needs. Rethinking the connections in debates over reproductive and sexual rights », *Health and human rights*, vol. 4, n° 2, p. 17-29.
- RANGEON F. [1989], « Réflexions sur l'effectivité du droit », in LOCHAK D. (dir.), *Les Usages sociaux du droit*, Paris, PUF, p. 126-149.
- RÉPUBLIQUE DU SÉNÉGAL [2005], *Loi n° 2005-18*, J.O., n° 6245.

- SAI F. [2004], « International commitments and guidance on unsafe abortion », *African journal of reproductive health*, vol. 8, n° 1, p. 15-28.
- SANDKÜHLER H.J. [2008], « Menschenrechte. Zur transformation moralischer in juristische Rechte », in YOUSEFI H.R. (dir.), *Wege zu Menschenrechten. Geschichten und Gehalte eines umstrittenen Begriffs*, Nordhausen, Bautz, p. 369-395.

Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ?

*Josiane Ngo Mayack**

L'état des lieux de la santé reproductive des jeunes en Afrique subsaharienne montre que ces derniers représentent un groupe fortement exposé aux risques liés à l'activité sexuelle, en raison de leur vulnérabilité physiologique, de leur activité sexuelle précoce, leur faible accès aux services de planification familiale et de leur précarité socio-économique. Le programme d'action de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) en 1994 et les OMD soulignent la nécessité d'améliorer le bien-être en matière de santé de cette tranche de la population. La prise en compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes retient de plus en plus l'attention des chercheurs et des politiques, au regard des défis à la fois sanitaires, démographiques, sociopolitiques, économiques qu'ils posent. Cette question a été progressivement prise en considération au Cameroun.

En effet, depuis la CIPD la position du gouvernement camerounais sur la régulation de la fécondité a évolué en faveur de la planification familiale. Les cadres juridiques, réglementaires, institutionnels de la planification familiale ont été revus pour s'adapter aux recommandations internationales en matière de santé reproductive. Cependant, la garantie du droit des jeunes à l'accès aux services de planification familiale présente encore des limites. L'accent est davantage mis sur le cadre officiel de la consultation de planification familiale (c'est-à-dire la description du contenu de la prestation du service ou du soin) que sur l'élaboration, sinon la consolidation, d'une base juridique, légale de ce droit et les moyens de protection de celui-ci. De plus, le poids des valeurs et des normes sociales relatives à la sexualité des jeunes ne peut être écarté de l'observation et de la compréhension des choix qu'ils opèrent dans ce domaine.

L'objectif de cet article est d'analyser le contexte d'exercice du droit à l'accès aux services de planification familiale par les jeunes au Cameroun. Les jeunes de 15-24 ans constituent le groupe cible en raison de leur forte exposition aux risques

* Doctorante, centre de recherche en démographie et sociétés, UCL-Belgique.

liés à l'activité sexuelle. La capitale Yaoundé a été retenue pour cette analyse, car elle abrite la plupart des services de santé sexuelle et reproductive du pays et donc elle offre un contexte d'étude pertinent pour étudier un possible décalage entre l'offre et la demande en termes de besoins de santé reproductive et sexuelle.

La méthodologie de cet article consiste à faire une analyse des besoins des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive à partir d'une recherche documentaire, des données des enquêtes démographiques et de santé (EDS), d'études sectorielles, et à interroger le dispositif institutionnel existant pour voir dans quelle mesure celui-ci répond effectivement aux besoins identifiés. Il s'agit, d'un point de vue démographique, d'une analyse qualitative de la situation observée dans le but de la comprendre et non d'une tentative de mesure statistique. Tout cela est fait dans la perspective d'une approche fondée sur les droits humains, en l'occurrence les droits en santé de la reproduction.

Un aperçu de l'activité sexuelle des jeunes

Même si le mariage représente dans la plupart des sociétés camerounaises le cadre par excellence de l'entrée dans la vie sexuelle, la sexualité préconjugale des jeunes prend de l'ampleur. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est plus précoce que celui à la première union¹. Selon l'enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDS-MICS) réalisée en 2011, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 17 ans chez les femmes et 18,7 ans chez les hommes, tandis que l'âge à la première union est respectivement de 18,5 ans et 26 ans [2011, p. 59, p. 63]. Si pour le sexe féminin l'écart entre l'âge médian aux premiers rapports sexuels et celui au premier mariage est relativement faible (1,5 an), c'est le contraire pour le sexe masculin (8,7 ans). Selon Bozon et Hertrich, l'identification ou l'assimilation traditionnelle de l'initiation sexuelle au premier mariage est une vision réductrice de la sexualité juvénile dans la mesure où il existe « une diversification et une individualisation des formes d'entrée dans la vie sexuelle » [2004, p. 36], notamment dans le contexte africain. Des facteurs tels que le rapport à l'autorité familiale, le degré d'exposition à la modernisation, le niveau de vie des ménages, le processus d'autonomisation des jeunes, le niveau d'instruction, la croissance urbaine, participent à des degrés différents d'une part, à l'édification de la perception des jeunes de la sexualité et de son vécu, et d'autre part, à la mutation des normes traditionnelles ou des valeurs culturelles en la matière [Beninguisse, 2007 ; Delaunay, 2005 ; Delaunay, Guillaume, 2007 ; Rwege Mburano, 2013].

Selon les chiffres de l'EDS-MICS, 15 % des jeunes femmes de 15-19 ans et 18 % de celles de 20-24 ans avaient déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre leur quinzième anniversaire. Chez les hommes, ces proportions sont

1. L'« union » dans l'EDS-MICS renvoie aux couples mariés légalement ou non, aux hommes et aux femmes vivant en union consensuelle.

respectivement pour ces groupes d'âge de 11,2 % et 10,5 %. En comparaison avec la précédente EDS réalisée en 2004, ce pourcentage chez les jeunes femmes est en recul tandis qu'il reste relativement stable chez les jeunes hommes. Cette activité sexuelle précoce s'accompagne de comportements à risque tels que la faible utilisation de méthodes contraceptives ou le multipartenariat sexuel qui accroissent l'exposition aux infections sexuellement transmissibles (IST) et aux grossesses précoces ou non désirées.

Connaissances et utilisation de méthodes contraceptives

Dans l'ensemble, au Cameroun, la connaissance par les jeunes des méthodes contraceptives modernes est élevée. Selon la dernière EDS, 91 % des adolescentes de 15-19 ans et 95 % des jeunes filles de 20-24 ans connaissent au moins un mode de contraception moderne ; la totalité des jeunes hommes de 15-19 ans en connaît au moins un, tandis que chez les 20-24 ans cette proportion est de 98 %. Ce niveau de connaissance élevé est lié à une amélioration du niveau de connaissance du préservatif masculin par les femmes. C'est la méthode contraceptive la plus utilisée avec un taux de 11 %. La méthode traditionnelle de la continence périodique est plus utilisée (6 %) que les contraceptifs modernes tels que les injectables (2 %) et la pilule (2 %). L'abstinence sexuelle totale (entendue ici comme le fait de n'avoir jamais eu de rapports sexuels) des jeunes au Cameroun est peu documentée. Les recherches font surtout état du recours à l'abstinence périodique (méthode du calendrier) et l'abstinence post-partum comme moyen de contraception. D'après les données de l'enquête qualitative DEMTREN² réalisée entre 2011 et 2012 auprès de jeunes de la ville de Yaoundé, l'abstinence sexuelle prémaritale constitue pour eux le meilleur moyen de contraception et de prévention contre le VIH, car les autres méthodes ne leur apparaissent pas fiables à 100 %. « De façon générale, leurs choix préventifs vont principalement vers le préservatif dans un premier temps pour la double protection et ensuite vers l'abstinence périodique pour la contraception. » [Sawadogo, Tchoumkeu, 2012, p. 26.] Certains de ces jeunes encouragent leurs pairs déjà actifs sexuellement à essayer d'arrêter leur activité sexuelle jusqu'au mariage. La majorité des parents interrogés sont du même avis et réproouvent la sexualité prémaritale pour des motifs religieux et moraux. Le regard de l'autorité parentale sur la vie sexuelle des jeunes n'est cependant pas le même dans tous les groupes ethniques.

Par exemple chez les Bamiléké (dans la région de l'ouest du Cameroun), les ethnies originaires de la partie septentrionale du Cameroun, majoritairement musulmane, les mœurs sexuelles sont strictes et le contrôle de la sexualité des jeunes par les autorités traditionnelles est perceptible [Rwenge Mburano, 2004a,

2. Le programme DEMTREN² a pour objectif d'évaluer en Afrique centrale les besoins non satisfaits des jeunes en santé reproductive. Des enquêtes ont été menées entre 2010 et 2013 dans sept pays : Cameroun, Congo-Brazzaville, Gabon, Guinée équatoriale, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad. Les données ont été collectées au Cameroun par l'Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD) [Projet DEMTREN², 2013].

2004b ; Yana, 1995]. Par contre chez les Bèti (occupant essentiellement les régions du Centre et du Sud) les mœurs sexuelles sont plus libres. Les grossesses prénuptiales y sont perçues comme une preuve de la fécondabilité de la fille, utile pour contracter plus tard un mariage [Rwenge Mburano, 2004b]. Que les mœurs sexuelles soient permissives ou rigides dans les sociétés camerounaises, les règles sont plus souples avec les garçons qu'avec les filles. C'est le principe du double standard sexuel selon lequel les hommes et les femmes sont inégaux devant les normes et les valeurs sociales relatives à la sexualité.

Parmi les méthodes de prévention du VIH souvent citées figure la fidélité à un partenaire non infecté. La connaissance de cette méthode est élevée chez les jeunes de 15-24 ans, 77 % des filles l'ont mentionnée contre 81 % des garçons [INS et ICF international, 2012]. Dans un contexte sanitaire marqué par la pandémie du VIH, la sensibilisation du public a contribué à la promotion et à la vulgarisation du préservatif masculin. Ainsi on est passé en 2004 de 86 % de femmes qui déclaraient connaître le préservatif masculin, à 91 % en 2011 [INS et ICF international, 2012]. D'où l'accent mis dans nos développements sur l'utilisation de ce contraceptif.

Si la connaissance de la contraception moderne est élevée chez les jeunes, son usage l'est moins. Au Cameroun, la prévalence contraceptive moderne actuelle des femmes de 15-19 ans et 20-24 ans est respectivement de 12,1 % et 22 %. Il existe un écart important entre la connaissance de la contraception par les jeunes et la pratique contraceptive. Cela s'explique soit par la difficulté d'accès, géographique et/ou financière, la difficulté d'accès à l'information sur la méthode, soit par une difficile compréhension de son mécanisme d'utilisation, par la crainte d'effets secondaires, par le refus du partenaire d'y recourir, soit par le regard critique ou réprobateur des prestataires de services de planification familiale ou encore par la non ou mauvaise perception du risque lié aux rapports sexuels non protégés [Amuyunzu-Nyamongo *et al.*, 2005 ; Bankole *et al.*, 2007 ; Delaunay, Guillaume, 2007 ; The Alan Guttmacher Institute, 2003 ; Williamson *et al.*, 2009].

La capacité de négociation du port du préservatif est un des éléments qui illustre les rapports inégalitaires en Afrique entre hommes et femmes dans le domaine de la sexualité. En effet, « dans la plupart des sociétés africaines, les femmes ont un faible pouvoir de négociation et de décision dans la relation sexuelle qui reste fortement indissociable de la notion de procréation. Il est extrêmement difficile à une femme d'exiger le port du préservatif au sein des relations sexuelles, même si elle a des doutes sur la vie sexuelle de son partenaire et son exposition au VIH ». [Leroy, 2006, p. 96.] En milieu urbain, l'utilisation du préservatif masculin par les jeunes est positivement associée à la capacité de négociation du partenaire féminin [Meekers, Calvès, 1997]. Tourneux et Métangmo-Tatou [2010] ont conduit entre 2008 et 2009 une recherche sur la perception sociale du SIDA et du préservatif dans le nord du Cameroun (région à majorité musulmane). Il en ressort que les médias tout en éduquant et sensibilisant les individus produisent un effet de stigmatisation vis-à-vis des comportements sexuels et des personnes

vivant avec le VIH. Dans un tel contexte, l'expression d'une vie sexuelle hors mariage n'est pas évidente. C'est le cas par exemple pour ce qui est de l'achat des préservatifs. La honte à aller en acheter est exprimée par la moitié des hommes et des femmes adultes interrogés, et par 30 % des jeunes filles et des garçons enquêtés.

Pour résumer, la prise en compte des choix des femmes en matière de prévention, de protection est liée notamment à la perception du statut de la femme par le partenaire, à la qualité de la communication entre les conjoints. La précocité, la fréquence de l'activité sexuelle des jeunes, les comportements à risque ont des conséquences sur leur santé sexuelle et reproductive. Les grossesses précoces ou non désirées, la pratique clandestine de l'avortement, la vulnérabilité au VIH-SIDA et aux IST sont des risques sanitaires encourus par les jeunes.

Corollaires des comportements sexuels à risques des jeunes

D'après les données de l'EDS-MICS 2011, la proportion d'adolescentes de 15-19 ans ayant déjà commencé leur vie féconde est de 25 %. Les adolescentes sont considérées comme un groupe à risque en matière de fécondité au Cameroun ; en effet, elles contribuent pour 12 % à la fécondité totale des femmes en 2011. Les grossesses précoces, non désirées sont associées à l'avortement. Delaunay affirme à ce propos que l'avortement « semble en expansion surtout dans les villes où il est largement pratiqué pour différer l'entrée en parentalité chez les jeunes femmes puisque c'est souvent leur première grossesse qui est interrompue par un avortement ». [Delaunay, 2005, p. 16.] Sur la base de données d'enquêtes réalisées en 1997 à Yaoundé auprès d'hommes et de femmes de 20-29 ans, Calvès [2009] a identifié les déterminants du recours à l'avortement dans cette ville. Les femmes ayant déclaré avoir déjà avorté (soit 21 %) avaient en moyenne 23 ans et un niveau d'instruction secondaire pour la plupart. La principale raison qui a motivé leur acte est le souhait de poursuivre leur scolarité, viennent ensuite les arguments relatifs à l'instabilité de la relation, l'appréhension de la réaction des proches, leur jeune âge à la première maternité. Chez les hommes, le choix de recourir à l'avortement provoqué est motivé par le manque de moyens financiers qui empêche la prise en charge de l'enfant à naître. Selon les résultats de l'EDS-MICS, la proportion de femmes de 15-19 ans ayant déclaré avoir avorté tourne autour de 2 % et chez les 20-24 ans elle est de 5 %. La mesure de l'avortement provoqué est difficile dans un contexte comme celui du Cameroun où cette pratique est interdite et punie par la loi. Les individus y recourent souvent clandestinement en s'exposant à des risques sanitaires (hémorragie, lésions génitales, infections, stérilité, décès). Les données disponibles dans les structures sanitaires et les informations fournies par les femmes enquêtées sont donc manifestement sous-estimées et peu fiables.

S'agissant du VIH-SIDA, la prévalence nationale est de 4,3 % en 2011. Elle est estimée chez les 15-24 ans à 1,7 %. C'est environ deux fois moins élevé que

le taux calculé en 2004 au sein de ce groupe d'âge. La prévalence du VIH chez les jeunes femmes est plus élevée (2,7 %) que chez les jeunes hommes (0,5 %).

La cellule familiale, bien que considérée comme le cadre privilégié pour assurer l'éducation sexuelle, ne remplit pas systématiquement ce rôle [Sidze, 2008]. Il existe dans des groupes ethniques à l'instar des peuples Bamiléké, une sorte de distanciation opérée par les parents ou les aînés en général, soit en raison de leur indisponibilité, de l'éducation reçue, ou de leur(s) crainte(s). De faibles échanges en la matière constituent pour certains aînés une forme d'encouragement des jeunes à l'abstinence sexuelle. C'est une stratégie qui a des limites dans la mesure où les jeunes ont la possibilité d'obtenir autrement les informations dont ils ont besoin (amis, médias, etc.). Inclure les parents ou les tuteurs dans la perception et la gestion par les jeunes des risques liés à la sexualité nécessite un approfondissement dans les programmes d'intervention.

Les filles et les garçons s'engagent pour des raisons différentes dans les relations amoureuses. D'après les résultats de l'enquête qualitative DEM-TREND, la plupart des filles se mettent en couple en espérant contracter un mariage ou pour se faire entretenir. Les garçons expliquent leur engagement par l'effet de mimétisme pour ne pas être isolés du groupe de leurs pairs et pour entamer leur vie sexuelle. Le récit des enquêtés a permis l'élaboration d'une typologie non exhaustive des relations amoureuses chez les jeunes de la ville de Yaoundé. Ces relations ont été classées ainsi qu'il suit : « L'amour sincère, la relation à dominance sexuelle pour faire comme les autres, la relation romantique parfois platonique pour faire comme les autres, la relation "sérieuse" étape vers le mariage, la relation visant le prestige pour épater les copains ou les copines à travers un ou une partenaire aisé(e) et fringant(e), la relation clandestine régulière avec un(e) partenaire nanti(e) juste pour l'argent, la relation occasionnelle juste pour le plaisir sexuel, la relation occasionnelle juste pour l'argent ». [Sawadogo, Tchoumkeu, *op. cit.*, p. 16.] Selon Petit et Tchegnina [2009], les relations motivées par le gain matériel chez les jeunes en milieu urbain camerounais trouvent leur explication dans la précarité économique, la nécessité matérielle (recherche d'un certain confort), la quête de « preuves d'amour » (cadeaux), la pression de l'entourage (participation des jeunes aux charges familiales). Cette sexualité transactionnelle est le lieu d'un jeu de rôle au cours duquel on observe une redéfinition de la vision classique des situations de dépendance entre les hommes et les femmes.

L'examen des données des EDS et d'autres études sectorielles confirme le fait que les jeunes constituent effectivement une catégorie à risque au regard de la précocité des rapports sexuels pré-nuptiaux et du faible niveau de connaissance des méthodes et de la pratique contraceptives. On peut en conséquence se demander dans quelle mesure les programmes et les stratégies publiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive prennent en compte ce défi. Des éléments de réponse sont apportés à cette question dans la section suivante.

La réponse des politiques aux comportements sexuels à risques des jeunes

Le programme d'action de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) du Caire en 1994 invite les États parties à l'instar du Cameroun, à promouvoir les programmes de planification familiale afin d'améliorer la santé maternelle et infantile. S'agissant des jeunes, ce programme d'action recommande et encourage les initiatives ayant pour objectif « d'assurer les besoins particuliers des adolescents et des jeunes, spécialement des jeunes femmes [...] en matière [...], d'accès à l'éducation, aux services de santé et d'orientation ainsi qu'à des soins de haute qualité en matière de reproduction et de sexualité ». [Nations unies, 1995, p. 32.] L'intérêt des acteurs politiques pour la problématique des besoins des jeunes en santé reproductive et sexuelle interpelle sur leur degré d'implication et rappelle ici une des approches théoriques dans le domaine des comportements sexuels à risque à savoir l'approche institutionnelle. La mise en œuvre de mesures appropriées permettant d'atteindre les objectifs nécessite entre autres stratégies une approche institutionnelle à travers la mise en place d'un dispositif législatif et réglementaire et d'un ensemble de mécanismes d'accompagnement des différents acteurs sur le terrain ciblant les jeunes. Qu'en est-il dans les faits ?

Les initiatives politiques/réglementaires

Selon l'approche institutionnelle, les comportements sexuels des jeunes sont fonction de la gestion politique des questions relatives à leur sexualité [Kalambayi Banza, 2007 ; Rwenge Mburano, 1999]. Les éléments tels que les politiques, les lois, les programmes, les services de santé s'adressant aux jeunes font partie des facteurs institutionnels politiques susceptibles d'influencer leur activité sexuelle. Il ne s'agit pas dans cet article d'analyser l'impact de ces facteurs sur la sexualité des jeunes, mais plutôt d'examiner dans quelle mesure les mécanismes existants prennent en compte leurs droits sexuels et reproductifs.

Dans la « Déclaration de la politique nationale de population » (DPNP) adoptée deux ans avant la CIPD, apparaissent déjà les questions relatives à la sexualité des jeunes à travers la mention de termes tels que grossesses des adolescentes, abandons d'enfants, avortements illégaux et dangereux, éducation sexuelle chez les jeunes. Si parmi les solutions envisagées à ces différents problèmes dans la déclaration, figurent la promotion et la facilitation de « l'accessibilité volontaire aux services de planification familiale » [ministère du Plan et de l'Aménagement du territoire, 1992, p. 35], rien n'est dit sur les dispositions à prendre pour y parvenir. C'est également le cas dans la version actualisée (en 2002) de cette déclaration ; elle consiste en une mise à jour du bilan de la santé reproductive des jeunes.

Actualisée en 2009, la « Stratégie sectorielle de santé 2001-2015 » qui définit la politique nationale de santé prévoit des axes stratégiques pour améliorer la vie sexuelle et reproductive des jeunes. La planification familiale est l'une des

catégories d'intervention inscrite dans les volets « santé de la mère » et « santé de l'adolescent ». Dans le volet « santé de l'adolescent » sont prévues la prévention des grossesses précoces et non désirées, la prévention des IST et du VIH, la mise en place de services de santé reproductive adaptés aux besoins des jeunes. Ces catégories d'intervention s'inscrivent en droite ligne des OMD, en l'occurrence les objectifs 5 et 6 respectivement relatifs à l'amélioration de la santé maternelle et à la lutte contre le VIH-SIDA, le paludisme et d'autres maladies. En comparant les textes généraux présentés ci-dessus à ceux principalement axés sur la santé de la reproduction et la planification familiale, on constate que, dans le deuxième type de textes, la santé sexuelle et reproductive des jeunes est clairement formulée comme une des priorités des décideurs politiques. Cette tranche de la population est formellement identifiée comme un groupe cible.

Le document sur les « Procédures des services de santé de la reproduction » [ministère de la Santé publique, 2000], comme son nom l'indique présente les étapes à suivre par les prestataires dans le cadre d'une consultation. Ce document est plus un manuel d'instruction, qu'un texte garantissant le droit à l'accès aux services de planification familiale. Le but est de fournir un service de qualité. La prestation de services de planification familiale en faveur des jeunes comprend des soins préventifs (informations sur la puberté, les méthodes contraceptives y compris l'abstinence sexuelle ; protection contre les IST et le VIH-SIDA), curatifs (prise en charge des grossesses précoces, non désirées ; traitement des cas d'IST et de VIH-SIDA ; soins post-abortum) et promotionnels (counseling sur les méthodes contraceptives ; promotion de comportements sexuels sains, de l'utilisation du préservatif).

Ce document sur les procédures est très détaillé ; il s'intéresse aussi bien aux soins à apporter dans le cadre de la santé maternelle et infantile qu'à ceux afférents à la santé sexuelle et reproductive des adolescents/jeunes. On y trouve un descriptif des gestes à poser par les prestataires dans le cadre d'une consultation, des informations sur le principe d'action et le mode d'emploi de différentes méthodes contraceptives modernes. Au vu des détails, on peut s'interroger par exemple sur la connaissance de ce texte par le personnel médical et sur l'observation des instructions qui y sont mentionnées. La question se pose d'autant plus que rien ne laisse penser que les prestataires s'exposeraient à des sanctions en cas de non-respect de la procédure.

La « Politique des services de santé de la reproduction » [ministère de la Santé publique, 2009a] comprend un volet sur la santé des adolescents et des jeunes dont les objectifs sont la prévention et la prise en charge de maladies, de dysfonctionnements liés à leur sexualité, la réduction des taux de morbidité et mortalité liés notamment aux grossesses non désirées, aux maternités précoces, aux avortements provoqués, aux IST, au VIH-SIDA, l'éducation à la vie familiale, sexuelle. L'atteinte de ces objectifs passe par les trois types de soins identifiés dans le texte relatif aux procédures des services de santé de la reproduction. Cependant, des difficultés se posent.

Dans le « Plan stratégique du programme national de santé de la reproduction » [ministère de la Santé publique, 2009b], il est mentionné les obstacles à la mise en œuvre des objectifs précédemment évoqués. Les difficultés relevées sont entre autres : les barrières socioculturelles, le faible recours des jeunes aux services de planification familiale, l'inexistence de structures adaptées à leurs besoins, la faible prévalence contraceptive. Les points forts mentionnés sont par exemple l'existence d'organisations non gouvernementales (ONG) ou d'associations intervenant dans le domaine de la santé reproductive des jeunes, l'inscription dans les programmes scolaires de cours sur l'éducation sexuelle, ou encore l'intégration de la composante « santé des adolescents » dans les programmes prioritaires du secteur sanitaire.

Au sortir de cette revue non exhaustive du cadre institutionnel de la santé reproductive et de la planification familiale au Cameroun, il apparaît que les textes n'ont pas une force contraignante et que leur mise en œuvre dépend surtout de la bonne volonté des acteurs politiques, des professionnels de la santé, des ONG. On peut s'interroger à cet effet sur l'absence ou du moins sur le manque de visibilité dans le paysage juridique camerounais de la loi sur la santé reproductive ; une loi qui *a priori* participerait à une meilleure garantie des droits sexuels et reproductifs et permettrait d'harmoniser une réglementation dispersée dans différents textes. En effet, il y a une profusion de textes, certes détaillés, mais qui dans le fond prévoient des directives semblables en faveur des jeunes. Ce foisonnement, non seulement ne facilite pas leur connaissance des prérogatives dont ils devraient jouir, mais interpelle aussi sur d'éventuelles implications dans la coordination des différents types d'intervention en matière de santé sexuelle et reproductive. Est-ce que ce dispositif répond aux besoins des jeunes reflétés par l'EDS-MICS de 2011 ? La première chose à relever est que les jeunes ne sont pas impliqués dans l'élaboration de politiques les concernant. Deuxièmement, la mise en œuvre de la stratégie sectorielle de santé mobilise plusieurs acteurs dont les initiatives ne bénéficient pas toujours d'un cadre commun de concertation. Ce qui peut fragiliser l'efficacité des interventions sur le terrain.

Du discours à la pratique

La définition d'axes stratégiques en faveur de la santé sexuelle et reproductive des jeunes au Cameroun a contribué à l'émergence de programmes de marketing social dont l'objectif est la promotion de comportements sexuels sains. « 100 % jeunes » est le programme phare en la matière. Démarré en 2000, il cible les jeunes de 15-24 ans et vise l'adoption par ceux-ci de comportements sexuels responsables et la réduction des obstacles à l'utilisation du préservatif masculin. Les médias ont été sollicités de façon importante dans le cadre des activités de sensibilisation, de prévention et de promotion afin d'informer dans la mesure du possible le plus grand nombre de jeunes. Des pairs éducateurs du même âge que le groupe cible ont été intégrés dans les activités d'information, d'éducation et de communication. Plautz et Meekers [2003] ont analysé trois ans après son lancement l'impact de ce programme auprès des jeunes qui avaient été en contact avec les activités

afférentes. Ils ont constaté une augmentation de l'utilisation du préservatif masculin. Entre 2000 et 2003, le pourcentage de jeunes femmes de 15-24 ans qui ont utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel avec un partenaire régulier est passé de 32 % à 62 % ; de 44 % à 76 % chez leurs homologues masculins. Cette situation n'a pas favorisé pour autant la réduction du nombre de grossesses non désirées, des cas d'IST ou encore du multipartenariat sexuel au sein de cette population. Cela porte à croire que les messages de promotion de l'abstinence sexuelle ont eu un faible écho auprès des jeunes. Par ailleurs, l'évaluation de l'impact du programme « 100 % Jeune » indique la persistance de lacunes quant à la perception par les jeunes des risques liés à la sexualité. Outre les initiatives du secteur public de la santé, notons que des ONG, des associations œuvrant dans le domaine de la santé de reproduction au Cameroun (tels que la Cameroon national association for family welfare, l'Association camerounaise pour le marketing social), ont intégré dans les services qu'ils offrent des soins adaptés aux besoins des jeunes.

L'enquête situationnelle réalisée à Yaoundé dans le cadre du programme DEM-TREND auprès de prestataires de services de santé a identifié cinq catégories d'obstacles rencontrés par les adolescents et les jeunes pour accéder aux services de santé reproductive. Il s'agit de l'absence de communication ou du manque d'information, de la honte et de la stigmatisation sociale, de la mauvaise qualité relationnelle entre les prestataires et les clients, du coût élevé des prestations et de la peur d'être reconnu dans les services de santé. Par ailleurs, les services disponibles ne sont pas adaptés aux besoins des jeunes et le personnel est insuffisamment formé à la santé sexuelle et reproductive de ce groupe cible.

Des études sur l'utilisation de soins obstétricaux par les jeunes femmes renseignent également sur l'accès aux services de santé de la reproduction. Le parallèle établi entre ce type de soins et les services de planification familiale repose sur le fait que le recours des femmes aux soins pendant la grossesse leur permet également d'accéder à l'information sur les méthodes contraceptives. Beninguisse [2003] aborde la question de l'utilisation des services obstétricaux au Cameroun sous l'angle de leur accessibilité. Selon l'auteur, ces services sont sous-utilisés et les facteurs tels que la direction et la structure du ménage, le niveau de vie, la distance géographique entre le domicile et le centre de santé, le milieu de socialisation (urbain ou rural), les coutumes ou les croyances relatives à la grossesse et à l'accouchement influencent la décision des femmes d'y recourir. L'auteur constate au sujet du facteur culturel, qu'en raison de l'observance de prescriptions et d'interdits coutumiers, la prise en charge traditionnelle (par une accoucheuse traditionnelle) est parfois préférée à la modernité qu'offre le milieu hospitalier. Rwenge Mburano et Tchamgoue Nguemaleu [2011] se sont intéressés à la fréquentation de ces services par les adolescentes. 86 % d'entre elles ont effectué pendant leur dernière grossesse des consultations prénatales dans des centres de santé et seulement 21 % de cet effectif ont respecté les règles en matière de soins liés à la grossesse (la vaccination, les quatre visites prénatales minimum). Le niveau d'instruction élevé, la résidence en zone urbaine, un degré d'exposition

prolongé aux médias notamment à la télévision, l'appartenance ethnique sont les facteurs facilitant le recours des adolescentes aux services obstétricaux. Il y a lieu de retenir que le faible recours des femmes aux services obstétricaux ne permet pas d'assurer le continuum des soins (qui inclut la planification familiale) avant, pendant et après la grossesse.

Un autre élément à prendre en compte dans l'accès des jeunes aux services de planification familiale est celui de leur relation avec les prestataires. Les interactions entre ces derniers et les usagers de ces services participent à l'exercice des droits sexuels et reproductifs. Ces deux acteurs sont membres de communautés au sein desquelles prévalent des normes ou des valeurs traditionnelles relatives à la sexualité des jeunes. Étant donné le poids de ces normes et le rapport étroit de l'individu à celles-ci, il arrive que les prestataires tiennent un discours moralisateur aux jeunes sollicitant les services de planification familiale. Dans le contexte africain, il y a en général entre les prestataires de services de santé et les patients une relation dissymétrique au sein de laquelle le prestataire cherche à asseoir sa domination [Jaffré, 2003 ; Olivier de Sardan, 2001]. Selon Moussa [2003], les prestataires de services de planification familiale, exercent une forme de violence sous la forme de contraintes verbale, psychologique. Cette « violence » s'observe dans la durée de l'attente, la qualité de l'accueil, le manque de communication et l'absence de confidentialité ou d'intimité. Dans le cas de figure où ces prestataires sont en présence de jeunes filles lors de consultations, les échanges portent clairement sur la désapprobation de la sexualité prémaritale [Bationo Bouma, 2012]. Il est difficile pour les jeunes de recourir à ces services dans de telles conditions. Cette situation les encourage dans une certaine mesure à gérer personnellement, avec les risques que cela comporte, les besoins de santé sexuelle et reproductive auxquels ils sont ou seront confrontés.

Conclusion

Comme c'est le cas dans d'autres domaines, les facteurs institutionnels et politiques influencent largement la formulation et la mise en œuvre de la santé sexuelle et reproductive au Cameroun. Si les EDS apportent un éclairage sur le niveau et les types de comportements sexuels et reproductifs des jeunes, la documentation disponible sur les facteurs institutionnels ne permet pas de comprendre en profondeur les tenants et les aboutissants de ces comportements. Il apparaît néanmoins clairement que les programmes et les mesures adoptés par le gouvernement dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle accordent une grande priorité aux jeunes parce que ceux-ci constituent une catégorie à risque. Si l'on admet que les choix politiques gouvernementaux et les cadres institutionnels pour leur mise en œuvre peuvent influencer les comportements sexuels et reproductifs des jeunes au Cameroun, il n'en demeure pas moins que pour approfondir l'étude sur la sexualité de ce groupe cible, d'autres approches explicatives pourraient être convoquées.

Théoriquement, les jeunes devraient pouvoir au Cameroun exercer leur droit d'accéder aux services de planification familiale. Les droits en matière de santé sexuelle et de la reproduction impliquent que les hommes et les femmes, y compris les jeunes, ont le droit d'être informés et d'avoir accès aux méthodes contraceptives de leur choix. Mais dans la pratique, le contexte socioculturel ne facilite pas la jouissance de ce droit. Les actions en faveur de la santé de la reproduction des jeunes et adolescents au Cameroun ne mettent précisément pas un accent suffisant sur la dimension des droits. L'accès de jeunes aux services de planification familiale souffre encore à la fois des pesanteurs socioculturelles et d'une offre insuffisante de services ciblant spécifiquement cette sous-population. Par ailleurs, du fait de la concentration des services dans les centres urbains, les jeunes ruraux sont défavorisés. La planification familiale chez les jeunes et adolescents demeure en définitive un grand défi de la santé de la reproduction au Cameroun.

Les choix politiques et programmatiques semblent évoluer plus vite que les mentalités et les comportements en matière de sexualité et de fécondité, d'où les résultats mitigés. La focalisation des politiques sur le contenu de ces services présente à la fois un avantage et un inconvénient. L'avantage réside dans le fait que la réflexion porte sur la satisfaction des besoins et donc sur la fourniture de services de qualité. Par contre, le risque est de résumer la problématique de la pratique contraceptive chez les jeunes à la question des besoins non satisfaits. Assurer des services adaptés aux besoins des jeunes ne suffit pas. Il ressort en filigrane, l'importance d'approfondir la question de l'acceptabilité socioculturelle de la pratique contraceptive chez les jeunes au Cameroun, et d'élaborer des programmes de santé en conséquence.

Bibliographie

- AMUYUNZU-NYAMONGO M., BIDDLECOM A.E., OUEDRAOGO C., WOOG V. [2005], « Qualitative evidence on adolescents' views of sexual and reproductive health in sub-saharan Africa », *Occasional Report*, n° 16, 49 p. : <http://www.guttmacher.org/pubs/2005/03/01/or16.pdf> (page consultée le 24 octobre 2012).
- BANKOLE A., AHMED F.H., NEEMA S., OUEDRAOGO C., KONYANI S. [2007], « Knowledge of correct condom use and consistency of use among adolescents in four countries in Sub-Saharan Africa », *African journal of reproductive health*, vol. 11, n° 3, p. 197-220 : <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/reprints/AJRH.11.3.197.pdf> (page consultée le 26 octobre 2012).
- BATIONO BOUMA F. [2012], « Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social », *Agora débats/jeunesses*, n° 61, p. 21-33 : <http://www.cairn.info/revue-agora-debats-jeunesses-2012-2-page-21.htm> (page consultée le 27 mars 2013).
- BENINGUISSE G. [2003], *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 297 p.

- BENINGUISSE G. [2007], « Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne », in FERRY B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris, AFD-CEPED-Karthala, p. 289-327.
- BOZON M., HERTRICH V. [2004], « Sexualité préconjugale et rapports de genre en Afrique : une comparaison avec l'Amérique latine », in GUILLAUME A., KHLAT M. (dir.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris, CEPED, série « Rencontres », p. 35-53.
- CALVÈS A.E. [2009], « Décision d'avorter et déterminants des avortements clandestins chez les jeunes de Yaoundé », in GOURBIN C. (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 439-456.
- DELAUNAY V. [2005], « Sexualité et prévention avant le mariage en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature », in GRIPPS-LPED, *La Régulation de la fécondité en Afrique. Transformations et différenciations au tournant du XXI^e siècle*, conférence virtuelle du 10 au 14 octobre 2005, 44 p. : http://academia.edu/1600157/Delaunay_V_Sexualite_et_prevention_avant_le_mariage_en_Afrique_subsaharienne_Une_revue_de_la_litterature_conference_virtuelle_sur_La_regulation_de_la_fecondite_en_Afrique_Transformations_et_differenciations_au_tournant_du_XXIe_siecle_organisee_par_le_LPED_10-14_octobre_2005 (page consultée le 26 juin 2013).
- DELAUNAY V., GUILLAUME A. [2007], « Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique subsaharienne », in ADJAMAGBO A., MSELLATI P., VIMARD P. (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud : nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, Academia Bruylant, LPED, p. 211-263.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS), ICF INTERNATIONAL [2012], *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples du Cameroun 2011*, Calverton, Maryland, 546 p. : <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR260/FR260.pdf> (page consultée le 1^{er} février 2013).
- JAFFRÉ Y. [2003], « La configuration de l'espace moral et psychologique des personnels de santé », in JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala, p. 295-337.
- KALAMBAYI BANZA B. [2007], *Sexualité des jeunes et comportements sexuels à risque à Kinshasa (R.D. Congo)*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 378 p.
- LEROY V. [2006], « La contraception face au VIH-SIDA dans les pays du Sud : enjeux médicaux, sociaux et comportementaux », in DESGRÈES DU LOÛ A., FERRY B. (éds), *Sexualité et procréation confrontées au SIDA dans les pays du Sud*, Paris, CEPED, série Rencontres, p. 93-107.
- MEEKERS D., CALVÈS A.-E. [1997], « Gender differentials in adolescent sexual activity and reproductive health risks in Cameroon », *Population services international, research division*, working paper, n° 4, 44 p. : http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/WP04.pdf (page consultée le 1^{er} juin 2013).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE [2000], *Procédures des services de santé de la reproduction*, Yaoundé, République du Cameroun, 83 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE [2009a], *Politique des services de santé de la reproduction*, Yaoundé, République du Cameroun, 41 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE [2009b], *Plan stratégique du programme national de santé de la reproduction*, Yaoundé, République du Cameroun, 112 p.

- MINISTÈRE DU PLAN ET DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE (MINPAT) [1992], *Déclaration de la politique nationale de population*, Yaoundé, République du Cameroun, 62 p.
- MOUSSA H. [2003], « Devoir de soigner et droit d'exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », *Bulletin de l'APAD*, n° 25 : <http://apad.revues.org/205> (page consultée le 27 mars 2013).
- NATIONS UNIES [1995], *Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement*, New York, 194 p. : http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf (page consultée le 27 octobre 2012).
- OLIVIER DE SARDAN J.-P. [2001], « La sage-femme et le douanier. Cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée en Afrique de l'Ouest », *Autrepart*, n° 20, p. 61-73 : http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/autrepart1/010027871.pdf (page consultée le 19 mars 2013).
- PETT V., TCHETGNIA L. [2009], « Les enjeux de la sexualité transactionnelle prémaritale en milieu urbain camerounais », *Autrepart*, n° 49, p. 205-222 : www.cairn.info/revue-autrepart-2009-1-page-205.htm (page consultée le 17 mars 2011).
- PLAUTZ A., MEEKERS D. [2003], « Evaluation of the reach and impact of the "100 % Jeune" youth social marketing program in Cameroon », *Population services international, research division, working paper*, n° 58, 25 p. : http://www.psi.org/sites/default/files/publication_files/WP58.pdf (page consultée le 1^{er} juin 2013).
- PROJET DEMTREN [2013], *Analyse situationnelle des politiques et prestations de services liées à la santé de la reproduction des adolescents et des jeunes au Cameroun*, rapport final, 55 p.
- RWENGE MBURANO J.-R. [1999], « Facteurs contextuels des comportements sexuels : le cas des jeunes de la ville de Bamenda (Cameroun) », *Union for african population studies/Union pour l'étude de la population africaine*, rapport de synthèse, n° 40, 164 p.
- RWENGE MBURANO J.-R. [2004a], « Genre et sexualité des Jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun », *African journal of reproductive health*, vol. 8, n° 2, p. 145-163 : <http://www.jstor.org/stable/3583188?origin=JSTOR-pdf> (page consultée le 25 octobre 2012).
- RWENGE MBURANO J.-R. [2004b], « Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Bèti », *African population studies/Étude de la population africaine*, vol. 19, n° 2, p. 160-191 : <http://www.bioline.org.br/request?ep04017> (page consultée le 15 mai 2014).
- RWENGE MBURANO J.-R., TCHAMGOUE NGUEMALEU H. [2011], « Facteurs sociaux de l'utilisation des services de soins obstétricaux parmi les adolescentes camerounaises », *African journal of reproductive health*, vol. 15, n° 3, p. 87-99 : <http://www.bioline.org.br/request?rh11038> (page consultée le 29 juin 2013).
- RWENGE MBURANO J.-R. [2013], « Comportements sexuels parmi les adolescents et jeunes en Afrique subsaharienne et facteurs associés », *African journal of reproductive health*, vol. 17, n° 1, p. 49-66 : http://www.ajrh.info/vol17_no1/17_1_article5.pdf (page consultée le 15 mai 2014).
- SAWADOGO N., TCHOUKOU A. [2012], *Projet DEMTREN : pauvreté et besoins non satisfaits en santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique Centrale, enquête qualitative Yaoundé (Cameroun)*, rapport de recherche final, IFORD-DEMO-UERPOD, 58 p.
- SIDZE E.M. [2008], « Constances et inconstances des liens entre processus familiaux et comportement sexuel des jeunes au Cameroun : une comparaison entre quatre générations de

Les jeunes et la planification familiale (Cameroun)

- jeunes », in Actes du colloque de l'AIDELF, *Démographie et cultures*, Québec, Association internationale des démographes de langue française, 25 au 29 août 2008, p. 655-670 : <http://www.erudit.org/livre/aidelf/2008/001529co.pdf> (page consultée le 14 juillet 2013).
- THE ALAN GUTTMACHER INSTITUTE [2003], *Sexualité, mariage et paternité : profil de l'homme d'Afrique subsaharienne*, New York, 12 p. : http://www.guttmacher.org/pubs/summaries/SSA_summ_fr.pdf (page consultée le 29 juin 2013).
- TOURNEUX H., METANGMO-TATOU L. (dir.) [2010], *Parler du sida au Nord-Cameroun*, Paris, Karthala, 274 p.
- WILLIAMSON L., PARKES A., WIGHT D., PETTICREW M., HART G. [2009], « Limits to modern contraceptive use among young women in developing countries : a systematic review of qualitative research », *Reproductive health*, vol. 6, n° 3, 12 p. : <http://www.reproductive-health-journal.com/content/pdf/1742-4755-6-3.pdf> (page consultée le 24 octobre 2012).
- YANA S.D. [1995], *À la recherche des modèles culturels de la fécondité au Cameroun : une étude exploratoire auprès de Bamiléké et Bèti de la ville et de la campagne*, Louvain-la-Neuve, Academia, 329 p.

L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains ¹

*Karina Felitti**

Les dix dernières années, l'Argentine a vécu des changements très importants dans les politiques publiques, qui ont une implication directe sur les identités et les relations de genre, les configurations familiales, la sexualité et la reproduction. Un ensemble de lois et de programmes a commencé à implanter les droits sexuels et reproductifs pour toute la population, avec notamment, la gratuité pour la distribution des méthodes contraceptives et la stérilisation chirurgicale, l'éducation sexuelle obligatoire dans toutes les écoles du pays, le mariage avec une personne du même sexe et la reconnaissance légale de l'identité de genre telle que perçue par les individus eux-mêmes sans nécessité de diagnostic médical ou psychologique ².

Toutes ces avancées contrastent avec la situation de l'avortement. Depuis 1922 l'article 86 du code pénal argentin considère que l'avortement est illégal et ne peut être accepté que dans deux cas très précis : s'il a pour but d'éviter un risque pour la vie ou la santé de la mère et si ce risque ne peut être évité d'une autre façon et si l'avortement est le résultat d'un viol ou d'un attentat à la pudeur commis sur une femme faible d'esprit ou démente ³. Ces deux cas génèrent d'intenses discussions car elles dépendent de la conception de la santé que l'on prend en compte, s'il s'agit de l'absence de maladie ou s'il faut prendre en compte le bien-être physique, mental et social de la femme. Face aux nombreuses situations où des avortements dans les conditions prévues par la loi n'ont pas pu se

1. Traduction réalisée par Arlette Gautier.

* Chercheure au Conseil national de recherches scientifiques et techniques de l'Argentine.

2. On peut mentionner la création du Programme national de santé sexuelle et de procréation responsable en 2002 (Loi n° 25673), la loi de l'accouchement humanisé en 2004 (Loi n° 25929), la loi de contraception chirurgicale (Loi n° 26130/2006) et la création du Programme national d'éducation sexuelle intégrale (Loi n° 26150) en 2006 ; l'inclusion de la contraception hormonale d'urgence dans le plan médical obligatoire en 2007 (recommandation 232 du ministère de la Santé de la nation) ; la loi pour prévenir, sanctionner et éradiquer la violence de genre en 2009 (Loi 26485), le droit au mariage pour les personnes de même sexe en 2010 (Loi 26618 et décret 1054/10), la loi d'identité de genre en 2012 (Loi n° 26743) et la loi de fécondation médicalement assistée en 2013 (Loi 28862).

3. Cette réforme s'appuie sur le projet présenté en 1918 par le député socialiste Enrique Del Valle Iberlucea qui a introduit la possibilité de la non punition avec des objectifs thérapeutiques, eugéniques et aussi sentimentaux quand les grossesses étaient issues d'un viol [Becerra, 2009].

réaliser, du fait de recours judiciaires, d'objection de conscience des médecins et du manque d'information et de conseil reçu par les demandeuses ⁴, la Cour suprême de justice a précisé en mars 2012 la nature de l'avortement non punissable par un jugement selon lequel toute femme enceinte du fait d'un viol a droit à une interruption volontaire de grossesse sans avoir besoin d'une intervention judiciaire, en prêtant serment.

Ce jugement a rendu possible la prise en charge des avortements non punissables dans les hôpitaux et les centres de santé publique. Un guide technique élaboré par le ministère de la Santé de la Nation explique comment procéder dans les cas d'avortements non punissables [Ministerio de la salud de la Argentina, 2010] et plusieurs provinces ont élaboré leurs propres protocoles pour ces cas. Cependant, très peu de médecins connaissent ce protocole et encore moins acceptent de le mettre en pratique. La peur de faire quelque chose d'illégal et l'objection de conscience empêchent très fréquemment la réalisation des avortements permis par la loi.

Malgré tous ces obstacles, les femmes avortent. Bien qu'il n'y ait pas de statistiques précises du fait qu'il s'agit d'une pratique illégale, on estime généralement qu'il y a entre 335 000 et 500 000 avortements illégaux chaque année ⁵. On inclut dans ce chiffre les femmes qui avortent dans des conditions sûres et généralement très chères parce qu'elles en ont les moyens, en recourant à un professionnel de santé qui pratique un avortement chirurgical. D'autres utilisent un médicament comme le misoprostol, conseillées par des professionnels de santé et par des femmes qui rendent publique l'information et accompagnent le processus. Mais de nombreuses femmes n'ont pas l'argent pour payer un avortement dans des conditions sûres et n'ont pas non plus accès à ces réseaux d'appui et d'accompagnement. Ces avortements peuvent conduire à l'hôpital et influent sur le taux de mortalité argentin. Selon les calculs d'organisations de droits humains, de féministes et de femmes, 300 femmes meurent chaque année en Argentine pour des causes liées à l'avortement non sécurisé, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches [Observatorio de la salud sexual y reproductiva, 2013].

Dans presque toute l'Amérique latine, sauf dans la ville de Mexico, l'avortement est illégal ; il y a des pays dans lesquels il est interdit quelle qu'en soit la raison.

4. Dans au moins un cas, l'État argentin a été condamné par le Comité des droits humains de l'ONU pour ne pas avoir garanti l'accès à un avortement légal à une adolescente handicapée mentale, enceinte à la suite d'un viol, que la mère avait demandé à un hôpital public en 2006. La demande a suivi toutes les instances judiciaires du fait qu'il s'agissait d'un avortement dans les conditions prévues par la loi ; le temps passant l'avortement n'a pu être réalisé dans un hôpital public mais dans une clinique privée, grâce à l'appui des organisations de femmes, et malgré le fait que la gestation arrivait à vingt semaines [Carbajal, 2011].

5. La première enquête nationale de santé sexuelle et reproductive a été réalisée en 2014. Elle a été élaborée par les équipes techniques du ministère de la Santé de la nation et l'Institut national de statistiques et de recensements (INDEC). Elle est de type probabiliste, et a enquêté les hommes et les femmes de 14 à 49 ans résidents dans des centres urbains de 2 000 habitants ou plus dans 6 000 ménages représentatifs de 20 millions d'habitants, soit la population d'âge reproductif. Les questions portaient sur les connaissances et l'utilisation de méthodes de contraception, le suivi des grossesses et des accouchements, la connaissance des IST, mais pas les avortements. Les résultats sont disponibles sur http://www.indec/mecon.ar/fp/cuadros/sociedad_2013.pdf.

Au-delà de l'influence commune de la religion dans la région, les relations entre politique, religion et société sont différentes dans chaque contexte. Cet article propose de présenter les différentes périodes de l'histoire argentine du ^{XX}^e siècle en ce qui concerne les politiques publiques relatives au contrôle de la natalité et à l'avortement, la position de l'Église catholique et les modes d'actions des associations civiles sur ce thème ainsi que les discours et stratégies du mouvement féministe.

Il s'agit d'approfondir les significations qu'a acquise la lutte pour la légalisation de l'avortement dans un pays qui combine illégalité de ce dernier et mariage pour tous, qui a une femme présidente depuis 2007, un pape argentin à Rome depuis 2013 et une reconnaissance politique et sociale du discours des droits humains, qui est utilisé par tous les acteurs qui participent au débat. Pour cela, la méthodologie utilisera conjointement l'analyse qualitative de sources secondaires et primaires disponibles (normes, documents, notes de presse, sites web), la réalisation d'entrevues et des observations participantes dans des réunions et événements organisés pour appuyer la légalisation de l'avortement.

Le contrôle de la natalité comme question démographique

En plus des questions morales et religieuses soulevées par l'avortement, sa signification comme expression du pouvoir féminin, le négoce économique que permet son illégalité et le problème de santé publique due à sa pratique clandestine, la position d'un pays sur ce thème relève également de ses politiques démographiques. À la fin du ^{XIX}^e siècle, alors que le modèle économique agro-exportateur se consolidait et que le système politique gagnait en stabilité, l'élite dirigeante dut affronter le problème de la faiblesse de la population. L'image du désert argentin n'était pas seulement une métaphore pour se référer à la Pampa, mais une réalité qui devait être modifiée. Du fait de quelques politiques explicites mais surtout à l'attrait du pays, plus de sept millions d'immigrants arrivèrent en Argentine entre 1870 et 1915, dans leur majorité des Européens.

De façon paradoxale, ils accélèrent la croissance démographique tout en posant les bases de la transition démographique et en important les modèles reproductifs européens. Les circonstances locales conduisaient aussi au contrôle de la natalité, car il valait mieux suivre le modèle de la famille à deux pourvoyeurs et peu d'enfants pour limiter les effets de l'instabilité du marché du travail et pour profiter des possibilités d'ascension sociale. La population usa donc de différentes méthodes contraceptives : diaphragme, produits chimiques, stérilisations et surtout le coït interrompu [Nari, 2004 ; Barrancos, 2007]. Quand les femmes tombaient enceintes sans vouloir assumer le « devoir » de maternité, elles pouvaient recourir à l'avortement, à l'abandon ou à l'infanticide, toutes pratiques que l'État pénalisait.

La chute de la natalité, dans un pays qui se considérait comme vide, préoccupait les élites qui commencèrent à impulser des politiques de soutien à la maternité et de répression de la contraception pour augmenter la population du pays et respecter la doctrine de l'Église. Ce discours populationniste n'était pas

accompagné des moyens nécessaires, comme auraient pu l'être des incitations matérielles aux familles nombreuses, l'interdiction de la publicité et de la vente de contraceptifs et l'application des châtiments légalement prévus pour l'avortement. De toute façon, même si l'on emprisonnait rarement les médecins, les sages-femmes et les femmes qui demandaient l'avortement, sa menace suffisait à constituer une forme de contrôle ayant des conséquences négatives pour les femmes jouissant de peu de ressources économiques [Barrancos, 2007 ; Cepeda, 2011].

Après la deuxième guerre mondiale, le contrôle de la natalité est devenu un thème central de la géopolitique internationale. Dans le climat de changements socioculturels des années 1960, la contraception et l'avortement furent reliés à deux scénarios distincts : celui de l'explosion démographique mondiale et celui de la révolution sexuelle. Les États-Unis jouèrent un rôle clé à partir de ses agences économiques et des agences internationales qui étaient sous son contrôle pour impulser des politiques démographiques qui cherchaient à contrôler la croissance démographique, spécialement dans les pays en développement et dans certains groupes racialisés des pays riches. Dans ce scénario, l'Argentine continuait à être un « pays vide », cette fois inséré dans un monde surpeuplé [Felitti, 2012a].

En quelques années, l'Argentine entra dans une période marquée par l'instabilité politique, les conflits sociaux, des initiatives révolutionnaires et une répression étatique croissante. Dans ce contexte la révolution sexuelle fut discrète, c'est-à-dire que l'idéal conjugal fût contesté mais sans que cela remette en question le mariage, comme institution monogamique et lieu d'éducation des enfants ; l'assimilation de la femme à la mère fut discutée mais sans être dénaturalisée ; la double morale sexuelle fut critiquée mais ne disparut pas [Cosse, 2010]. Néanmoins, la remise en question fut suffisante pour générer une panique morale qui justifia des censures dans le champ culturel, de la vigilance et de la répression dans la vie quotidienne, en défense des principes de la « société chrétienne occidentale » menacée, selon la dictature militaire de la Révolution argentine (1966-1970), par la subversion et la dégénération marxiste [Manzano, 2014].

Bien que le gouvernement ait maintenu un discours populationniste antérieur à la défense de la souveraineté nationale, au développement économique et à la morale catholique, il n'y eut pas tant de moyens qui empêchèrent la planification familiale, ni de châtiments effectifs de l'avortement. L'Association argentine de protection familiale (AAPF), organisation locale appuyée par la Fédération internationale de planification familiale (IPPF), est fondée en 1966 avec pour objectif de faciliter l'information et l'accès à l'éducation sexuelle et à la contraception pour les couples, cela pour éviter les avortements [Felitti, 2012a, 2007]. En 1968, les articles du code pénal qui prévoyaient l'impunité de l'avortement furent modifiés pour ajouter le mot « grave » pour les cas liés aux risques pour la santé alors qu'au contraire le viol ne fut plus seulement une raison d'obtenir un avortement lorsque la femme était imbécile ou démente [Hunt, 2003]. Les raisons de cette modification ne sont pas explicites mais on peut supposer qu'il s'agit d'un essai

de modernisation du système légal, pour le rapprocher de ce qui était permis dans les autres pays développés. Ce changement ne dura pas longtemps, dès 1973, quand le péronisme gagna les élections, cette réforme, comme d'autres entamées sous la dictature, resta sans effet.

En 1974, pendant la troisième présidence de Juan Domingo Perón, on émit pour la première fois une limite à la contraception : le décret 659/74 exigea la présentation d'une ordonnance pour la vente de contraceptifs et interdit toute activité de planification familiale dans les hôpitaux et les dépendances publiques. Bien que toutes les actions qui s'y déroulaient ne terminèrent pas immédiatement, cela généra cependant des craintes et introduisit des différences entre celles qui pouvaient obtenir des ordonnances lors d'une consultation médicale privée et celles qui ne le pouvaient pas. Ce décret d'État était en opposition avec les recommandations des agences internationales et la position des Nations unies, qui en 1968 avait déclaré que la planification familiale était un droit humain, confirmant cette position lors de la première Conférence mondiale de population à Bucarest (1974) et la première Conférence internationale de la femme à Mexico (1975) [Felitti, 2012a].

Le 24 mars 1976, un nouveau coup d'État se produisit. Cette dernière dictature militaire construisit un système terroriste d'État fondé sur une planification systématique d'enlèvements, de tortures, de disparitions, et de mort de quiconque s'opposait ou menaçait son projet politique et économique. Grâce au décret n° 3938, rédigé à la fin de 1977, le gouvernement militaire confirma le décret péroniste, sans non plus surveiller son application. Lors des entretiens avec des médecins qui travaillaient dans ce domaine pendant la dictature, ils affirmèrent qu'ils avaient pu ouvrir leurs consultations dans les hôpitaux et que même l'Association argentine de planification familiale avait repris ses actions. Ils pensaient que cela avait été possible parce que la junte militaire avait d'autres préoccupations plus importantes et que de toute façon la planification familiale était fonctionnelle par rapport à leurs plans [Felitti, 2012a]. Les secteurs de la population qui se reproduisaient le plus étaient les plus actifs sur le plan social et politique ; qu'ils aient moins d'enfants pouvait donc constituer une solution. C'est ce qu'exprimait l'écrivain uruguayen Eduardo Galeano quand il dénonçait les pressions des États-Unis et des autres agences de contrôle de la natalité : « Ils veulent justifier la distribution très inégale des revenus entre les pays et les classes sociales en convainquant les pauvres que la pauvreté est la conséquence d'une trop grande natalité et arrêter ainsi la furie des masses en mouvement et en rébellion. [...] En Amérique latine, il est plus facile et plus hygiénique de tuer les *guerrilleros* dans les utérus que dans les montagnes ou les rues. » [Galeano, 1971, p. 6.]

Concernant l'avortement, une nouvelle réforme du code pénal en 1976 reprit le décret de 1968 : pour être dans la catégorie des avortements non punissables, le risque pour la santé de la mère devait être grave, et en cas de viol, il devait avoir fait l'objet d'une dénonciation pénale (Loi n° 21.338). Les raisons de ces changements ne sont pas claires. Le contexte de lutte contre la subversion, qui

pour les militaires constituait une guerre livrée dans la clandestinité mais néanmoins une guerre, pourrait l'expliquer. De même la défense de l'honneur selon le code militaire : une femme violée était souillée, ce qui expliquait qu'elle puisse demander l'avortement. Il est sur néanmoins que ces modifications entraînent en tension avec les postures natalistes et chrétiennes de la dictature ; si l'avortement est un homicide, comme le prétend l'Église catholique, rien ne peut le justifier.

Le langage des droits dans l'État

À partir de 1983, quand la démocratie fut de nouveau installée, le discours des droits prit possession de l'État. Ce discours, qui avait servi pour dénoncer les crimes commis par la dictature à l'extérieur, fut mis en pratique aussi pour exprimer des demandes liées à la famille, la reproduction et la sexualité, comme l'approbation de la loi du divorce de 1987 [Pecheny, 2010]. En 1986, comme résultat des actions des mouvements pour les droits humains et du féminisme ainsi que des accords signés à la Conférence mondiale de population à Mexico (1984), le nouveau gouvernement démocratique (1983-1989) enleva toutes les restrictions à la contraception qu'avait introduites le péronisme douze années auparavant, reconnaissant pour la première fois la planification familiale comme un droit [Boletín oficial, 1986]. Cela n'est pas arrivé pour l'avortement, un thème qui a généré des disputes depuis le début du XX^e siècle, dans un contexte où il était plus facile de revendiquer des lois contre la violence que de mettre en débat des questions relatives au droit à la vie. Néanmoins, en révoquant les lois pénales de la dictature avec la loi de défense de la démocratie (n° 23077), on a repris le texte original du code pénal et rétabli les deux formes d'avortement non punissables de 1922.

Les projets qui prévoyaient la création de programmes spécifiques de santé reproductive n'ont pas été mis en œuvre au niveau national et les actions qui se mirent en place étaient davantage orientées vers la résolution du problème de la carence alimentaire et de la « surabondance d'enfants », que vers celui d'assurer le droit des femmes à décider de leurs grossesses. Il n'y a que quelques provinces et la ville de Buenos Aires qui commencèrent à développer des programmes publics de planification familiale [Felitti, 2009].

Ce processus débutant de reconnaissance de droits de la part de l'État dans le champ de la reproduction se poursuit pendant les gouvernements de Carlos Menem (1989-1999), qui adhérait à la position du gouvernement des États-Unis sur l'avortement⁶ et renforça son alliance avec le Vatican, s'opposant à la création de normes qui permettraient l'accès à l'information anticonceptionnelle et aux

6. Durant la présidence de George H.W. Bush (1989-1993), on interdit aux entreprises, fondations ou individus de financer des cliniques de planification familiale à l'étranger qui apporteraient des services liés à l'avortement. Cela causa des problèmes aux organisations latino-américaines qui travaillaient sur ces thèmes car ils dépendaient des fonds que l'USAID (Agence des États-Unis pour le développement international) pouvait envoyer.

moyens nécessaires pour la mettre en pratique [Esquivel, 2009]⁷. En 1994, à la suite de la réforme de la Constitution nationale, Menem voulait encore aller plus loin et introduire un article qui défende la vie depuis la conception. Cette initiative mobilisa contre elle de nombreuses femmes de plusieurs partis politiques, le mouvement des femmes et les féministes en général [Pecheny, 2006]. La réaction fut rapide et efficace et mit l'avortement au centre du débat politique car ce thème n'apparait que lorsque le mouvement féministe arrive à attirer l'attention [Petracci, 2004]⁸.

Après cette période d'absence de politiques publiques sur ces thèmes, durant le gouvernement de Néstor Kirchner (2003-2007), dirigeant du Front pour la victoire, de nouvelles lois et programmes nationaux de santé sexuelle et reproductive et d'éducation sexuelle furent approuvés, et le protocole facultatif de la Convention pour l'élimination des discriminations envers les femmes fut ratifié, malgré l'opposition de la hiérarchie catholique qui la perçoit comme une avancée vers la légalisation de l'avortement. Pendant ce gouvernement, le discours des droits humains se diffusa dans toute la société, les lois de pardon furent annulées, permettant le jugement et le châtiement des responsables de la dernière dictature. Les bases sociales de soutien à des politiques de redistribution plus équitables exprimées en termes de justice sociale se développèrent. S'il y eut des tentatives de relancer le débat social et politique autour de l'avortement, il resta limité devant les difficultés d'avancer sur ce thème.

Depuis 2003, Cristina Fernández de Kirchner est présidente du pays. Elle a toujours pris une posture claire en faveur des femmes dans ses messages, récupérant ainsi une tradition historique du péronisme⁹, actualisée par les apports du féminisme et les études de genre. L'usage d'un langage non sexiste dans ses discours officiels – « Argentins, Argentines ; Compagnons, Compagnes ; Tous et Toutes », est une démonstration quotidienne de cet intérêt éducatif, mais cela n'a rien à avoir avec le droit à l'avortement. En 2003, quand « la présidente » était encore sénatrice nationale, en plus de Première dame, un journaliste lui demanda pendant un séjour à Paris ce qu'elle pensait de l'avortement. Elle répondit : « Je ne suis pas progressiste, je suis péroniste [...]. Les sociétés ont leurs temporalités et je ne crois pas que l'Argentine soit prête pour cela. C'est à peine si nous avons

7. Jusqu'à la réforme de la constitution en 1994, il fallait appartenir à la religion catholique et romaine pour accéder aux charges de président et vice-président. Menem dut ainsi se convertir de la religion musulmane à la catholique.

8. En 1998, Menem établit par décret présidentiel (1406/98) le 25 mars comme jour de l'enfant à naître, date que le calendrier catholique reconnaît comme celle de l'Annonciation de l'ange Gabriel à la Vierge Marie. L'Argentine fut le premier pays à créer cette célébration.

9. La réforme de la loi de suffrage qui reconnut le droit de vote et de candidature aux femmes fut voté pendant la présidence de Perón, en 1994. Le péronisme s'est approprié cette avancée et l'a associé avec la figure d'Eva Perón, occultant les luttes antérieures pour le vote féminin. Eva s'opposait explicitement au féminisme et se présentait comme une défenseuse fervente de la famille suivant des rôles de genre traditionnels, mais sa position publique et sa non maternité contredisaient son discours. En plus de la propagande favorable à la division des sphères, le péronisme impulsa des mobilisations politiques et sociales des femmes de manière inédite, les emmenant au Congrès et créant le Parti péroniste féminin [Ramacciotti, Valobra, 2004].

pu faire approuver une loi d'éducation sexuelle et de reproduction responsable et il faut voir ce que cela a coûté. De plus, et au-delà, je suis contre l'avortement. » [Pisani, 2003.] Sa position n'a pas changé. Elle l'explique par des épisodes personnels : la perte d'un fœtus de 6 mois et le fait d'avoir été fille d'une mère célibataire [Russo, 2011]. Or, il est difficile, avec une tradition de gouvernement présidentiel et vertical, d'imaginer une indiscipline partisane sur ce thème. Toutefois, il ne s'agit pas seulement d'une question de conjoncture. Le poids des discours populationnistes et l'exaltation de la maternité comme une valeur citoyenne, le manque d'expérience Étatique dans la gestion des politiques de reproduction et la valeur de la vie humaine dans un pays qui a vécu sous des dictatures féroces sont d'autres antécédents à prendre en compte.

De péché à crime contre l'humanité

De même que l'illégalité de l'avortement ne peut pas s'expliquer seulement par le refus de la présidente actuelle, elle ne peut pas l'être non plus par le fait d'avoir un pape argentin. De fait, durant le gouvernement de Néstor Kirchner, les conflits avec l'Église catholique furent très forts – y compris avec Jorge Bergoglio, l'actuel pape Francisco – mais cela n'a pas suffi à autoriser l'avortement. Inévitablement les relations entre le pouvoir exécutif et le Vatican sont devenues plus fortes, de même d'ailleurs qu'avec les autres partis. Toute la société est devenue plus dévote à l'image papale, que l'on peut rencontrer dans tous les magasins pour touristes, à côté d'affiches de tango, le personnage de bande dessinée Mafalda, les tee-shirts de Maradona et de Messi, mais cela ne signifie pas que celui qui met sur la porte de son commerce des posters du pape va suivre sa doctrine dans sa vie sexuelle et reproductive.

On sait que le catholicisme a été utilisé comme un élément de cohésion dans le processus de construction nationale et que comme contrepartie de cette légitimité offerte par l'Église catholique l'État lui a offert des privilèges [di Stefano, Zanatta, 2009]. La Constitution de 1853 assurait la liberté de cultes même si le soutien Étatique n'allait qu'à l'Église catholique, apostolique et romaine (article 2). Cette assignation de ressources économiques continue et les écoles catholiques reçoivent des subventions, les cardinaux reçoivent des accréditations diplomatiques, les archevêques et les évêques obtiennent un passeport officiel, de même que les législateurs nationaux, les ministres de la Cour suprême et les gouverneurs des provinces. Le code civil spécifie dans son article 33 que l'Église catholique a un caractère public alors que les associations civiles ou religieuses – c'est-à-dire les autres cultes – ont un caractère privé. De nombreuses autres législations montrent la difficulté pour instaurer une culture laïque, non seulement à cause de l'ambiguïté des représentants politiques sur ce thème mais aussi à cause de la naturalisation de la présence publique de l'Église par la société [Esquivel, 2009]. Cette présence ne se traduit pas la plupart du temps par l'obéissance totale à ses décisions. Par exemple, quelques législateurs qui déclarent croire en Dieu et être « très religieux », voteraient en faveur de la dépénalisation de l'avortement

[Esquivel, 2014]. On a déjà vu dans le cadre du « mariage égalitaire » qu'un législateur pouvait être religieux et être d'accord avec la réforme [Jones, Penas Defago, Godoy-Anativia, 2013].

De plus, une enquête réalisée dans tout le pays en 2008 confirme certes la présence majoritaire du catholicisme, mais montre également que le pluralisme religieux augmente. 76,5 % des enquêtés se disent catholiques, 11,3 % indifférents, 9 % évangéliques, les autres religions étant moins souvent déclarées. Parmi ceux qui disent croire en Dieu, 61 % ont une relation personnelle avec lui et seulement 23 % à travers une institution ecclésiastique. L'enquête démontre que des personnes peuvent croire en Jésus, en la Vierge mais aussi en l'énergie et ils peuvent aller voir un saint un jour et un sorcier un autre, sans en ressentir de conflits majeurs. De même, de nombreuses personnes qui s'identifient comme religieuses acceptent facilement l'avortement dans des situations spéciales, comme le viol ou des malformations du fœtus (64 %), mais beaucoup moins s'il s'agit de la décision volontaire de la femme (14 %) [Mallimacci, 2013].

Cet exemple montre clairement qu'il n'y a pas de consensus social sur ce qu'implique un avortement. La vulnérabilité, « l'innocence », de victimes plus que de sujets, autorise à le pratiquer mais moins la seule volonté de la femme. Néanmoins, une autre enquête montre que la majorité des personnes interrogées considèrent qu'une femme qui a avorté ne devrait pas aller en prison, même si elle l'a provoqué « parce qu'elle ne voulait pas un enfant à ce moment-là de sa vie ». Dans ce cas 39,9 % ne veulent pas qu'elle aille en prison mais seulement 18,9 % souhaitent qu'il y ait un accès légal à l'avortement. Cet exemple montre clairement la différence d'opinion quand il s'agit de légalisation ou de dépénalisation et qu'il faut distinguer entre les deux [Pecheny, Andía, Brown, 2011]. Cependant, s'il s'agissait d'un homicide, comme le déclarent les groupes anti-avortement les plus radicaux, pourquoi cela serait-il acceptable dans un cas et pas dans l'autre ? Si l'on reprend quelques questions de la philosophe Laura Klein [2005] : combien connaissons-nous de femmes qui ont avorté ? Et combien d'assassins ? Est-ce le même chemin pour arriver à un médecin qui pratique des avortements que celui qui conduit un tueur à gages ?

Si nous situons historiquement la position du Vatican par rapport à la contraception moderne, on peut voir qu'en Amérique latine, la réception de l'encyclique *Humanae Vitae*, proclamée par Paul VI en 1968, a constitué un fait politique. Ce document confirmait le refus de toute forme de planification familiale qui ne soit pas l'abstinence sexuelle, contredisant ce qu'avait accordé la commission créée pendant le Concile de Vatican II mais aussi ce que faisaient des millions de catholiques à travers le monde. Les secteurs les plus conservateurs appuyèrent l'annonce parce qu'elle servait à maintenir la morale sexuelle et les rôles de genre, en plus de s'aligner avec les objectifs démographiques étatiques ; mais ceux qui étaient en faveur de la lutte sociale et politique célébrèrent eux aussi l'encyclique. Pour eux, elle signifiait un frein aux exigences des États-Unis et de ses fondations pour réduire les naissances, et de plus elle reconnaissait la valeur des familles nombreuses comme signe de l'identité latino-américaine [Felitti, 2012b].

Au-delà de ses coïncidences, ce sont les secteurs les plus liés à la dernière dictature militaire qui défendirent la vie depuis la conception comme une question centrale pour leur militantisme. Cette posture servit dans les années 1970 à essayer de délégitimer les réclamations de la Commission Interaméricaine des droits humains ou Amnesty International par rapport aux disparus. Les représentants de l'Église catholique disaient dans les médias que les États-Unis n'avaient pas le droit de défendre les droits humains alors qu'il y avait chez eux un million d'avortements par an. Au début de 2000, quand s'ouvrirent les procès pour la répression et que l'État organisa une politique de mémoire, l'avortement devint pour ces groupes de droite un synonyme de génocide, comme un autre crime de lèse-humanité qui devait être empêché et châtié.

Différentes organisations de la société civile qui militent activement contre la promulgation et l'application des lois et programmes qui concernent les droits sexuels et reproductifs, comprennent l'avortement de cette façon [Felitti, 2011]¹⁰. Ces organisations non gouvernementales construisent leurs arguments sur une base légale et avec des références à la science et non à des textes sacrés ; elles ont des formes d'organisation, d'arguments et des stratégies de communications séculières [Vaggione, 2005]. Plusieurs prennent une posture anti-impérialiste et considèrent que l'avortement est utilisé pour éliminer les pauvres dès la naissance au lieu de s'attaquer à la pauvreté et ils comparent le fait d'interrompre un avortement avec les crimes de l'Allemagne nazie ou de la dictature argentine, avec le vol de bébés et d'enfants pendant la répression, avec une actualisation de la violence qui dénonce le « *Nunca Mas*¹¹ » (Jamais plus) [Felitti, 2011].

Ces organisations n'attirent pas beaucoup d'adhérents mais elles sont efficaces pour influencer l'opinion publique. Les images sur les sites web et les affiches dans les rues montrent des fœtus découpés en morceaux, couverts de sang, des bébés qui ne tiennent pas dans la paume d'une main et sur lesquels est accroché une pince médicale, une stratégie qui est très utilisée à travers le monde [Petchesky, 1997 ; Morgan, 2008]. On peut dire qu'il s'agit de photos truquées ou qui ne correspondent pas aux situations réelles d'avortement, mais on ne peut pas nier que la couleur rouge fait partie de cette pratique. Ces images ne mentent pas dans la description de l'acte mais sur son intentionnalité, on peut dire que l'avortement est un acte sanglant mais pas sanguinaire [Klein, 2005].

Les échographies sont également une composante du marché des biens et services des nouvelles maternités. L'ultrason recrée une scène de consommation ; la femme enceinte, son conjoint, sa famille, ses amis, sont invités à participer à la mise en spectacle du fœtus. On leur donne des calendriers et photos de

10. Les organisations civiles analysées sont : Familias del Mundo Unidas por la Paz (FAMPAZ), Defensoría de la Vida Humana Asociación civil, Movimiento Familiar Cristiano, Consorcio de Médicos católicos y Portal de Belén.

11. « *Nunca Mas* » est le titre du rapport final de la Commission nationale sur les disparitions de personnes (CONADEP) qui a documenté les disparitions, enlèvements et tortures durant la dictature. Par la suite cette phrase a été utilisée pour refuser le terrorisme de l'état [Crenzel, 2011].

quelqu'un/quelque chose, qui n'a pas d'existence juridique mais déjà un visage. L'image publique du fœtus, sortie de son contexte de production, c'est-à-dire retiré du corps de la femme qui le porte, peut être considérée comme un fétiche, au sens que Marx attribue à la marchandise, à lui donner une valeur qu'il n'a pas en lui-même. Ceci ne relève pas d'un débat moral mais de la marchandisation de la sexualité et de la reproduction exacerbée dans les dernières décennies.

Ce panorama rapide indique que les relations entre État, religions et société sont complexes. Un État avec un faible niveau de laïcité et une société assez sécularisée qui aujourd'hui exalte l'image papale comme une réussite de plus pour l'Argentine, avec plus d'orgueil national que de mystique religieuse. De plus, il y a des organisations de la société civile qui se définissent comme catholiques – catholiques pour le droit à décider est l'exemple le plus cité – qui se manifestent en faveur de la légalisation de l'avortement et le font en tant que catholiques. Les groupes LGBT qui ont donné l'impulsion au « mariage égalitaire » se sont servis de ces dissidences religieuses et ont réussi à les associer à leur lutte, à la différence du champ ample des féministes, comme nous allons le voir.

L'avortement dans l'agenda féministe

En Argentine, la première vague du féminisme, lors des premières luttes pour l'obtention de l'égalité de droits civils et politiques, avait fondé ses demandes sur la condition maternelle des femmes et ne s'était pas préoccupée de thèmes liés au contrôle des naissances. Si les femmes avaient une tâche aussi importante que celle d'engendrer, élever et éduquer les citoyens, cette obligation devait s'accompagner de droits en reconnaissance de l'importance de leur fonction reproductive, biologique et sociale [Nari, 2004]. Les féministes de la seconde vague, au contraire, se sont focalisées sur des thèmes autrefois considérés comme relevant du monde privé, l'affirmation « le personnel est politique » synthétise en partie cette nouvelle perspective.

Au début des années 1970, différents groupements de femmes se sont réunis, impulsés le plus souvent par des femmes qui avaient été en contact avec les mouvements féministes de France et des États-Unis, voyageuses qui transportaient des livres et des expériences et qui connaissaient les luttes pour le droit à la contraception et à l'avortement dans ces pays. L'Union féministe argentine (UFA) et le Mouvement de libération féminine (MLF) sont les plus connues. Elles dénonçaient l'exaltation sociale et commerciale de la maternité avec des manifestations et des affiches qu'elles collaient dans les rues [Felitti, 2009].

On peut certainement retrouver les mêmes mots d'ordre dans d'autres pays, mais la situation locale était particulière : le féminisme essayait de se développer dans un contexte marqué par la multiplication des projets révolutionnaires et une répression incroyablement sanguinaire. Une militante de l'UFA se rappelle les réactions face aux revendications concernant la contraception et l'avortement. « La gauche nous accusait d'être en faveur du plan McNamara et de vouloir stériliser

toutes les Latino-Américaines et la droite de pro-avortement. » (Rais, communication personnelle, 2005.) Leonor Calvera, autre militante de ce groupe le confirme : « La droite nous accusait d'être extrémistes et contestataires et la gauche d'être élitistes et bourgeoises. » [Calvera, 1990, p. 47.] De plus, il était difficile de défendre l'accès à la contraception et à l'avortement alors que l'État argentin renforçait la répression contre la planification familiale, avec l'aval de l'Église catholique et des secteurs de la gauche qui luttait contre l'impérialisme [Felitti, 2009].

Avec la démocratie, le féminisme a retrouvé sa place sur la scène publique, la même que celle des demandes pour la contraception et l'avortement. Lors de la première commémoration de la démocratie le 8 mars, journée internationale des femmes, il y avait de nombreuses affiches sur la place de mai où l'on lisait : « Légalisation de l'avortement », « ce corps est le mien », et « le plaisir est révolution » [La Nacion, 1984, p. 5]. Les manifestantes chantaient : « L'avortement clandestin n'est pas notre voie, nous voulons la légalisation. » [Lugar de Mujer, 1984.] L'Association travail et étude de la femme (ATEM) distribuait une feuille volante qui disait : « Nous voulons avorter mais nous ne voulons pas mourir d'avortement » et qui proposait la dépénalisation [Chejter, 1996, p. 42].

Mabel Bellucci [2014] a reconstruit les actions des féministes pour obtenir le droit à l'avortement, en récupérant des récits d'expériences qui montrent la constance de cette demande. La réaction rapide à la proposition de réforme constitutionnelle de 1994 remit le sujet sur radar des medias. Quelques années plus tard, en 1997, la revue *Très puntos* (trois points), a publié les témoignages de vingt femmes qui affirmaient avoir avorté¹². Devant ce fait, la commission pour le droit à l'avortement dirigée par Dora Codelesky, publia dans le journal *Sur* une demande d'appui, rédigée par une femme dont la grossesse était le fruit d'un viol et qui demandait à la justice de pouvoir avorter dans un hôpital public. Ce fut la première fois que l'avortement, toujours perçu comme privé, assumait une présence publique grâce à ces stratégies de visibilité développées par les groupements féministes [Bellucci, 2014].

Nous avons vu que le droit à l'avortement peut être perçu comme une réponse à des problèmes de santé publique que génère la clandestinité ou qu'il peut se présenter comme un droit de la femme à disposer de son corps. La première forme est moins politisée car elle n'évoque pas les conditions structurales qui soutiennent l'illégalité pour n'évoquer que ses conséquences. Comme le dit Pecheny [2013], s'il n'y avait pas de mort dans la clandestinité : il n'y aurait pas besoin de le légaliser ? La campagne nationale pour le droit à l'avortement, légal, sûr et gratuit, impulsée depuis 2005 par des groupes féministes et du mouvement des femmes et par des femmes appartenant à des mouvements politiques et sociaux, présente

12. En référence aux 343 femmes célèbres qui avaient déclaré avoir avorté dans le *Nouvel observateur* le 5 avril 1971. Ce manifeste, rédigé par des journalistes proches du thème et du Mouvement de libération des femmes (MLF) lui a donné un mot d'ordre unificateur et a mis en évidence un changement de stratégie : faire de l'avortement libre et gratuit un symbole de l'émancipation, de libération des femmes et plus seulement un problème de santé publique [Pavard, 2012].

la nécessité de l'avortement légal comme un problème de santé publique mais aussi de justice sociale et de droits humains des femmes. Son mot d'ordre est : « Éducation sexuelle pour décider, contraception pour ne pas avorter, avortement légal pour ne pas mourir ». Le projet d'Interruption volontaire de grossesse élaboré collectivement en 2006, propose la dépénalisation pour les 12 premières semaines de gestation et plus tard lorsqu'il y a un risque pour la santé et la vie de la femme, et en cas de viol ou de malformations fœtales graves. Ce projet a été présenté à la Chambre des députés de la Nation en 2007, 2009, en 2010 et plus récemment en mars 2012, sans avoir jamais été traité [Zurbriggen, Anzorena, 2013].

Tout en essayant d'obtenir un débat législatif, le militantisme poursuit des actions pour réduire les risques puisque, même si c'est interdit, les femmes avortent. Dans ce type de contexte restrictif, l'Organisation mondiale de la santé recommande jusqu'à la douzième semaine l'utilisation de mifepristona suivie de misoprostol ou seulement ce dernier si l'on n'a pas le premier, ce qui est le cas en Argentine [OMS, 2012]. Il y a dans ce pays des conseils pré et post-avortement dans les hôpitaux publics et les centres de santé, surtout depuis le jugement de la Cour suprême et la rédaction de protocoles de suivi des avortements non punissables.

Avant cela, c'était le féminisme qui diffusait l'information pour l'avortement médicamenteux avec la création en 2009 de la ligne téléphonique : « plus d'information, moins de risques » par le groupement Lesbiennes et féministes pour la dépénalisation de l'avortement. Elles se présentaient comme « un groupe de personnes appartenant à différents espaces politiques, féministes, du mouvement des Lesbiennes, Gays, Travestis, Bisexuels (LGTB), de droits humains et de gauche qui sommes unis pour ce projet. Nous sommes convaincues du pouvoir de l'organisation populaire et pour cela nous choisissons l'action directe plutôt que le lobbying ». [Lesbianas y feministas por la descriminalización del aborto, 2009.] L'année suivante, elles éditèrent un livre *Tout ce que tu veux savoir sur comment faire un avortement avec des pilules*, qui va être édité pour la seconde fois et qui peut aussi se télécharger gratuitement sur internet [Lesbiennes et féministes pour la dépénalisation de l'avortement, 2010]. On trouve aussi des informations sur les avortements médicamenteux dans les locaux du parti politique Nouvelle rencontre dans la ville de Buenos Aires, avec l'objectif de désacraliser la médicalisation et de diminuer le coût économique des avortements clandestins et avancer plus facilement vers la dépénalisation [Carbajal, 2013].

Sans doute cette optique est beaucoup plus sûre que les autres pratiques mais il n'est pas toujours simple de trouver ce médicament, car les médecins sont plus que réticents à rédiger l'ordonnance et que son prix a beaucoup augmenté. De plus, après l'avoir utilisé il est nécessaire de faire un contrôle médical pour confirmer que l'avortement a réussi. Aussi le droit des femmes à décider sur ses maternités devient plus autonome mais il n'est toujours pas libre. L'avortement avec le misoprostol est l'option qui reste parce qu'il n'y en a pas d'autre.

Il est important de tenir compte du fait que lorsque l'on parle de droit à l'avortement pour les femmes, il y a de nombreuses réalités sous cette formule. Même

si nous partageons toutes la même situation de clandestinité, quelques-unes peuvent mieux s'en sortir. Pour connaître ces diversités, la recherche sociale et le militantisme ont donné la parole aux protagonistes. Ces récits rendent visibles les dimensions micro-politiques qu'impliquent la décision d'avorter : on voit apparaître les périls, le mal-être, les insécurités mais aussi les réseaux de solidarité et de sororité mobilisés [Chaneton, Vacarezza, 2001]. On peut citer aussi le réseau d'informatif des Femmes d'Argentine (RIMA) qui en 2004, en pleine discussion avec le Président Menem, a affiché sur sa page web une réplique du « j'ai avorté¹³ ». Le film de Carolina Reynoso *Yo Aborto, Tu abortas, Todx callamos* (J'ai avorté, tu as avorté, nous nous taisons toutes), sorti en 2013, présente le récit de sept femmes – une photographe bolivienne qui vit à Buenos Aires, une psychologue sociale, une psychologue, une chanteuse populaire et femme au foyer, une ancienne députée et la propre réalisatrice du film – est un moyen de sortir du dilemme « avortement oui ou non » pour penser au pourquoi, au comment, aux conséquences. La femme qui avorte dit que, même si elle n'a pas le droit de le faire, elle a le pouvoir de le faire et elle le fait. Avec ses témoignages, on sort du silence, malgré la menace de la condamnation l'avortement devient public.

Conclusion

J'ai montré tout au long de ce texte que le maintien de l'illégalité de l'avortement en Argentine ne s'explique pas seulement par le refus de l'actuelle présidente du pays ni parce que le nouveau pape est argentin ; il y a tout un enchaînement socio-historique de circonstances qui complexifient le diagnostic et oblige à prendre en considération différents niveaux d'analyse.

Si l'on tient compte de la faible action publique étatique sur les questions reproductives et de son manque d'appui à la contraception et à la planification familiale en général et qu'on le compare avec le déclin soutenu des taux de natalité, on voit qu'au delà des normes en vigueur durant tout le XX^e siècle, une bonne partie de la société contrôle sa fécondité. Ce scénario produit un système de double discours et ceux qui auraient pu être des promoteurs de changements n'ont pas assumé ce rôle puisqu'ils savaient que leurs propres nécessités seraient satisfaites malgré les politiques publiques [Shepard, 2000]. On peut supposer que si tous les couples et si toutes les femmes avaient été empêchées d'accéder à des services et des méthodes de contrôle de la fécondité, dont l'avortement, la contestation aurait été multiple ou le taux de natalité exorbitant. Actuellement, du fait de la structure sociale inégalitaire, quelques femmes se sortent bien des périls de la clandestinité alors que d'autres paient de leur santé ou de leur vie la volonté de sortir de la norme.

Quant à l'influence de l'Église catholique dans la politique, elle joue certes un rôle important, mais cela n'exonère pas les politiques de leurs devoirs de

13. Il y avait 87 témoignages et 132 adhésions à la date de consultation [RIMA, 2013].

fonctionnaires publics dans un État qui se prétend laïque. Par ailleurs, une croyance religieuse n'est pas toujours un obstacle pour avancer sur la question des droits sexuels et reproductifs. La stratégie de recherche d'alliés utilisée par le mouvement LGBT pourrait être utile. La théologie de la libération et la théologie féministe ont ouvert des espaces de débat et de questionnement pour beaucoup de femmes qui ont choisi de devenir féministes sans cesser d'être catholiques, bien qu'elles ne soient pas d'accord avec les ordres du Vatican et militent en sens contraire. Si l'on reprend un mot d'ordre féministe : « Peut-être l'Église qui illumine n'est pas celle qui s'embrase. »

Dans ce discours belliqueux, nécessaire pour la véhémence des résistances mais parfois contreproductif, la centralité que le féminisme attribue à l'avortement finit par exclure ou soumettre d'autres droits reproductifs, comme l'accès à un accouchement respectueux, ou à des moyens qui appuient la maternité, hétérosexuelle ou lesbienne, comme des congés plus longs ou de meilleures options pour les services de soin. Le fait d'ignorer ou de relativiser ce type de demandes établit une tension entre l'idée de la mère scindée entre son rôle de reproductrice et celle qui choisit cette option et recherche les meilleures conditions pour réaliser ce rôle.

Comme je l'ai déjà argumenté, le discours libéral sur les droits humains est le langage de la politique actuelle, et il est clair qu'il peut être utilisé pour appuyer le droit de la femme à interrompre un avortement ou pour défendre le droit à la vie du fœtus. La liberté ou la vie, valeurs qui prennent une valeur particulière dans un pays qui a traversé une dictature militaire sanguinaire, qui a capturé, assassiné et volé l'identité de centaines de bébés et d'enfants. Penser l'avortement comme un conflit entre les droits de la femme et ceux du fœtus ne permet pas de réfléchir à cela, ni au fait que durant la grossesse la notion moderne d'individu se défait. « La femme enceinte met en question les contours trop nets de l'individu, elle rend évidente notre interdépendance, elle manifeste la composante sexuelle de la maternité et nous confirme comme sujets incarnés et contingents. » [Imaz, 2010, p. 279.] D'un autre côté, penser le droit à l'avortement comme un droit humain et pas seulement comme un droit de la femme permettrait d'intégrer les hommes et les trans, ces derniers pouvant avorter sans avoir un état civil féminin [Petracci *et al.*, 2012].

Les questions présentées dans cet article indiquent que de nombreux dilemmes autour de l'avortement ne disparaîtront pas avec la dépénalisation et la légalisation. Même si l'on veut dédramatiser l'acte, il y a un drame antérieur qui résulte d'une grossesse que l'on ne veut pas ou ne peut pas continuer et à propos duquel il faut prendre une décision. Il s'agit d'une déviation par rapport à un rôle socialement attendu, même dans les cas où la femme qui décide d'interrompre sa grossesse est déjà mère ou le sera dans le futur. En même temps, prendre en charge le contrôle des naissances répond à une idée ancienne qui fait des femmes les responsables de sa descendance, pour l'élever ou pour éviter qu'elle ne naisse. Vieux commandements, nouvelles stratégies, cris et silences marquent cette longue, difficile et complexe lutte pour la légalité de l'avortement dans l'Argentine contemporaine.

Bibliographie

- BARRANCOS D. [2007], « Contrapuntos entre sexualidad y reproducción », in TORRADO S. (dir.), *Población y bienestar en la Argentina del primero al segundo centenario*, vol. 1, Buenos Aires, Edhasa, p. 475-499.
- BECERRA M. [2009], *Marxismo y feminismo en el primer socialismo argentino*, Enrique Del Valle Iberlucea, Rosario, Prohistoria, 228 p.
- BELLUCCI M. [2014], *Historia de una desobediencia. Aborto y feminismo*, Buenos Aires, Capital Intelectual, 520 p.
- BOLETÍN OFICIAL [1986], *Decreto n° 2274*, Buenos Aires, 5 de diciembre.
- CALVERA L. [1990], *Mujeres y feminismo en la Argentina*, Buenos Aires, Grupo Editor Latinoamericano, p. 151.
- CARBAJAL M. [2011], « Condena al Estado argentino por no garantizar un aborto permitido », *Página 12*, 13 mai.
- CARBAJAL M. [2013], « Cómo sacar al aborto del placard », *Página 12*, 18 juillet.
- CEPEDA A. [2011], « En los tiempos del test del sapo : justicia, aborto y políticas de población en la Argentina de mediados del siglo XX », *Revista de estudios universitarios*, vol. 37, n° 1, p. 243-265.
- COSSE I. [2010], *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*, Buenos Aires, Siglo XXI, 257 p.
- CRENZEL E. [2011], *Memory of the argentina disappearances : the political history of nunca más*, Londres, Routledge, 195 p.
- CHANETON J., VACAREZZA N. [2011], *La Intemperie y lo intempestivo. Experiencias del aborto voluntario en el relato de mujeres y varones*, Buenos Aires, Marea, 188 p.
- CHEJTER S. (dir.) [1996], « Feminismo por feministas. Fragmentos para una historia del feminismo argentino 1970-1996 », *Travestías. Temas de debate feminista contemporáneo*, vol. 4, n° 5, 144 p.
- ESQUIVEL J.C. [2009], « Cultura política y poder eclesiástico », *Archives de sciences sociales des religions*, n° 146, p. 41-59 : <http://assr.revues.org/21217> ; DOI : 10.4000/assr.21217 (page consultée le 26 juillet 2014).
- ESQUIVEL J.C. [2014], « Religious and politics in Argentina. Religious influence on parliamentary decisions on sexual and reproductive rights », *Latin american perspectives*, vol. 41, n° 190.
- FELITTI K. [2007], « El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires de los 60 », *Dynamis. Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, vol. 27, p. 333-357.
- FELITTI K. [2009], « Sexualidad y reproducción en la agenda feminista de la segunda ola en la Argentina (1970-1986) », *Estudios sociológicos*, n° 84, p. 791-812.
- FELITTI K. [2011], « Estrategias de comunicación del activismo católico conservador frente al aborto y el matrimonio igualitario en la Argentina », *Revista sociedad y religión*, vol. 21, n° 34-35, p. 92-122.
- FELITTI K. [2012a], *La Revolución de la píldora. Sexualidad y política en la Argentina de los sesenta*, Buenos Aires, Edhasa, 222 p.
- FELITTI K. [2012b], « Después de *Humanae Vitae* : moral sexual y paternidad responsable en los discursos católicos de los años "70 » », in TOURIS C., CEVA M. (dir.), *Los Avatares de la*

- nación católica, cambios y permanencias en el campo religioso contemporáneo, Buenos Aires, Biblos, p. 181-198.
- GALEANO E. [1971], *Las Venas abiertas de América Latina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 380 p.
- HUNT M. [2003], *Sex and the state. Abortion, divorce, and the family under latin american dictatorships and democracies*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 232.
- IMAZ E [2010], *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*, Madrid, Cátedra, 420 p.
- JONES D., PEÑAS DEFAGO A., GODOY-ANATIVIA M. [2013], *Religiones, matrimonio igualitario y aborto : alianzas con y entre actores religiosos por los derechos sexuales y reproductivos en Argentina*, Córdoba, Ferreyra Editor.
- KLEIN L. [2005], *Fornicar y matar. El problema del aborto*, Buenos Aires, Planeta, 308 p.
- LA NACIÓN [1984], « La mujer celebró su día con homenajes y manifestaciones », 9 mars.
- LESBIANAS Y FEMINISTAS POR LA DESCRIMINALIZACION DEL ABORTO [2009], « Las 12 », *Página 12*, Buenos Aires, 31 juillet.
- LESBIANAS Y FEMINISTAS POR LA DESCRIMINALIZACION DEL ABORTO [2010], *Todo lo que querés saber sobre cómo hacerse un aborto con pastillas*, Buenos Aires, Editorial El Colectivo, 142 p.
- LUGAR DE MUJER [1984], *Cantos 8 de marzo*, Buenos Aires, Lugar de mujer (Archivo personal de Hilda Rais).
- MALLIMACCI F. [2013], *Atlas de las creencias religiosas en la Argentina*, Buenos Aires, Biblos, 262 p.
- MANZANO V. [2014], *The Age of youth in Argentina : culture, politics, and sexuality from Perón to Videla*, University of North Carolina Press, 354 p.
- MINISTERIO DE LA SALUD DE LA ARGENTINA [2010], *Guía técnica para la atención integral de abortos no punibles. Cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires, presidencia de la Nación, 65 p.
- MORGAN L. [2008], *Icons of life. A cultural history of human embryos*, Berkeley, University of California Press, 310 p.
- NARI M. [2004], *Políticas de maternidad y maternalismo político : Buenos Aires (1890-1940)*, Buenos Aires, Biblos, p. 319.
- OBSERVATORIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA [2013], *La Situación de la mortalidad materna en la Argentina y el ODM 5*, Buenos Aires, CEDES-CREP, p. 8 : http://www.ossyr.org.ar/pdf/hojas_informativas/hoja_8.pdf (page consultée le 10 décembre 2013).
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) [2012], *Aborto sin riesgos : guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Montevideo, 106 p. [2° ed.]
- PAVARD B. [2012], *Si je veux, quand je veux. Contraception et avortement dans la société française (1956-1979)*, Rennes, PUR, 358 p.
- PECHENY M., ANDÍA A.M., BROWN J. [2011], « A la cárcel o al sistema de salud ? Las opiniones sobre despenalización y legalización del aborto en la Argentina », in GELDSTEIN R., SCHUFER M. (dir.), *Problemas actuales de salud reproductiva, familia, género y sexualidad : la investigación social de la diversidad*, Buenos Aires, Biblos-PNUD-CENEP, p. 55-81.
- PECHENY M. [2006], « “Yo no soy progre, soy peronista” : ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto ? », in PISCITELLI A., CÁCERES C.F., *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud de América Latina*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, p. 251-270.

- PECHENY M. [2010], « Parece que no fue ayer : el legado político de la ley de divorcio en perspectiva de derechos sexuales », in GARGARELLA R., GRILLO M.V., PECHENY P. (dir.), *Discutir Alfonsín*, Buenos Aires, Siglo XXI, p. 85-113.
- PECHENY M. [2013], « Las políticas públicas y las sexualidades », *Ciencias sociales. Revista de la facultad de ciencias sociales*, n° 83, mai, p. 24-31.
- PETCHESKY R. [1997], « Fetal Images. The power of visual culture in the politics of reproduction », in LANCASTER R., DI LEONARDO M. (eds), *The gender/sexuality reader : culture, history, political economy*, Londres, Routledge, p. 134-150.
- PETRACCI M. [2004], *Salud, derecho y opinión pública*, Buenos Aires, Norma, p. 132.
- PETRACCI M., PECHENY M., MATTIOLI M., CAPRIATI A. [2012], « El aborto en las trayectorias de mujeres y varones de la ciudad de Buenos Aires », *Sexualidad salud y sociedad-Revista Latinoamericana*, n° 12, diciembre, p. 164-197.
- PISANI S. [2003], « Cristina Kirchner : no soy progre, soy peronista », *La Nación*, 23 novembre : <http://www.lanacion.com.ar/549086-cristina-kirchner-no-soy-progre-soy-peronista> (page consultée le 11 mars 2013).
- RAMACCIOTTI K., VALOBRA A. (comp.) [2004], *Generando el peronismo. Estudios de cultura política y género*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 196 p.
- RED INFORMATIVA DE MUJERES DE ARGENTINA (RIMA) [2013], « Yo aborte » : <http://www.rimaweb.com.ar/articulos/2010/testimonios/> (page consultée le 11 septembre 2013).
- RUSSO S. [2011], *La Presidenta. La historia de una vida*, Buenos Aires, Sudamericana, p. 179.
- SHEPARD B. [2000], « The “double discourse” on sexual and reproductive rights in Latin America : the chasm between public policy and private actions », *Health and human rights*, vol. 4, n° 2, p. 121-143.
- STEFANO (DI) R., ZANATTA L. [2009], *Historia de la Iglesia Argentina. Desde la conquista hasta fines del siglo XX*, Buenos Aires, Sudamericana, 604 p.
- VAGGIONE J.M. [2005], « Los roles políticos de la religión. Género y sexualidad más allá del secularismo », in VASALO M., *En nombre de la vida*, Buenos Aires, Católicas por el Derecho a Decidir, p. 137-167.
- ZURBRIGGEN R., ANZORENA C. (dir.) [2013], *El aborto como derecho de las mujeres. Otra historia es posible*, Buenos Aires, Herramienta, p. 352.

La conciliation, une procédure locale de contournement d'une norme juridique : l'expérience des droits reproductifs autour de l'avortement au Cameroun

*Noël Solange Ngo Yebga**

Les rencontres internationales des années 1990 (Conférence internationale sur la population et le développement en 1994 et Conférence mondiale sur les femmes en 1995) consacrent les droits reproductifs dans les débats relatifs à la population, au développement, à la pauvreté et aux inégalités sociales, grâce à la mobilisation des mouvements féministes et l'action de la communauté internationale [Pitanguy, 1995 ; Bunch, Fried, 1995]. La priorité est accordée, tant dans les documents de travail ou de promotion (conventions, traités ou législations nationales) que dans leur contenu, à la reconnaissance de la liberté de décision des individus, surtout des femmes, et du rôle des pouvoirs publics dans leur avancée en ce qui concerne la maternité, la fécondité ou la sexualité par exemple [Bonnet, Guillaume, 2004]. Dans leur contenu, les droits relatifs à la reproduction ont été définis et reconnus comme des droits se rapportant à la libre décision et à l'autonomie en matière de maternité, de fécondité, de la procréation sans aucune forme de discrimination, de coercition ou de violence [Shalev, 2000 ; Gautier, 2000 ; CRLP, 2003]. Dans les documents de travail (les conventions, traités et protocoles), il s'agit surtout de les rendre visibles et applicables par l'adoption et/ou l'intégration dans ces principaux instruments et outils de promotion des droits de l'homme. Par exemple, il est recommandé que les pays s'engagent en faveur de la promotion et de la protection des droits reproductifs des femmes dans la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et le protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique. Emboitant le pas à ces deux documents, l'un international et l'autre régional, le plan d'action du Caire de 1994 et la déclaration de Beijing de 1995 préconisent la garantie de l'égalité des hommes et des femmes en santé, du droit des femmes à une meilleure santé physique et mentale, à des

* Anthropologue, université catholique d'Afrique centrale (Cameroun), doctorante, SESSTIM-ESSEM/UMR 912/Marseille-France.

services de santé de la reproduction. Une telle implication de la communauté internationale dans l'énonciation d'un cadre juridique avait certainement pour ambition de reconnaître les droits reproductifs comme les droits de l'homme et de renforcer le pouvoir des femmes en matière de reproduction [UN, 1995 ; UN, 1996 ; Pelchat, 1995 ; CRLP, 2007], même s'il faut le dire, certains pays d'Afrique subsaharienne, par exemple, n'ont marqué leur intérêt pour les droits reproductifs que très progressivement [Gautier, 2002].

Le Cameroun, à la suite de la mobilisation internationale, a entrepris en 1999 des réformes visant à mettre en application ces recommandations. La première mesure a été l'organisation d'un forum national au cours duquel ont été définies les orientations en santé de la reproduction (en termes de politique, d'activités, et des prestations à offrir), ceci dans un souci d'amélioration de services de santé reproductifs. L'offre camerounaise concernant principalement les prestations en santé de la reproduction s'appuie sur les indications du plan national de développement sanitaire adopté depuis 1992 dans le cadre de la réorientation des soins de santé primaires [Kondji, 1995 ; Okalla, Le Vigouroux, 2001]. Au plan juridique, la protection des droits des individus a été définie comme une des principales priorités des réformes en ce qui concerne l'enfant et la mère, la famille, la femme dans le cas par exemple des violences sexuelles et physiques, le VIH et les infections sexuelles transmises et les services de santé de la reproduction [code pénal, 1997 ; CRLP, 2003]. Dans le cas de l'avortement, dans le paragraphe portant atteinte à l'enfant et à la famille, il est rappelé qu'à l'exception des cas de grossesse mettant en danger la santé et la vie de la mère ou résultant d'un viol et attestés par le ministère public, toute personne qui se procure ou procure un avortement à une femme est passible d'un emprisonnement variable de quinze jours à cinq ans et d'une amende variable de 5 000 à 2 000 000 fcfa¹.

Par ailleurs, en dehors du code pénal, le protocole additif à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes et le plan d'action de Maputo adoptés et ratifiés respectivement en 2003 et en 2009, couplés aux dispositifs internationaux (dont le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) constituent pour l'État camerounais les divers outils d'expérimentation de la protection des droits reproductifs surtout ceux des femmes. L'orientation juridique en matière d'avortement au niveau régional africain par exemple est d'autoriser l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale, physique et la vie de la mère ou du fœtus. Par l'adhésion aux recommandations de ces documents (international, régional) sur les droits reproductifs, le Cameroun reconnaît ainsi en tant qu'État l'obligation de protéger et de promouvoir les droits individuels en ce qui concerne l'avortement par exemple et de veiller à l'application de ces principes juridiques.

1. 5 000 fcfa = 7,621 euros et 2 000 000 fcfa = 3 048,78 euros ; les peines énoncées sont applicables selon que c'est la femme elle-même qui s'est procurée l'avortement ou alors cela a été réalisé par une tierce personne même avec son consentement.

Or l'expérience de terrain dans la mise en œuvre de ces dispositions internationale et régionale (c'est-à-dire promouvoir et protéger les droits individuels surtout des femmes dans le cas de l'avortement) fait l'objet de contradictions du fait du non respect des textes, aussi bien par les femmes ayant avorté ou ceux qui les ont aidés à avorter que par ceux chargés de les appliquer (représentants de la justice et de l'État camerounais). En effet, la plupart des avortements pratiqués ne rentrent pas toujours dans le cadre légal défini et sont donc non autorisés. De ce fait, ils constituent une infraction au regard de la loi énoncée. En raison de la violation de ces dispositions juridiques, les responsables des services judiciaires ont recours à la conciliation en cas d'avortement non autorisé par le code pénal. L'usage de cette procédure particulière non prescrite par le code pénal dans la résolution d'un différend (ici l'avortement non autorisé légalement), semble être pour les représentants de l'État une forme d'appropriation des dispositions concernant la protection des droits reproductifs au Cameroun. Cependant elle est très loin des diverses prescriptions juridiques relatives à l'avortement, y compris celles énoncées par le code pénal local.

L'objectif de ce texte est d'analyser d'un point de vue anthropologique les dispositions juridiques en présence (global et local) en matière de droits reproductifs, plus précisément concernant l'avortement et la réinterprétation de la norme juridique spécifique qui encadre cette pratique, par les acteurs sociaux individuels et institutionnels (ou leurs représentants par exemple), dans un contexte local particulier (le Cameroun). Notre démarche, à la fois empirique et analytique, s'inscrit dans le prolongement de la thèse d'Eberhard [2002] à la suite des travaux de Le Roy [1999]. Selon cet auteur, il faut user ici du « jeu des lois » pour analyser les phénomènes juridiques. Le jeu des lois est « une approche dynamique des phénomènes juridiques dans la mesure où elle les replace dans leur véritable totalité sociale, complexe et dynamique [...]. Elle est fondamentalement interdisciplinaire et convie diverses disciplines à éclairer le mystère du droit en action ». [Eberhard, 2002, p. 457.] En nous appuyant sur les observations de terrain, les entretiens et l'analyse des documents, la thèse de cet auteur nous aide à mettre en relief les divers textes juridiques et les difficultés relatives à l'application d'une norme juridique dans un contexte local en ce qui concerne l'avortement. Ce texte comporte deux parties : la première décrit l'expérience locale du Cameroun dans la mise en œuvre des dispositions en matière des droits reproductifs, de la procédure judiciaire relative à l'avortement et de la conciliation. Par la suite, nous démontrons, au regard des textes énoncés et surtout des pratiques de terrain autour de l'avortement (arrangements, négociation entre les parties, etc.), que la conciliation des parties (plaignants et mis en cause) suggérée par les responsables des services judiciaires est davantage un indicateur d'une procédure particulière locale très éloignée des normes juridiques prescrites et relatives à la protection des droits reproductifs des individus et des femmes surtout lorsqu'il y a un avortement non autorisé légalement. Elle traduit dans sa pratique l'existence d'une pluralité de normes (pratiques et officielles) dans un domaine particulier (celui de la justice) et les difficultés à reconnaître les droits reproductifs au Cameroun. Les travaux

effectués dans les contextes africains sur la question des normes de comportements et les pratiques des acteurs locaux notamment la thèse de Chauveau *et al.* [2001] sur la pluralité des normes et leurs dynamiques socio-économiques sur les politiques publiques nous aideront à étayer cette partie.

L'expérience du Cameroun en matière des droits reproductifs

Les dispositions en matière des droits reproductifs au Cameroun s'inspirent des recommandations internationales liées aux droits de l'homme et autres documents de référence tels que la convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Elles s'appuient également sur les traités et protocoles élaborés au niveau de l'Afrique. Toutefois, en matière juridique spécifiquement, le code pénal national² fait office de document de référence dans la mise en œuvre des droits individuels tant pour l'application que pour leur promotion et leur protection, même si le Cameroun a ratifié ou a adhéré à des traités, conventions ou protocoles comme le protocole additionnel de Maputo³. L'engagement du Cameroun dans la promotion et la protection des droits reproductifs tient également compte des difficultés socio-économiques que connaissent la plupart des pays africains depuis les années 1980. Ce contexte de récession économique a été une occasion de renforcement des interventions au niveau socio-économique et juridique. La mise en place des programmes de redressement socio-économique imposés par les institutions de Bretton Woods et la Banque mondiale, les réformes juridiques entreprises à partir de 1999 (recommandées par le comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies et de la convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes), le plan national de développement sanitaire et la réorientation des soins de santé primaires démarrée dans les années 1989-1992 ont contribué à impulser cette action et à définir les priorités relatives à la santé et aux droits reproductifs [CESCR, 1999 ; CRLP, ACAFEJ, 2003 ; CEDEF, 2007].

Réformes et priorités en santé et droits reproductifs au Cameroun

C'est dans un contexte socio-économique de crise que les réformes en santé interviennent à la suite de la chute du prix des matières premières et à la baisse des dépenses publiques allouées à la santé. Au cours de la période 1960-1993, le Cameroun connaît une croissance économique fluctuante avec une légère stabilité vers les années 1985. Cette situation découle de la volonté de l'État, des réformes sociales proposées par les institutions monétaires et financières internationales, de la vente des produits d'exportation (le cacao, le café, le coton) et de l'exploitation des ressources naturelles comme le pétrole. Vers les années 1985, les chocs

2. Depuis 2005 le Cameroun s'est doté d'un nouveau code de procédure pénale.

3. Par exemple pour le protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique, le Cameroun l'a signé en 2003 et ratifié six ans plus tard par décret président du 28 mai 2009.

pétroliers mondiaux, la dévaluation du fcfa et l'engagement des pays en développement dans des programmes d'ajustement structurel accélèrent la détérioration des conditions de vie sociales et économiques de la population [Hammouda, 2002 ; Nantchouang, 2004].

À partir de 1994, le Cameroun entreprend des multiples réformes (politiques publiques, financières, sociales) dans le cadre de la réduction de la pauvreté à l'horizon 2015. Pour ce faire, les efforts sont orientés vers la mobilisation et l'allocation des ressources financières aux secteurs sociaux clés (santé, éducation, agriculture), la mise en place des politiques publiques de réduction de la pauvreté et enfin l'amélioration de la couverture des services sociaux de l'éducation et de la santé [Banque mondiale, 1995 ; Gankou, 1999]. Une série de quatre accords est signée avec le Fonds monétaire international et la Banque mondiale vers les années 1996 en vue de permettre au Cameroun d'être éligible à l'initiative PPTE et d'atteindre ces objectifs. Au plan national, la consultation des experts nationaux et internationaux ainsi que les ateliers techniques ont donné lieu à la production du « Document stratégique de réduction de la pauvreté » dont l'objectif principal est le recul de la pauvreté et le renforcement des services sociaux en l'occurrence ceux liés à l'éducation et à la santé.

Les réformes spécifiques à la santé s'appuient sur des résolutions des conférences internationales et régionales notamment Alma Ata, Harare, Initiative de Bamako [Le Vigouroux, Okalla, 2000]. L'expérience acquise en santé communautaire au niveau régional sur la rationalisation des systèmes de santé en Afrique par l'application des soins de santé primaires a également aidé à la structuration du système de santé camerounais [Gruénais, 2001]. L'État en est le principal intervenant, pourvoyeur des services de santé. Il définit la politique nationale de santé et donne des directives aux autres intervenants (associations, ONG locales et internationales, partenaires multilatéraux et bilatéraux). En 1989, le Cameroun, en concertation avec ses partenaires de la coopération bilatérale et multilatérale, de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international engage une réflexion en vue d'améliorer la politique nationale de santé. Cette réunion de concertation aboutit plus tard à la production d'un document de stratégie sectorielle pour la santé intitulée « Déclaration nationale de la politique des soins de santé primaires » et à la mise sur pied d'un Plan national de développement sanitaire, en abrégé PNDS [Okalla, Le Vigouroux, 2001 ; Médard, 2001].

L'organisation du système de santé camerounais se subdivise en trois niveaux complémentaires : central, intermédiaire et périphérique. Le niveau central élabore les politiques, les normes et les stratégies nationales ; le niveau intermédiaire conçoit et propose au gouvernement les textes réglementaires, coordonne, contrôle et ventile les ressources vers les niveaux opérationnels. Le niveau périphérique est l'échelon d'opérationnalisation des décisions prises au niveau central. Donc, la politique formulée est mise en œuvre par les formations sanitaires et le personnel de santé. Comme principales orientations stratégiques, il y a la réduction de la morbidité et de la mortalité des groupes les plus vulnérables, la mise en place

d'une structure sanitaire délivrant le paquet minimum d'activités et la gestion efficace et efficiente des ressources (financières, humaines, matérielles) dans la plupart des formations sanitaires. Le PNDS prévoit l'institution du centre de santé comme structure de premier contact du malade et point d'organisation du dispositif sanitaire. Le district de santé quant à lui constitue la structure opérationnelle en matière de politique de santé. Il intègre à la fois les besoins des populations et les orientations stratégiques nationales du système de santé.

Pour l'offre de soins, les soins préventifs de base, la planification familiale, la formation et la sensibilisation de la population sont quelques-uns des services de santé prioritaires. Le PNDS s'intéresse également aux questions de santé liées à la mère, à l'adolescent et à la personne âgée mais surtout à la prise en charge des soins de santé de ces trois catégories. Bien qu'inscrites dans la stratégie sectorielle de la santé, les réformes liées à la santé de la reproduction s'inspirent des propositions adoptées en 1999 au cours du symposium tenu à Yaoundé en vue de doter le Cameroun d'une politique sous-sectorielle en santé de la reproduction. Il s'appuie également sur les recommandations internationales des conférences du Caire et de Beijing en 1994 et 1995. L'adoption de la politique nationale sectorielle en santé de la reproduction appelée encore « Politique et normes des services de la santé de la reproduction » propose d'améliorer et d'offrir des services liés à la santé de la reproduction en renforçant les compétences et la formation des prestataires [MSP, 2001]. Les activités liées à la santé de la reproduction sont coordonnées par la direction de la santé familiale. Des sous-services sont implantés et représentés dans la plupart des localités urbaines du Cameroun.

Les domaines prioritaires envisagés sont la santé maternelle et infantile, la planification familiale, l'information, l'éducation, la communication, toutes les formes de prestations de services liées à la lutte contre les IST et VIH/SIDA et la prise en charge de la santé reproductive des femmes, des personnes âgées, des soins et des complications liées au recours à l'avortement. La santé reproductive des adolescents et des jeunes, la formation des prestataires de soins de santé, l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportements sont quelques thématiques sur lesquelles les principaux intervenants (l'État, la société civile et les structures privées et professionnelles) sont invités à s'impliquer en matière de santé reproductive. Ils sont appuyés par des organismes internationaux, de coopération bilatérale et multilatérale comme la Banque mondiale, l'UNFPA, la GIZ par exemple.

Au niveau juridique, le Cameroun corrobore les résolutions internationales concernant les droits reproductifs et l'avortement. La création d'une commission nationale des droits de l'homme et des libertés par la loi 2004/016 du 22 juillet 2004 et la ratification du protocole de Maputo en mai 2009 par le Cameroun marquent l'engagement de l'État camerounais à protéger les droits reproductifs et particulièrement son adhésion au principe juridique régulant l'avortement. Toutefois, au niveau local, il est précisé à l'article 339 du code pénal modifié par la loi n° 97/009 du 10 janvier 1997, que l'attestation du ministère public devra

faire foi dans le cas d'un avortement médicalisé. Dans ce cas de figure, l'avortement ne constitue pas une infraction [code pénal, 1997 ; CRLP, 2007]. Bien que signataire des conventions internationales et régionales, le Cameroun a son propre cadre juridique pour l'avortement. À titre de rappel : amendes et emprisonnement en cas d'avortement et exceptionnellement l'avortement médicalisé est toléré. Il doit être réalisé par une personne habilitée si la grossesse résulte d'un viol et si cela est attesté par le ministère public. Décrivons maintenant le décalage entre ce cadre légalement défini et les observations, les pratiques de terrain dans leur mise en œuvre.

Contexte méthodologique : entre observations et pratiques de terrain au regard des textes de loi

Le travail de terrain réalisé entre 2009 et 2010 dans le cadre du projet de thèse⁴ sur la santé reproductive des femmes en milieu urbain au Cameroun, s'est principalement déroulé à Yaoundé, Maroua et Eséka. Notre intention principale était d'examiner les contraintes liées à la santé de la reproduction et plus particulièrement au recours à l'avortement au Cameroun. L'entrée par la pratique abortive nous a permis de voir l'organisation du système de santé et surtout le dispositif local relatif aux services reproductifs. Nous nous sommes également intéressés aux divers services juridiques et sociaux de promotion, de protection des droits de l'homme et le dispositif d'encadrement de l'avortement au Cameroun (lois, décrets, textes). Le code pénal, principal outil légal, prohibe tout recours à l'avortement sauf lorsque celui-ci résulte d'une grossesse issue d'un viol. Dans ce dernier cas, l'avortement n'étant pas une infraction, peut faire l'objet d'une médicalisation [code pénal, 1997, p. 86].

Nous avons donc interrogé les responsables institutionnels de la justice ou leurs représentants et des services spéciaux comme les tribunaux ou les commissariats de police, les responsables des sous-directions juridiques du ministère de la promotion de la femme et de la famille, ceux des sous-directions de protection et de promotion des droits de l'homme à la Commission nationale des droits de l'homme et des libertés. Vingt personnes représentant ces divers services ont été rencontrées. Fonctionnaires et représentants l'État camerounais, elles occupent pour la plupart des postes de décision par exemple au niveau des commissariats de police ou des tribunaux, elles coordonnent des activités relatives à la protection et à la promotion des droits de l'homme au CNDHL⁵ et interviennent sur le terrain. Les activités et les interventions consistent en l'accueil et en l'examen des requêtes déposées dans lesdits services de police ou de protection des droits de l'homme, ou encore en la réalisation des enquêtes administratives de police ordonnées par

4. Thèse sous la direction de L. Vidal démarrée en 2006 dans le cadre du Projet pour l'amélioration des soins de santé génésique (PASSAGE) dans trois pays en Afrique subsaharienne (le Cameroun, le Burkina Faso et le Mali) 2006-2009, coordonné par l'IRD, l'union européenne, l'université libre de Bruxelles et la faculté de médecine de Toulouse.

5. CNDHL : commission nationale des droits de l'homme et de libertés (entretien réalisé en juillet 2010).

le procureur de la République. Une recherche documentaire a complété ce travail. Notre attention a été focalisée lors du travail de documentation, en dehors du code pénal camerounais, sur les divers instruments internationaux, régionaux et nationaux comme les rapports des conférences internationales, des comités d'observation des Nations unies, les pactes, les protocoles et les conventions relatifs aux droits de l'homme et des peuples, aux femmes et à l'enfant. Ces nombreux instruments juridiques bien qu'ils formulent et énoncent des recommandations en matière des droits de l'homme ou de certains droits particuliers relatifs à la protection, à l'environnement, à l'enfant ou à la femme, consacrent néanmoins les droits reproductifs comme partie intégrante des droits de l'homme. Ils reconnaissent également à tous les individus ces droits et exigent des États parties leur promotion, leur application sans discrimination ni coercition et leur inscription dans les divers documents régionaux et nationaux.

La rencontre avec ces responsables juridiques nous a permis de voir sur le plan institutionnel d'une part l'existence des dispositions de protection des droits reproductifs et d'autre part une certaine pratique de terrain en terme d'application conformément aux textes énoncés, adoptés, signés et ratifiés en matière d'avortement par le Cameroun. Sur ce dernier point, en dehors des recommandations du programme du Caire et du protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes qui prescrivent explicitement le droit lié à la reproduction, et la promotion de l'avortement médicalisé dans les conditions exceptionnelles de viol, d'agression sexuelle et d'inceste, les dispositions en matière d'avortement sont insérées dans le cadre général des mesures de protection des droits et d'accès aux services de santé de la reproduction, des droits relatifs à l'élimination et à la discrimination des femmes.

Le Cameroun a souscrit à ces divers conventions internationales et traités régionaux notamment au protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatifs aux droits des femmes en Afrique. Toutefois il dispose d'une loi spécifique en matière d'avortement consacrée par le code pénal. La position du Cameroun est donc de promouvoir les droits reproductifs suivant ce qui a été énoncé et d'appliquer ce que prévoit le code pénal dans le cas de l'avortement (exceptionnellement l'avortement médicalisé est permis en cas de grossesse issue d'un viol, et des amendes et l'emprisonnement pour toute autre intervention en dehors de ce cas cité en vertu de l'article 337 du code pénal). Toutefois, l'application de ces principes juridiques se heurte à des arrangements entre divers intervenants rendant difficile le respect des textes en vigueur. Pour l'un des responsables du MINJUS⁶ bien que

« le législateur à travers le code pénal essaie de réglementer les comportements sociaux des individus ; il dit que tel comportement est normal, tel autre est anormal [...], le législateur a bien prévu la peine d'emprisonnement, mais combien de fois les victimes et les mis en cause se sont arrangés ; moi je pense que c'est une forme

6. MINJUS : ministère de la Justice (entretien juillet 2010).

de justice qui ne peut pas emmener le législateur à dépénaliser certaines infractions ou à ne pas jouer son rôle ; la loi est sûre et à portée générale maintenant dans son application il y a plusieurs personnes, plusieurs intervenants, plusieurs acteurs qui entrent en ligne de compte et le législateur ne peut plus lui-même donner vie à la loi qu'il a votée ».

L'observation de ce responsable judiciaire laisserait penser que la mise en œuvre des dispositions juridiques propres à l'avortement se confronte aux diverses logiques individuelles des tierces personnes : plaignants, mis en cause et représentants de l'État. Ces derniers, par leurs actes s'interposent aux dispositions institutionnelles et détournent les textes de leur orientation lors de la prise de décision liée à l'avortement. C'est ce que nous allons démontrer dans cette sous-partie à la lumière de nos observations de terrain en présentant les principaux acteurs, les pratiques de terrain en matière d'avortement (arrangements mis en œuvre dans la prise de décision relative à la violation des textes prévus dans le cas de l'avortement non autorisé par exemple) surtout l'application des textes juridiques légalement et localement définis.

Le dispositif légal en matière d'avortement : entre textes juridiques et arrangement des tierces parties

Nous insisterons sur les pratiques de terrain liées au cas d'avortement non autorisé légalement en mettant en relief le déroulement de la procédure d'enquête judiciaire, les pratiques des tierces dans le cas de la dénonciation qui pourrait servir à appliquer les textes énoncés en vue de protéger et de promouvoir les droits des individus en matière d'avortement et le recours à la conciliation des parties. La conciliation étant entendue ici comme une procédure particulière initiée et convoquée par les représentants institutionnels ou les services judiciaires. Gorchs désigne ce type de démarche judiciaire de « justice conciliatoire » dans la mesure où le débat s'ouvre à des normes de références, qui appartiennent à d'autres champs que le seul champ du droit étatique, et à partir desquelles chacune des parties interprète la situation conflictuelle et se représente la façon de la résoudre [Gorchs, 2006, p. 35]. Le recours à la conciliation dans ce cadre intègre aussi bien les motifs de la plainte, le déni de l'avortement non autorisé, les conditions sociales de toutes les personnes impliquées que les recours juridiques possibles pour éclairer la décision judiciaire. Signalons au passage que la conciliation, comme procédure particulière de résolution des différends, ne figure pas dans le code pénal pour l'avortement non autorisé légalement. C'est une initiative des responsables judiciaires locaux, représentant l'État camerounais ; il peut être un officier de police judiciaire par exemple. Mais décrivons d'abord les étapes de la procédure administrative de justice.

La dénonciation par défaut de l'avortement non autorisé

La dénonciation peut être considérée comme une déclaration par un individu, auprès des juridictions, de faits et d'actes jugés passibles d'une amende ou d'une condamnation. Elle s'oppose, dans notre cas de figure, à la dénonciation par défaut

dans la mesure où la personne qui fait la révélation n'avait pas, ici, pour première intention de dire ou de déclarer un tel acte. Elle peut intervenir soit de manière indirecte lors d'un interrogatoire, soit lors de la confrontation de plusieurs personnes par un enquêteur qui joue ici le rôle de « conciliateur » dans le but de comprendre ou d'éclairer davantage ce qui oppose le plaignant et le mis en cause. L'avortement ne constitue pas *a priori* le motif de l'interrogatoire dans les services judiciaires et c'est au cours de la confrontation que les enquêteurs découvrent, qu'au-delà des motifs du plaignant (les plus évoqués étant souvent la corruption de la jeunesse ou le détournement de mineur), un avortement a été pratiqué par la femme, majeure ou mineure, elle-même, ou par une tierce personne, éventuellement avec l'aide du partenaire, majeur ou mineur, et à l'insu des parents ou de l'entourage. La dénonciation de l'avortement se fait donc par défaut puisqu'elle ne s'effectue que pendant la confrontation de plusieurs personnes (un plaignant, la victime elle-même ou un proche et un mis en cause) au sein des services judiciaires contrairement à ce qui est préconisé comme « devoir du citoyen » tel que nous l'indiquait un responsable de la justice que nous avons interrogé :

« [...] la complicité est implicite même si on désapprouve ; quand on mesure les conséquences de l'acte ou la désapprobation de la société par rapport à l'acte qu'on a posé, on s'abstient ; je pense que c'est ça qui est beaucoup plus fondamental, c'est ça qui motive les gens à s'abstenir à des dénonciations ; on peut même trouver que c'est pas normal qu'on n'est pas ce point de vue-là, qu'on ne doit pas se taire, qu'on se dise que mon devoir de citoyen c'est de dénoncer, les gens se disent que ah ! si je dénonce-là les autres vont m'exclure ». (Entretien de mars 2009.)

Le devoir de dénoncer en matière d'avortement n'est pas une intention première pour des personnes qui s'adressent aux services judiciaires au regard de ce que cela provoquerait comme réprobations sociales. Elle n'intervient que de manière circonstancielle, une circonstance particulière (la confrontation des parties sur des motifs autres que l'avortement) qui met au grand jour le recours à l'avortement non autorisé légalement.

Une autre circonstance susceptible de faire découvrir qu'il y a eu un cas d'avortement non autorisé peut être par exemple le décès de la femme. Le décès de la femme va constituer le motif de saisie de toutes les personnes concernées par la juridiction qu'il y ait dénonciation ou pas. Sans cette issue fatale l'avortement n'aurait jamais été découvert puisque « cela arrange tout le monde » selon la plupart des responsables des services judiciaires. Pour ce dernier cas, c'est à la demande du procureur ou sur décision d'un responsable de la police judiciaire (le commissaire de police par exemple) que l'enquête est initiée, en convoquant les parties impliquées, afin de les entendre et d'établir un procès-verbal, ceci dans le but d'entreprendre plus tard une action en justice si les faits supposés de l'avortement sont avérés. Dans le cas d'une dénonciation par défaut d'un avortement sans décès de la femme, la procédure d'enquête judiciaire servira à élargir et à compléter les informations par la confrontation de toutes les personnes impliquées malgré le déni d'avortement. La dénonciation par défaut peut donner lieu à « un arrangement à l'amiable » entre les personnes impliquées ou à une poursuite pénale

(s'il est établi par exemple que le décès de la victime fait suite à un avortement). Mais comme il est rare que soit dénoncé l'avortement, la démarche de la poursuite pénale est également peu ou pas du tout rencontrée. Et lorsque ce cas se présente, la procédure judiciaire et sa mise en route sont laissées à la seule appréciation du juge d'instruction selon les responsables judiciaires enquêtés.

La procédure judiciaire

La procédure judiciaire appliquée dans le cas de recours à l'avortement débute par l'ouverture d'une enquête judiciaire administrative conduite par les officiers de police judiciaire (OPJ) des commissariats de police, représentant l'État. Les services judiciaires peuvent être saisis par des individus sur simple plainte déposée auprès d'un commissariat ou du tribunal pour des motifs précis par exemple pour atteinte à la pudeur ou aux mœurs. Elle peut aussi être déclenchée par le procureur ou son substitut qui ordonne une enquête judiciaire ou un complément d'enquête des services de police. Il y a très peu ou pas d'initiatives de plaintes auprès des juridictions et lorsque qu'une plainte relative à l'avortement est explicitement déposée dans leurs services, il s'agit très souvent selon les responsables des services judiciaires, d'un cas de règlement de conflit familial ou de voisinage entre deux individus puisque la démarche de la dénonciation de l'avortement entreprise publiquement pourrait également exposer celui qui l'entreprend « parce que c'est un couteau à double tranchant, parce que toi la fille qui s'est fait avorter tu es prenable, celui qui a posé l'acte est prenable et puis si tu as des gens qui t'ont aidé tous sont prenables parce que le code camerounais interdit l'avortement sauf dans certains cas c'est ça ; donc il y a ce risque là et les gens ont peur ». (Enquêteur d'un service de police, entretien de juin 2010.) Ces cas de violation des dispositions relatives aux avortements ne résultant pas du viol, de l'état de santé de la mère ou du fœtus, ne peuvent donc pas être évoqués encore moins dévoilés aux juridictions du fait des risques de prison ou de condamnation auxquels cela peut exposer tout aussi bien le plaignant que les éventuels accusés.

Le plus souvent selon le responsable de la sous-direction de protection des droits de l'homme au CNDHL, l'ouverture d'une telle enquête ne se déroule pas toujours comme dans les autres procédures judiciaires dans la mesure où « [...] accepter de déposer une requête auprès d'un service judiciaire ou de la commission de protection des droits de l'homme signifie accepter de dévoiler ou de parler publiquement du problème de l'avortement dans les détails ; ce qui pourrait gêner des gens du fait que c'est une question sensible et même tabou ». Ainsi, dans la formulation des requêtes, l'acte d'avortement n'est pas explicitement mis en avant. Ce qui apparaît en première instance c'est souvent la grossesse de la femme ou de la fille et des exigences financières des soins de santé dues à la grossesse ou éventuellement une situation de non-assistance à personne en détresse en occurrence ici la femme ou la jeune fille, par exemple, qui entretient des relations sexuelles à l'insu de ses parents et se retrouve enceinte. Donc la révélation de l'avortement n'intervient que si l'enquêteur approfondit l'enquête et confronte les parties pour avoir de plus

amples informations. La personne requérante à l'origine de la plainte peut être la femme ou toute autre personne comme un parent (père, mère, oncle). L'intervention de la cellule familiale est souvent notée dans le cas des jeunes femmes et adolescentes qui dépendent encore matériellement de leur famille.

L'objectif d'une telle démarche selon le responsable de la CNDHL est souvent dans un but de réparation d'un tort causé à autrui, ici une grossesse ou la rupture de la relation dès la découverte de la grossesse de la jeune fille par exemple, parce qu'on estime que dans cette relation elle a été « abusée » aussi bien physiquement, socialement que moralement. On réclame donc de ce fait en guise de réparation un dédommagement. Lorsque cette démarche a été effectuée par des proches parents, le dédommagement peut être élevé puisque qu'on juge que s'il n'avait pas eu de grossesse, la fille en question ou le parent de la fille n'aurait pas à déposer une plainte par exemple. Il peut donc être exigé de la part du responsable de la grossesse un dédommagement financier comprenant la prise en charge des frais de santé et/ou une aide financière ponctuelle fixe. Il arrive souvent que le responsable refusant d'assumer la responsabilité de la grossesse, la jeune femme recourt à l'avortement à l'insu des parents. Si la jeune femme n'est pas à sa première expérience d'avortement avec la même personne, le requérant peut être plus exigeant à l'endroit de l'auteur de ces actes et plus enclin à entreprendre une action judiciaire. Cependant, selon un responsable de la sécurité publique, afin d'éviter le déclenchement d'une procédure judiciaire et au vu de ce que cela pourrait coûter si la justice se saisissait de cette affaire liée à l'avortement pratiqué, « s'il y a un cas comme celui-là, on concilie les parties sans toutefois qu'on les envoie devant les juridictions, car mieux vaut un mauvais arrangement qu'un bon procès ». (Entretien de juin 2010.)

Un responsable du MINJUS⁷ estime que, très souvent,

« [...] ils essaient, comme on dit souvent, d'arranger c'est-à-dire de trouver un terrain d'entente du genre à titre d'indemnisation vous avez fauté vous devez soigner la fille et puis ça s'arrête là ; est-ce que la justice ne fait pas son travail peut-être oui si on considère que la chaîne pénale ça commence avec l'enquête préliminaire jusqu'au jugement ; on va dire que le système judiciaire n'a pas bien fonctionné mais si on prend la justice en tant que juridiction, euh, la justice n'est même pas encore saisie ; on ne peut pas dire que la justice n'a rien fait [...] ; la société me paraît plus tolérante sur le plan juridique ; elle-même est assez tolérante, les gens s'entendent et ils font tout pour que l'affaire ne s'ébruite pas et que ça s'arrête au niveau de l'enquête ».

L'implication de diverses personnes et l'existence de possibles négociations interviennent dès la mise en route de la procédure jusqu'au niveau de l'application des lois, à travers des ententes et des arrangements des parties. Ce qui relève du devoir de l'État, à savoir assurer et protéger les droits individuels, devient plutôt un champ de négociations entre individus qui essaient par diverses pratiques de faire appliquer par eux-mêmes les droits en réclamant ou en exigeant de ceux qui sont soupçonnés les avoir violés des dédommagements et la réparation des torts causés.

7. MINJUS : ministère de la Justice (entretien de juillet 2010).

Selon la législation camerounaise, « est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et d'une amende de 100 000 à 2 000 000 fcfa, celui qui même avec son consentement procure l'avortement à une femme [...] ». [Code pénal, 1997, p. 86.] Afin de permettre aux différentes parties en présence de trouver chacune son compte (réparation du tort causé selon le parent ou la femme elle-même, satisfaction du mis en cause en terme de non poursuite en justice ou réduction des frais de dédommagement par exemple), à défaut d'appliquer les textes en vigueur, les représentants de la loi (ici les officiers de police judiciaire) recourent à la conciliation des plaignants et du mis en cause dans le but de trouver un compromis, bien que cela ne soit pas prévu légalement par le code pénal national.

La conciliation en matière d'avortement : « une justice sociale pour tous »

La conciliation est une procédure visant à départager les parties (un ou des plaignants et un mis en cause) autour d'un différend qui les oppose à la suite d'une plainte ou d'une requête déposée dans les services judiciaires ou à la sous-direction de promotion et de protection des droits de l'homme et de libertés, procédure au cours de laquelle le conciliateur découvre qu'un avortement non autorisé légalement mais non déclaré a été procuré à la femme, majeure ou mineure. C'est un arrangement à l'amiable des parties prenantes au différend suggéré par le conciliateur jouant le rôle de représentant de l'État afin d'éviter une procédure pénale en vertu de l'article 337 du code pénal camerounais qui punit la femme qui se procure l'avortement ou toute personne qui procure même avec son consentement, à une femme, un avortement. Il s'agit en réalité comme nous rappelait ce responsable de la sécurité publique dans l'un de nos sites d'enquête d'« humaniser le rapport entre la juridiction et les justiciables ».

Dans le cas de l'avortement découvert et réalisé en dehors du cadre légal défini, la conciliation consiste à écouter, à faire parler, à échanger avec les diverses parties (le plaignant, la fille et le mis en cause) d'abord au sujet des motifs de la plainte (par exemple détournement de mineure, corruption de la jeunesse ou délaissement) tout en rappelant aux deux parties qu'il y a eu violation d'une disposition légale relative à l'avortement, bien que celui-ci n'ait pas été dénoncé formellement. Après cette écoute, le responsable des services de police (représentant l'État camerounais) présente aux parties les différents aspects sur lesquels le compromis reposera afin de permettre à chaque partie d'être satisfaite, notamment le « plaignant qui veut absolument avoir gain de cause » selon le conciliateur, et donc la réparation du tort causé aussi bien à sa fille qu'à sa famille (et à lui-même le plaignant). Le conciliateur a davantage l'intention dans cette procédure, aux dires d'un des responsables de la police, « de trouver une solution pour que chacun s'exprime ; bon on recueille les avis nous on leur dit que si vous partez devant voilà à quoi vous devez vous attendre, il faut préparer l'argent, il vaut mieux trouver un compromis ». (Entretien de juin 2009.) Il ne s'agit pas d'appliquer ici pour le conciliateur la norme juridiquement définie par exemple puisque « c'est une justice sociale et humaine ».

Toutefois, s'il y a décès, la tâche du représentant de l'État est de compléter les informations et de constituer un dossier qui sera remis « au procureur de la République qui, seul, peut décider de l'opportunité de la poursuite judiciaire ».

Donc la démarche initiée par le conciliateur qui n'était pas prévue au départ dans le cas de l'avortement non autorisé légalement, reste circonstancielle. Elle dépend généralement des motifs évoqués lors du dépôt de la plainte, des exigences des plaignants, de l'avortement non déclaré dans la plainte mais découvert au cours de la confrontation des parties (que ce soit réalisé par elle-même, ou avec la complicité d'un tiers) et de l'issue de cet avortement. Le parent, dans le cas de la femme mineure, va demander une compensation du fait de l'interruption des études, des dommages physiques causés davantage par la grossesse de la fille à l'issue de cette relation que par l'avortement réalisé. Bien que l'avortement n'ait pas été mentionné dans la plainte, le chargé d'enquête présente aux deux parties les peines encourues en raison de la violation des dispositions prévues par la loi camerounaise en matière d'avortement. L'enquêteur demande au plaignant d'indiquer publiquement les termes (ses exigences) de sa compensation, s'il s'agit par exemple d'une rétribution financière ou d'une indemnisation en nature. Lorsqu'il s'agit de la rétribution financière, le montant peut varier entre 100 000 fcfa et 120 000 fcfa⁸ par exemple. Si le mis en cause exprime son incapacité à trouver un tel montant, le conciliateur peut amener le plaignant à reconsidérer son exigence, c'est-à-dire indiquer un montant forfaitaire ou l'équivalent en termes de prise en charge des soins de santé ou de la prise en charge ponctuelle de la femme par exemple. La conciliation vise à déterminer et à convenir clairement et publiquement pour les deux parties de la manière de régler ce différend. Entreprendre une action en justice relative à l'avortement, bien que celui-ci n'ait été découvert qu'au cours de la confrontation, demeure certes présente si le plaignant et le mis en cause ne s'accordent pas. Toutefois, l'action en justice exige des coûts en temps et en argent pour les deux parties. Au vu de ces coûts, la conciliation est officieusement proposée pour contourner une action judiciaire recommandée dans de telles circonstances. Pour assurer le bon déroulement du compromis trouvé et en fonction de la forme d'indemnité arrêtée, « le conciliateur » définit les modalités du règlement du compromis tout en précisant de revenir à la charge si l'une des parties venait à refuser d'observer les modalités de cet arrangement surtout le mis en cause.

Le recours à la conciliation en matière d'avortement participe de cette forme de justice sociale, que les parties acceptent de pratiquer officieusement en vertu de la violation ou du non-respect d'une disposition juridique qui a été bafouée. Elle est loin des dispositions légales et locales prévues en vue de la protection des droits individuels des femmes surtout dans le cas de l'avortement et rentre ainsi en contradiction avec l'objectif des rencontres internationales (Caire et Beijing surtout) en matière de promotion et de protection des droits reproductifs. C'est davantage une procédure locale de contournement de la norme juridique

8. 100 000 fcfa = 152,43 euros et 120 000 fcfa = 182, 92 euros. Ces montants ne sont pas fixes ; tout dépend de chaque plaignant.

dans le cas de l'avortement mais qui en réalité nous indique, selon l'analyse de Chauveau *et al.* [2001], une imbrication de la sphère « publique et privée » et « des types de situations à l'interface de systèmes normatifs différents » [2001, p. 159] qui rentrent en concurrence, se complètent ou invitent à la médiation en Afrique et au Cameroun en particulier dans divers domaines de la vie sociale (ici la justice dans le cas de l'avortement en particulier).

La conciliation fait également apparaître la complexité de la procédure judiciaire dans le cas de l'avortement non autorisé légalement, du moins l'application d'une norme officiellement énoncée (donc les textes visant à protéger les droits reproductifs des femmes). Cette complexité peut avoir pour première réponse le déni de l'avortement et la crainte des représailles sociales (individuelles et collectives) auxquelles les parties (la femme, son plaignant ou le mis en cause) pourraient s'exposer si l'information au sujet de la pratique de l'avortement venait à se diffuser ou à être connue de tous. Le refus de dénoncer l'avortement en première intention complique davantage la mise en œuvre d'une procédure judiciaire officielle visant à rétablir les droits de la femme surtout. Les compensations exigées viennent empiéter sur le déclenchement d'une action de justice et renforcer ainsi la position du responsable des services de police de la nécessité de trouver plutôt un compromis entre les parties malgré l'existence des textes en cas d'avortement non autorisé légalement.

Le souci de confronter les individus à une procédure pénale lourde socialement, individuellement et financièrement, pourrait être également un motif supplémentaire pour le responsable des services judiciaires, représentant l'État camerounais, de suggérer un arrangement entre les parties, même si cette procédure contourne totalement les dispositions juridiques dans le cas de l'avortement non autorisé légalement et de la protection des droits individuels surtout ceux des femmes. Il s'agit au travers des pratiques individuelles (aussi bien des plaignants, du mis en cause que du conciliateur) autour de l'avortement non autorisé légalement de l'institution d'une norme pratique locale dans le fonctionnement de la justice non conforme aux textes juridiques prévus (donc les normes officielles énoncées) dans un contexte social particulier, autour d'un sujet sensible et dans un domaine spécifique (celui des services judiciaires).

Conclusion

Bien que le Cameroun ait souscrit à toutes les dispositions internationales et régionales en matière des droits reproductifs, la traduction de ces recommandations notamment la protection, la promotion des droits reproductifs pose encore d'énormes difficultés dans la pratique sur le terrain, notamment dans le cas de l'avortement. Le recours à la conciliation, bien que contradictoire aux dispositions juridiques prévues par le code pénal national, en est un exemple (en terme de procédure). Cela traduit néanmoins (au regard des circonstances et de la démarche mise en œuvre) la difficulté des acteurs locaux, des responsables institutionnels, surtout chargés de mettre en application les textes (internationaux ou locaux), à se saisir des textes énoncés et à promouvoir leur avancée. La dénonciation de

l'avortement, même si cela a été découvert au cours de la confrontation des personnes impliquées, aurait certainement aidé à déclencher une procédure judiciaire recommandée pour cette circonstance et à protéger les droits individuels des femmes. L'initiative du responsable judiciaire de procéder plutôt à la conciliation des parties laisse entrevoir une expérience locale particulière où cohabitent à la fois les normes officielles (celles du code pénal, dispositions internationales et régionales) et les normes pratiques (la conciliation par exemple) dans un contexte social bien précis (celui du Cameroun), mais aussi la capacité des personnes prenant partie au différend à contourner une norme juridiquement énoncée.

Bibliographie

- BANQUE MONDIALE [1995], *Cameroun : diversité-croissance et réduction de la pauvreté*, Washington, Banque mondiale, 197 p.
- BONNET D., GUILLAUME A. [2004], « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A., KHLAT M. (dir.), *La Santé de la reproduction au temps du sida en Afrique*, Paris, CEPED, p. 11-32.
- BUNCH C., FRIED S. [1995], « Beijing 1995 : moving women's human rights from margin to center », *Signs*, vol. 2, n° 1, p. 200-204.
- CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP) [2007], *Le Protocole relatif aux droits de la femme en Afrique : un instrument pour promouvoir les droits reproductifs et sexuels*, 24 p. : <http://www.reproductiverights.org/fr/document/protocole-relatif-aux-droits-de-la-femme-en-afrique> (page consultée le 22 juillet 2013).
- CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRPL) [2007], *Les Droits reproductifs sont des droits humains* : <http://www.reproductiverights.org> (page consultée le 30 mai 2013).
- CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRPL), ASSOCIATION CAMEROUNAISE DES FEMMES JURISTES (ACAFEJ) [2003], *Les Droits des femmes en matière de santé reproductive au Cameroun*, rapport alternatif, novembre 1999, New York, 22 p. : <http://www.reproductive-rights.org/pdf/SRCameroon00fr.pdf> (page consultée le 22 juillet 2013).
- CHAUVEAU J.-P., LE PAPE M., OLIVIER DE SARDAN J.-P. [2001], « La pluralité des normes et leurs dynamiques en Afrique. Implications pour les politiques publiques », in WINTER G. (dir.), *Inégalités et politiques publiques en Afrique. Pluralités des normes et jeux d'acteurs*, Paris, Karthala-IRD, p. 145-162.
- CODE PÉNAL [1997], *Code pénal camerounais*, 97 p. : http://www.vertic.org/media/national.legislation/Cameroun/CM_Code_Penal_Cameroun.pdf (page consultée le 22 juillet 2013).
- COMITÉ DES DROITS ÉCONOMIQUES SOCIAUX ET CULTURELS (CESCR) [1999], *Observations finales du comité des droits économiques, sociaux et culturels Cameroun*, rapport initial, décembre 1999, 6 p. : http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/XSR_CO.Cameroon1999F.pdf (page consultée le 22 juillet 2013).
- CONVENTION POUR L'ÉLIMINATION DE LA DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES (CEDEF) [2007], *Examen des rapports présentés par les États parties en vertu de l'article 18 du CEDEF*, rapport unique d'États, mars 2007, New York, 89 p.
- EBERHARD C. [2002], « Les droits de l'homme face à la complexité : une approche anthropologique et dynamique », *Droit et société*, vol. 2, n° 51-52, p. 455-488.

- GANKOU J.-M. [1999], *Cameroun : le pari de la croissance et du développement*, Yaoundé, Edit'action, 199 p.
- GAUTIER A. [2000], « Les droits reproductifs, une nouvelle génération des droits ? », *Autrepart*, n° 15, p. 167-180.
- GAUTIER A. [2002], « Les droits reproductifs en Afrique subsaharienne », in GUILLAUME A., KHLAT M. (dir.), *Santé de la reproduction en Afrique*, p. 77-100.
- GORCHS B. [2006], « La conciliation comme enjeu dans la transformation du système judiciaire », *Droit et société*, vol. 1, n° 62, p. 223-256.
- GRUENAI M.-E. [2001], « Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun », *APAD*, n° 21, 177 p.
- HAMMOUDA H.B. [2002], *Les Économies d'Afrique centrale 2002. Pauvreté en Afrique centrale, état des lieux et perspectives*, Paris, Maisonneuve et Larose, 167 p.
- KONDJI D. [1995], *Réorientation des soins de santé primaires au Cameroun*, document de formation, Yaoundé, Macafop, octobre 1995, 73 p.
- LE ROY E. [1999], *Le Jeu des lois, une anthropologie dynamique du droit*, Paris, L.G.D., 432 p.
- LE VIGOUROUX A., OKALLA R. [2000], « Les structures confessionnelles privées dans la réorganisation d'un système de santé : le cas du Cameroun », *Afrique contemporaine*, n° 195, p. 204-209.
- MÉDARD J.-F. [2001], « Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun », *APAD*, n° 21, p. 22-47.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP) [2001], *Politiques et normes des services de santé de la reproduction, document de politique nationale*, mai 2001, 88 p.
- NANTCHOUANG R. [2004], « Croissance et lutte contre la pauvreté : un nouveau défi », in MENGUE M.T., BOUKONGOU J.-D. (dir.), *Comprendre la pauvreté au Cameroun*, Yaoundé, PUCAC, p. 237-261.
- NATIONS UNIES (UN) [1995], *Rapport de la conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, du 5 au 13 septembre 1994, 194 p. + annexes : http://www.unfpa.org/webdaw/site/global/shared/documents/publications/2004/icpd_fre.pdf (page consultée le 22 juillet 2013).
- NATIONS UNIES (UN) [1996], *Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, du 4 au 15 septembre 1995, 239 p. + annexes : http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/sites/odyssee-developpement-durable/files/12/declaration_femmes-pekin_1995.pdf (page consultée le 22 juillet 2013).
- OKALLA R., LE VIGOUROUX A. [2001], « Cameroun : de la réorientation des soins de santé primaires au plan national de développement sanitaire », *APAD*, n° 21, p. 11-22.
- PELCHAT Y. [1995], « La conférence internationale sur la population et le développement du Caire : un parti pris pour les femmes ? », *Recherches féministes*, vol. 8, n° 1, p. 155-164 : <http://www.erudit.org/revue/rf/1995/v8/n1/057825ar.html> (page consultée le 03 janvier 2013).
- PITANGUY J. [1995], « From Mexico to Beijing : a new paradigm », *Health and human rights*, vol. 1, n° 4, p. 454-460 : <http://www.jstor.org/discover/10.2307/4065252?uid=3738016&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104728587713> (page consultée le 07 décembre 2012).
- SHALEV C. [2000], « Rights to sexual and reproductive health : the ICPD and convention on the elimination of all forms of discrimination against women », *Health and human rights*, vol. 4, n° 2, p. 38-66 : <http://www.jstor.org/discover/10.2307/4065196?uid=3738016&uid=2134&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21104728515933> (page consultée le 7 décembre 2012).

L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social

Fatoumata Ouattara, Katerini Tagmatarchi Storeng**¹*

Au Burkina Faso comme dans de nombreux autres pays africains, l'avortement provoqué fait l'objet d'une réprobation sociale et d'une restriction légale. Pourtant, il constitue un problème de santé publique majeur dans la mesure où il est une des causes principales de la mortalité maternelle et induit des conséquences sur la santé des femmes. Non seulement il est dramatique pour les femmes concernées et pour les travailleurs de la santé en contact avec elles, mais les acteurs de la sphère institutionnelle sont également confrontés à sa nature multidimensionnelle : problème de santé publique, question juridique, politique et sociale.

Dans cet article, nous nous intéresserons aux logiques institutionnelles des politiques de santé menées sur la question de l'avortement. Dans une perspective d'analyse de politiques publiques, si l'on accorde une attention « aux «écarts» entre les politiques prévues et leur mise en œuvre réelle, et aux effets inattendus de ces politiques », on conviendra que « [...] la traduction et l'application concrète des politiques de santé sont influencées par les acteurs de leur implantation ». [Ridde, 2011, p. 135.]

Au-delà des valeurs « universelles » promues dans les conférences internationales et régionales et auxquelles le gouvernement souscrit tout au moins officiellement, quelles sont les logiques et les valeurs nationales/locales qui semblent entériner finalement la mise en application ou non des normes officielles ? Dans une certaine mesure, il s'agit de considérer les conditions d'émergence d'une

* Anthropologue, IRD, UMR 151 « Laboratoire population environnement développement-UPEB », Marseille.

** Anthropologist, Centre for Development and the Environment, university of Oslo.

1. Nous remercions le Conseil norvégien de la recherche qui a financé cette recherche et nos collègues qui y ont été impliqués. Nous exprimons notre gratitude aux informateurs rencontrés au Burkina Faso et dans d'autres pays pour l'enquête relative à cette étude. Sans leur confiance et leurs paroles, notre article n'aurait pas existé. Nous tenons également à remercier Véronique Dorner pour son regard critique sur ce manuscrit.

question de politique publique de santé, les modalités de sa formulation et celles de sa mise en œuvre [Lemieux, 2009].

Comment expliquer par exemple que la réponse des autorités burkinabè face au problème social majeur que constitue l'avortement à risque se limite à une réponse technique aux problèmes sanitaires provoqués par les avortements clandestins, inscrite sous la promotion des soins après avortement ? Dans quelle mesure une telle position ressort du programme d'action élaboré à la Conférence des Nations unies sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 ?

Notre démarche anthropologique s'inscrit dans un projet de recherche pluridisciplinaire sur la question des avortements au Burkina Faso². Selon une approche consacrée à l'analyse institutionnelle et historique de la politique nationale, nous tentons de saisir les normes et les logiques pratiques des acteurs impliqués dans des prises de décision sur la question de l'avortement et des soins après avortement.

Les données ont été recueillies au niveau international et national. Nous avons conduit quarante entretiens avec des responsables (administrateurs et fonctionnaires) du ministère de la Santé, d'organisations internationales et d'ONG au Burkina Faso. Nous avons accordé une attention particulière aux articles de la presse locale parus pendant deux ans (de décembre 2009 à décembre 2012) ainsi qu'à des documents de politique nationale. En outre, pour avoir une vue globale des positions politiques internationales sur l'avortement, sept entretiens ont été conduits avec des responsables d'organisations internationales et d'ONG en Europe et aux États-Unis³. Tous les entretiens ont été ensuite transcrits intégralement.

Des normes sociales et juridiques burkinabè qui réprouvent la pratique de l'avortement

Dans quasiment toutes les sociétés du Burkina Faso, la découverte publique de la pratique volontaire de l'avortement fait l'objet d'une réprobation. Il est difficile de distinguer ce qui relève de la réprobation culturelle de ce qui tient de celle de la religion⁴ à l'égard de l'avortement. Une enquête sur les opinions négatives des Burkinabè fait apparaître l'avortement, la prostitution et l'homosexualité comme les phénomènes sociaux les plus désapprouvés [CGD, 2010]. Au Burkina Faso, les articles de journaux qui se rapportent à l'avortement mettent en évidence la récurrence, la prohibition et la discrétion qui l'entourent. Les titres des articles évoquent ces caractéristiques sociales : « avortements clandestins [...] », « [...] le

2. « Coût de la santé de la reproduction en Afrique de l'Ouest : une étude approfondie de l'association entre pauvreté et accès aux soins liés aux avortements au Burkina Faso (2010-2013) ». Il s'agit d'un projet pluridisciplinaire (économie, santé publique et anthropologie) financé par le Research Council of Norway.

3. Dans un autre article, nous développons une analyse sur l'articulation entre le national et l'international à partir de ces données de terrain [Storeng, Ouattara, 2014].

4. Les principales confessions religieuses représentées et pratiquées au Burkina Faso sont l'islam, le christianisme (le catholicisme et le protestantisme d'obédience pentecôtiste) et l'animisme.

drame silencieux ». La presse locale, dominée par le mode de pensée de l'opinion publique burkinabè (et vice-versa) considère l'avortement comme la conséquence d'une mauvaise éducation des jeunes filles⁵ et l'associe à une défaillance de responsabilité des parents. Les articles se terminent la plupart du temps par la mise en évidence d'une nécessaire sensibilisation des jeunes filles aux questions de sexualité de manière à éviter des grossesses dites non désirées.

La possibilité pour les femmes de pratiquer une interruption volontaire de grossesse circonscrite selon des conditions précises (notamment la durée de la grossesse) se situe dans le contexte d'un marquage des droits de la femme. Les temps forts de ceux-ci ont été la Déclaration universelle des droits de l'homme et des conférences internationales telles que la Conférence des Nations unies sur la population et le développement (CIPD) au Caire en 1994, la Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995. Notons qu'aucune de ces conférences n'a admis un « droit à l'avortement », dont il est dit explicitement qu'il dépend des autorités nationales.

Alors qu'entre 1950 et 1985, de nombreux pays développés ont libéralisé les lois sur l'avortement en lien avec les droits de l'homme [Cook, Dickens, Bliss, 1999], dans les pays en développement, les lois sur l'avortement n'ont guère changé depuis la période coloniale [Guillaume, 2009]. Par exemple, au Burkina Faso, la loi française du 31 juillet 1920 instituée par le système colonial et essentiellement caractérisée par l'interdiction de l'avortement et de toute méthode contraceptive n'a été supprimée qu'en 1986 par le régime révolutionnaire.

Dans le fond, l'avortement provoqué reste puni selon les articles 383 à 390 du code pénal burkinabè. Un amendement du code pénal aménagé en 1996 permet l'avortement à tous les stades de la grossesse quand la vie ou la santé de la femme est en danger et en cas de malformation fœtale grave. Par ailleurs, il autorise l'avortement durant les dix premières semaines de la grossesse en cas de viol ou d'inceste. En termes de pénalité, l'avortement n'est plus perçu comme un crime mais comme un délit. Les peines qui y sont liées renvoient – aussi bien pour les femmes que pour les prestataires accusés – à une amende et/ou à une peine de prison. Mais en pratique, les recours à l'avortement provoqué restent fréquents et sont associés à des pratiques dites « clandestines » selon les autorités publiques et les prestataires de soins [Guillaume, 2009].

Du côté des normes sociales, l'une des singularités de l'avortement en tant que fait social est que les représentations populaires qui en relèvent manquent d'épaisseur dans de nombreuses sociétés, et ce à tel point que l'on peut parler de « pauvreté des représentations » [Boltanski, 2004, p. 34-35]. Georges Devereux est sans doute le premier anthropologue à avoir souligné, en utilisant les célèbres *Human relations area files* à destinée « comparative et transculturelle », que l'avortement « n'occupe nulle part une position centrale dans la culture » quand bien même

5. Dans la revue des articles de presse, il n'est presque jamais fait allusion à une mise en cause de l'éducation des jeunes hommes.

60 % des sociétés étudiées en ont connaissance [Devereux, 1955, cité par Boltanski, p. 34]. Mais parallèlement à cette « sous-représentation » de l'avortement dans les conceptions culturelles, l'avortement fait « l'objet de réprobation » dans quasiment toutes les sociétés [Boltanski, 2004, p. 30]. Au Burkina Faso, la condamnation juridique de l'avortement s'allie à la réprobation sociale et religieuse. Toutes les religions condamnant l'avortement, sa pratique s'entoure de discrétion de la part des acteurs impliqués (les femmes, leur entourage, les prestataires). L'expérience de l'avortement renvoie à des stratégies confinées dans le secret [Rossier *et al.*, 2006 ; Rossier, 2006 ; Rossier, 2007].

Un contexte international face à l'avortement

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire en 1994 a placé la question de l'avortement à risque⁶ dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à l'avant-garde du débat international. La prise en compte de ce sujet était notamment justifiée par l'importance des conséquences dues aux complications des avortements non médicalisés [Guillaume 2009 ; Hugon 2005]. Le programme d'action adopté lors de la CIPD correspondait à un compromis trouvé entre le militantisme des féministes des organisations intergouvernementales et non gouvernementales en faveur de l'octroi aux femmes du droit de pouvoir recourir à l'avortement et un certain conservatisme des gouvernements, réticents ou opposés à favoriser ou accorder un tel droit.

Le compromis entre les deux tendances fut précisément trouvé dans l'adoption de perspectives visant à réduire le recours à l'avortement à risque en améliorant les services de planification familiale, en rendant disponible des informations et des conseils susceptibles d'atténuer la survenue de grossesses non désirées, et en pratiquant l'avortement dans les meilleures conditions lorsqu'il est légal. Dans tous les cas, le programme d'action adopté à la CIPD insistait sur l'investissement des gouvernements dans la mise en place de services de qualité accessibles pour la prise en charge médicale des complications de l'avortement [DeJong 2000].

Même si le Programme d'action de la CIPD n'avait pas force de loi, il a eu une influence politique et morale indéniable sur de nombreux pays et a incité les autorités sanitaires à prendre des engagements significatifs [Cohen, Richards 1994]. Dans les pays où la pratique de l'avortement est confrontée à des sanctions sociale et juridique, l'influence de la CIPD semble avoir davantage agi sur les aspects de santé publique, somme toute techniques, que sur un réel consensus autour de la question des « droits reproductifs » impliquant une position claire des gouvernements face à l'avortement – soit la position exacte de la CIPD.

6. Contrairement à l'avortement médicalisé, l'avortement à risque est défini comme un avortement pratiqué par une personne ne disposant pas des compétences médicales requises et/ou pratiqué dans des contextes où les conditions sanitaires sont inadéquates. De ce fait, l'avortement à risque peut impliquer la mort ou une morbidité chez la femme [WHO, 2007].

En effet, à la suite de la CIPD, les soins après avortement (SAA) ont émergé comme étant la principale recommandation de politique internationale pour traiter les complications des avortements (spontanés et provoqués), surtout en Afrique où peu de pays ont réformé leurs lois restrictives sur l'avortement provoqué. Les SAA ne traitent pas de la légalité ou de la sécurité de l'avortement en soi, mais se concentrent sur le traitement de ses conséquences, l'avortement incomplet, et sur la fourniture de services de contraception post-avortement. Ils ont été mis en place pour faire face aux conséquences néfastes de l'avortement à risque pour la santé des femmes dans de nombreux pays où celles-ci n'ont pas un accès légal à l'avortement [Rasch, 2011].

C'est le cas du Burkina Faso, pays marqué par l'acuité de la question de l'avortement. En effet, le nombre d'avortements réalisés dans des conditions à risque y a été estimé à 87 200 par an, soit 25 avortements pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Dix pourcents des décès maternels y sont attribués aux avortements provoqués [ministère de la Santé, 2011].

La souscription du gouvernement burkinabè aux accords internationaux sur la santé de la reproduction s'est accompagnée d'une mise en œuvre d'actions destinées à faire face aux conséquences médicales de l'avortement. En dépit de la prégnance des recours à l'avortement non médicalisé dans un contexte de législation restrictive sur l'avortement, l'option institutionnelle reste clairement affichée en faveur des SAA orientés sur la réduction de la mortalité maternelle intra-hospitalière, qui est perçue comme un problème de santé publique.

La pratique des soins après avortement, pour éviter de débattre de l'avortement

Consécutivement à la CIPD, le compromis entre les militants favorables à la promotion de l'avortement et les acteurs d'institutions internationales et de gouvernements a consisté à opérer un glissement de la notion de droits vers celle de santé.

Pour les pays africains, des rencontres régionales ont insisté sur l'articulation entre les conséquences de l'avortement et la qualité des soins pour tenter d'infléchir la mortalité maternelle.

De façon incontestable, le traitement politique de l'avortement au Burkina Faso se situe dans la perspective de la CIPD, lieu de légitimation de la notion de « droit reproductif » par la plupart des États qui y ont participé [Bonnet, Guillaume, 2004]. Mais au-delà de ce consensus apparent, dans l'élaboration de la politique nationale, c'est la dimension sanitaire qui apparaît être le point d'entrée du traitement des conséquences de l'avortement et des politiques mises en œuvre.

Notons que d'une certaine façon, la sémantique utilisée dans le domaine de l'international oriente les options et les initiatives nationales. En passant de la

« maternité sans risque » à la « maternité à moindre risque » dans un cadre plus général et structurel de santé de la reproduction, l'art, pour les dirigeants d'un pays dont le budget dépend fortement des subventions extérieures, consiste à démontrer leur accord à l'égard des grandes questions internationales en cours :

« Au niveau central ici, c'est de pouvoir élaborer des documents de politiques et de stratégies et pouvoir en deuxième position accompagner en fait les structures décentralisées et intermédiaires dans la mise en œuvre de ces politiques de santé, c'est pour ce modèle de rôle que chacun doit jouer. [...] et accompagner les gens dans la mise en œuvre [...] c'est-à-dire que nous travaillons aussi avec les... les systèmes des Nations unies, quand vous prenez l'UNICEF, vous prenez l'UNFPA, vous prenez l'OMS, nous tenons compte de certains nombres d'engagements que les pays, les autorités hein ! au plus haut niveau ont pris au cours justement des conférences ou des rencontres au niveau international comme interafricain ou sous régional. [...] Donc à partir de ces... c'est à partir de tout cela que nous adoptons en fait les différents concepts pour élaborer notre propre politique. [...] pour que la politique nationale soit en phase avec [...] les politiques mondiales sur le plan sanitaire. » (Un responsable du ministère de la Santé, juillet 2012.)

Être « en phase » avec la politique internationale, c'est l'art de la gouvernance étatique qui consiste à élaborer des documents politiques destinés à étayer le niveau technique. Mais il convient de saisir les modalités cognitives par lesquelles ces accords internationaux sont « réinterprétés » par les acteurs de politiques publiques [Long, Long, 1992 ; Ridde, 2011].

Le développement d'une politique de l'avortement au Burkina Faso passe essentiellement par le biais des soins après avortement (SAA). Les SAA recouvrent l'ensemble des soins procurés aux femmes qui arrivent dans une structure de soins en situation d'avortement (provoqué ou non) incomplet. De fait, avant l'introduction des soins après avortement, les femmes qui étaient reçues dans les structures de soins hospitalières pour des complications à la suite d'un avortement étaient prises en charge médicalement par la technique du curetage consistant nomment à débarrasser l'utérus des débris. Une telle méthode impliquait donc l'existence d'un bloc opératoire n'existant que dans les services obstétriques des hôpitaux universitaires nationaux des deux plus grandes villes du pays, Bobo-Dioulasso et Ouagadougou.

C'est à partir de 1997 que les SAA commencent à être introduits dans le pays. Le démarrage organisé des soins après avortement est d'abord soutenu par des gynécologues qui opèrent dans les deux centres hospitaliers universitaires du pays. Réunis dans la Cellule de recherche en santé de la reproduction (CRESAR), ils mettent au point un plaidoyer pour des soins après avortement construits sur l'importance de la mortalité maternelle hospitalière due aux conséquences de l'avortement. Celle-ci est estimée entre 24 et 28 % de la mortalité maternelle globale à cette époque. Ces chiffres sont rappelés dans un état des lieux et servent à mettre en évidence la nécessité de la planification familiale et de la prévention des infections dues aux avortements à risque.

L'outillage technique de référence pour les soins après avortement devient l'aspiration manuelle intra utérine (AMIU). En tant que pourvoyeuse du matériel AMIU, l'ONG américaine Ipas, qui en est le fabricant, devient donc un partenaire privilégié. Bien que les SAA recouvrent communément d'autres dimensions (relation de confiance avec la patiente, conseils en planification familiale, liens avec les autres services de la santé de la reproduction) que celle de l'appareillage technique que constitue l'AMIU, son évocation finit progressivement par se résumer à la seule dimension technique, tant et si bien que de nos jours les soignants évoquent l'AMIU pour parler des SAA.

Initiés dans le cadre de collaborations entre des cliniciens et une ONG, les soins après avortement ont été progressivement intégrés au programme national de santé et déclinés dans le programme national de développement sanitaire à travers la promotion de la santé maternelle. La direction de la Santé de la famille (devenue récemment direction de la Santé de la mère et de l'enfant, DSME) en tant que direction centrale et technique du ministère de la Santé a intégré la santé de la reproduction dans l'élaboration du Programme national de développement sanitaire (PNDS). C'est la DSME qui organise dans un premier temps le relais pour coordonner la formation des prestataires de soins et s'attelle ensuite à une politique de décentralisation des SAA au niveau des régions sanitaires, dans les centres hospitaliers régionaux (CHR) et les districts sanitaires représentés par les centres médicaux qui disposent d'une antenne chirurgicale (CMA). Les SAA sont devenus une composante du volet des Soins obstétricaux d'urgence du programme de maternité à moindre risque. En premier lieu, c'est une politique de normes et de standards qui définit sur une période de 10 ans le cadre général de la vision politique nationale sous la forme d'un PNDS. Le PNDS en cours s'étend de 2011 à 2020 et il est décliné en plans triennaux permettant ainsi de déterminer et d'élaborer des stratégies et des objectifs autour de programmes. C'est autour du PNDS que les différents partenaires techniques et financiers se positionnent pour déterminer leurs secteurs d'intervention dans la santé de la reproduction. La politique de la santé de la reproduction est une référence pour les partenaires du développement sociosanitaire et pour la planification des interventions.

Au sein des différents services de la direction centrale et technique représentée par la direction de la Santé de la mère et de l'enfant, les activités de SAA incluses dans la santé de la reproduction apparaissent de façon transversale : par exemple, la direction de la Santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées (DASPJA) s'occupe de la sensibilisation des jeunes et de leur accès aux soins, et d'une sensibilisation des soignants à la santé des adolescents, notamment en matière de santé de la reproduction ; au service de soins obstétricaux et néonataux d'urgence, il s'agira d'orienter la stratégie nationale sur une subvention des accouchements et des SAA. Ce cadre officiel souligne encore, par la focalisation sur des groupes de personnes cibles (jeunes femmes, adolescents, etc.), la connexion de la politique nationale burkinabè à la politique internationale articulée sur des groupes de personnes.

Localement, des organisations et associations de la société civile axées sur le droit des femmes en général et les droits reproductifs en particulier peinent à émerger. En d'autres termes, il y a une absence de plaidoyer orienté sur les droits reproductifs des femmes. L'interpellation du ministère de la Santé sur des réformes politiques qui se rapportent à l'avortement est pourtant faite, bien que discrètement, par un certain nombre de médecins. On peut d'ailleurs se demander si la réaction nationale aurait été moins technique si elle avait été nourrie par l'action conjointe d'associations et d'ONG nationales et internationales.

On peut noter dans les faits que l'introduction des SAA par le biais de cliniciens et d'ONG est marquée par une relative prudence de la part des acteurs (nationaux et internationaux) qui s'y engagent. Il fallait être prudent pour « ne pas brusquer le ministère de la Santé » confie un gynécologue qui a participé au démarrage des SAA au Burkina Faso. Étant donné la sensibilité du sujet, les cliniciens craignaient que l'affichage de telles activités au Burkina Faso ne provoque une réaction négative du ministère de la Santé. De fait, l'instauration des SAA a tenu compte des cadres religieux et juridique du pays. Il était important au plan politique de ne pas donner l'impression aux notables religieux et politiques que cette promotion des SAA était une manière de promouvoir les avortements, en encourageant les femmes à y recourir.

La crainte d'élargir la politique des SAA à une législation de l'avortement plus permissive se comprend en lien avec la politique internationale et avec un cadre régi par une morale culturelle et religieuse.

D'un côté en effet, la position des acteurs internationaux qui militent pour le droit à l'avortement est de considérer que les SAA constituent une stratégie d'engagement pour certains pays. Mais réciproquement, une stratégie nationale de l'avortement articulée essentiellement sur une dimension technique des SAA s'apparente à une manière de fermer toute possibilité de débat public sur l'avortement avec des acteurs internationaux intervenant dans le pays. Les décideurs nationaux peuvent ainsi prétendre se conformer aux lignes directrices internationales sur l'avortement médicalisé, une voie pour la maternité à moindre risque, et éviter d'avoir à affronter directement les questions les plus épineuses et controversées relatives à la pratique et la légalité de l'avortement.

On peut se demander si une telle perception de cette orientation technique n'est pas un consensus implicite qui fait que les acteurs nationaux et internationaux se maintiennent dans des zones de confort respectives. Tout se passe comme s'il s'agissait d'un certain niveau d'engagement qui ne remet pas en cause l'état moral, social et juridique de l'État. Rien ne fait « basculer le bateau ». Il s'agit finalement d'une politique du possible dans laquelle les aspects sociaux et juridiques ne sont pas directement remis en question [Ouattara, Storeng, 2014].

Des soignants et des acteurs institutionnels pris dans des dilemmes : condamner l'avortement ou le traiter ?

Parallèlement à l'optique politique nationale, il y a lieu de considérer les positions individuelles alliant expérience professionnelle et perceptions individuelles sur la question de l'avortement. Ainsi, lorsque l'on demande l'avis des prestataires de santé sur l'avortement, leurs réponses renvoient avant tout à l'opposition entre une posture religieuse qui condamne l'avortement et leur pratique professionnelle qui pourrait être aux antipodes des attentes de la morale religieuse :

« Si vous me prenez... simple citoyen appartenant à une religion catholique, qu'est-ce que je pense de l'avortement ? Je vous dirais "ce n'est pas bien" ! [...] je n'en ferai jamais. Effectivement, je n'en fais pas. Parce que ma religion, à laquelle je crois et j'appartiens heu l'interdit. [...] mais si vous me posez la question..., gynécologue obstétricien, responsable de la santé de la reproduction de milliers de personnes, [...] je vous dirais que je suis pour qu'il y ait des ouvertures pour l'avortement légalisé, médicalisé [...] parce que c'est la seule voie qui nous permet d'éviter les complications qui occupent nos services inutilement [...] et qui finissent par emporter la femme victime. » (Un gynécologue dans une structure de référence.)

En pratique, les professionnels de santé reconnaissent qu'ils sont amenés à adapter leurs convictions personnelles pour résoudre ce dilemme. Certains disent choisir l'option d'une pratique soignante au profit de la demande des patientes sans pour autant négliger leur confession religieuse.

« ... en tant que prestataire, sur le plan professionnel [...] je suis tenue d'offrir des soins quand le client me demande [...] mais dans ma conviction religieuse, je suis catholique et je sais que l'avortement est banni ! [...] entre la volonté d'aider la personne qui est en détresse et la volonté de suivre ma religion [...] s'il m'arrive de poser cet acte, je vais me confesser, je ne vais pas chez n'importe quel prêtre parce que je sais que je vais rencontrer des réticences. » (Une gynécologue.)

La majeure partie des représentants de l'église catholique n'est pas favorable à la pratique de l'avortement, et leurs références religieuses compliquent le positionnement des personnels de santé sur la question. Ainsi, cette gynécologue catholique confie qu'elle prendra les dispositions nécessaires pour éviter d'être condamnée moralement. D'autres au contraire adaptent leurs pratiques de soins à leur conviction religieuse, ce qui peut les conduire à une adaptation de leur carrière professionnelle. C'est le cas de ce gynécologue obstétricien, embauché dans une ONG qui promeut les SAA et est favorable à la pratique des avortements. Il a fait le choix de quitter ce poste bien rémunéré pour une pratique en clinique privée qui lui permet de poursuivre sa pratique professionnelle en conformité avec sa foi.

« C'est vrai que leur politique (celle de l'ONG), c'est plutôt... la légalisation de l'avortement pour que les gens aient vraiment accès sans limite, [...] j'ai une position... assez délicate, ambiguë en réalité, bon, au fond de moi, moi je suis un musulman [hum !] je sais qu'on peut toujours trouver des... des voies pour certains avortements. [...] par exemple, quand je prends un pays musulman comme la Tunisie où les choses sont vraiment "free", ça me donne quand même une ouverture d'esprit par rapport à la question, ce n'est pas simple de laisser ça aussi libre que les gens

le souhaite parce que ça... ce n'est pas facile surtout que bon, on est dans un milieu aussi... où les gens ne comprennent rien, rien, rien aux choses. [...] quand ça arrive, c'est vraiment tout... une histoire ; ça fait que avec les différents échanges que j'ai eus je me suis rendu compte que la question n'était pas aussi simple. » (Un gynécologue.)

Il s'agit ici d'une position ambiguë dans la mesure où sans pour autant condamner complètement l'avortement, ce soignant confie que dans sa clinique, il n'est pas à l'abri de demandes régulières d'avortement auxquelles il ne répond pas.

De l'offre de soins au niveau décisionnel, la politique des SAA est guidée par des postures individuelles, privées. Le cadre international, qui doit être pris en compte au niveau national, est confronté à la gouvernance. Mais cette gouvernance est modulée par les représentations individuelles. Très concrètement, les positionnements individuels jouent un rôle majeur dans le traitement médical et politique de l'avortement.

Conscient de la sensibilité de cette question, un soignant nous confiait par exemple que le changement de choix politique sur l'avortement dépend de la position des responsables au ministère de la Santé. La non prise en compte officielle du misoprostol⁷ dans le traitement de l'avortement incomplet (SAA), en dépit des preuves scientifiques, est un exemple emblématique de la primauté des considérations individuelles, y compris au niveau gouvernemental, sur la gestion publique des questions de santé [Kumar, 2012].

À ce niveau en effet, les acteurs des réformes sanitaires justifient leurs positions par le fait que ce médicament, caractérisé par son efficacité et la simplicité de sa prise encouragerait, banaliserait et simplifierait les pratiques d'avortement. Face à un preneur de décision non réceptif à l'intégration du misoprostol dans les SAA, les responsables et acteurs d'une ONG internationale adopteront une stratégie de contournement qui consiste à « court-circuiter » le système pour travailler directement avec les acteurs professionnels impliqués dans la pratique.

« En son temps, Dr... (une responsable de service technique du ministère de la Santé), elle n'était pas réceptive, parce que elle-même, elle était souvent bloquée [...] elle dit que non, ce n'est pas possible, que scientifiquement que rien n'a été démontré dans le cadre de l'utilisation du misoprostol dans les soins après avortement. C'est patati patata, en fait, tout le monde était convaincu que c'est des choses, c'était sa conviction personnelle, elle n'était pas pour. [...] On l'a court-circuitée pour travailler avec les cliniciens de Sourou Sanou et Yalgado (les deux hôpitaux nationaux). [...] On a même rassemblé les prestataires de ces structures-là, on a fait une formation sur l'utilisation du misoprostol [...] on a même donné des kits pour qu'ils puissent quand même le faire dans les hôpitaux. [...] On n'allait pas du tout progresser. Je pense que ça a été une occasion quand même de vulgariser l'utilisation du misoprostol dans les hôpitaux. [...] Quand vous avez à la direction

7. Le misoprostol, aussi nommé cytotec®, est un médicament qui a été fabriqué pour traiter la prévention de l'ulcère gastrique. Son efficacité a été également reconnue dans les soins obstétricaux où il peut être utilisé pour permettre le déclenchement de l'accouchement, la prévention de l'hémorragie du post-partum, le traitement des avortements médicamenteux et des avortements incomplets [Fernandez *et al.*, 2009 ; Margulies, Campos, Voto, 1992 ; Raghavan, Abbas, Winikoff, 2012].

de certaines structures, des gens qui ne sont pas favorables à ce que vous proposez, il faut revoir la stratégie... il y a des femmes qui meurent, faut qu'on réduise ça. » (Une prestataire dans une ONG.)

L'introduction du misoprostol dans les SAA reste donc jusqu'à présent au Burkina Faso une question délicate pour laquelle l'État, les ONG, les cliniciens et les usagers ne semblent pas encore avoir trouvé de consensus. Mais la sensibilité de la question s'accompagne aussi de sa discrétion car toute mise en évidence d'une négociation sur ce sujet entraînerait un débat d'acteurs autour de l'avortement sécurisé.

Bien souvent, les acteurs décisionnels considèrent que « la société burkinabè n'est pas prête » pour une loi moins restrictive à l'égard de la pratique de l'avortement. Une responsable de structure du ministère de la Santé nous expliquait cette perception en justifiant sa position par la défaillance du système de santé mais aussi par l'état des valeurs culturelles et religieuses :

« Je pense que nous ne sommes pas prêts à aller vers la légalisation de l'avortement. La légalisation de l'avortement suppose quand même des services bien équipés, des services bien disponibles... et des compétences en tout cas [...] qui [...] comment on appelle ça, qui nous permet de le faire, peut-être que les compétences existent mais il faut de l'équipement et aussi la légalisation... Selon les quelques films que j'ai eus à voir sur la pratique de l'avortement dans les pays où cet acte a été légalisé c'est toute une démarche, c'est toute une démarche impliquant l'individu lui-même, la femme elle-même, impliquant sa famille et... moi, personnellement je ne pense pas qu'à l'étape actuelle là, de nos valeurs, de nos croyances religieuses là, qu'on puisse vraiment mettre en place toute cette démarche-là. Moi, c'est... c'est personnellement mon point de vue. »

À l'instar d'autres pays (y compris occidentaux), l'exemple de la non-inscription du misoprostol dans les standards officiels de l'offre de SAA montre « [...] combien la traduction et l'application concrète des politiques de santé sont influencées par les acteurs de leur implantation ». [Ridde, 2011, p. 118.] Des acteurs dont les représentations sur l'avortement mettent en évidence des dilemmes entre postures sociales, religieuses et postures techniques. On peut donc comprendre dès lors comment les négociations avec des acteurs extérieurs (organismes internationaux, ONG) se font sur la base de ces positionnements délicats.

« X (une ONG) s'est intimement impliquée dans ce travail pour que l'avortement soit légalisé. Ici, à un moment donné, bon, on avait un projet pour essayer de voir dans quelle mesure, bon, on peut... faire plaider pour ça, mais bon, nous, on a... en analysant l'environnement [...] on a dit que ça allait être très difficile, on aura plus de résistance. [...] mais en résumé au niveau [...] du siège, c'est une ONG qui travaille beaucoup dans les dispositions à prendre pour légaliser l'avortement. [...] vraiment ce sont des questions très délicates au Burkina, vu l'environnement [...] religieux, social, etc., même juridique, ça va être difficile, nous on s'est dit que ça serait voué à l'échec. Voilà ! Si on entreprend, les mentalités ne sont pas encore préparées... »

L'argument des normes culturelles et religieuses est utilisé par les ONG comme un justificatif pour modifier leurs pratiques face à la position formelle

« internationale » de leurs sièges. Même si d'un point de vue international, le militantisme explicite d'une ONG internationale dans le plaidoyer pour la légalisation de l'avortement l'a privée des subventions d'une importante institution connue pour son hostilité à l'égard de la libéralisation de l'avortement, dans son intervention au Burkina, la stratégie de l'ONG sera de l'ordre de la prudence pour aborder le sujet de l'avortement. En évoquant la collaboration entre l'ONG pour laquelle elle travaille et une autre ONG, un prestataire de services confie :

« [...] eux, ils voulaient aller un peu plus loin, parce que avec X (ONG), ils ont dit non, eux, ils vont venir faire l'avortement, faire quoi, je dis "il faut rester dans la légalité". On dit que l'avortement n'est pas légal, on ne peut pas faire l'avortement [...] parce que à un certain moment, ils étaient chauds, ils disent "Non, il faut lutter pour légaliser l'avortement", je dis "Il faut aller doucement pour ne pas être en porte à faux", parce que déjà avec l'AMIU, les gens ne comprennent pas très bien. Parce que dans la "clarification des valeurs" même qu'on a faite avec les parlementaires [...] ils sont revenus trop sur ça ; que parce que les gens disent que l'AMIU-là, c'est l'avortement qu'on est en train de faire. Donc beaucoup était contre, beaucoup était contre l'AMIU ».

De fait l'aspiration manuelle intra-utérine pouvant être utilisée à la fois pour traiter l'avortement incomplet et pour provoquer l'avortement suscite un malaise chez certains soignants (non favorables à l'avortement provoqué) sur son usage qui, selon eux, est similaire à la provocation de l'avortement.

Le contexte juridique et social normatif peut rendre problématique le traitement de l'avortement dans des univers de soins mettant à découvert aussi bien les femmes que les prestataires de soins. De fait, dans les structures de soins, les situations de stigmatisation et de discrimination de la part des soignants vis-à-vis des femmes, qui se présentent pour des soins après avortement, sont fréquentes [Drabo, 2013]. Les valeurs morales s'immiscent ainsi dans les contextes d'offre de soins.

Conclusion

Dans cet article, nous avons mis en évidence la prégnance de la politique globale internationale sur les lignes de positionnement nationale [Lopreite, 2012], mais aussi le rôle des positionnements personnels, des idéologies et des convictions morales [Okonofua *et al.*, 2009].

Alors que les acteurs internationaux perçoivent les SAA comme une voie possible pour ouvrir une discussion sur l'avortement [Ouattara, Storeng, 2014], les acteurs nationaux utilisent les SAA comme une fermeture, une stratégie pour éviter toute possibilité de débat sur une légalisation de l'avortement qui leur apparaît comme un changement sociétal impossible à impulser.

Notre analyse met en évidence la manière dont, au Burkina Faso, l'encadrement international des avortements à risque en tant que problème de santé publique a permis de supprimer le débat sur l'avortement de la sphère purement morale et

religieuse au niveau local, et ce, pour refondre le traitement de ses conséquences technique et sanitaire. Dans un environnement où sa pratique fait l'objet d'une restriction légale et d'une condamnation morale et religieuse, l'accent mis sur la prévention des grossesses non désirées et la fourniture de soins post-avortement ne consiste guère à s'intéresser à la sécurité de l'avortement : la législation sur l'avortement cantonnant la possibilité d'avortement à des situations très particulières, l'insuffisance des infrastructures de soins de santé et la stigmatisation associée de façon générale constituent des obstacles pour des avortements sécurisés médicalement [Kumar, 2012].

Nous avons montré que les positions morales personnelles jouent clairement un rôle important dans le développement de la politique de l'avortement. La controverse autour de la non-inscription du misoprostol que nous discutons ci-dessus rappelle ce que Kumar [2012] a décrit au Sri Lanka, où les questions liées à l'efficacité du misoprostol sont devenues sans objet puisque la décision de reporter l'enregistrement du médicament était basée sur les valeurs sociales des décideurs clés. Cela illustre comment l'opposition personnelle à l'avortement d'un responsable clé peut infiltrer les décisions politiques et empêche la question de l'avortement à risque d'être résolu [Kumar, 2012]. De même, dans le cas du Nigeria, les responsables ont été guidés par des considérations morales et religieuses plutôt que par des approches fondées sur des preuves scientifiques dans la lutte contre le problème de l'avortement non médicalisé [Okonofua *et al.*, 2009].

Au Burkina Faso, la mise en œuvre des SAA laisse peu de place à une politique de réforme plus large sur la santé de la reproduction. Au contraire, l'accent marqué sur les SAA représente une politique de non-engagement. Le gouvernement peut ainsi soutenir la prétention d'avoir résolu le problème de l'avortement à risque à travers une action de santé publique. Le débat sur les solutions possibles au problème de l'avortement est ainsi relégué exclusivement au secteur de la santé, exprimé en termes de préoccupation de mortalité et de morbidité résultant de l'avortement « dangereux ». Alors que la mortalité maternelle est un problème de santé publique et qu'un quart des avortements pratiqués le sont dans des conditions à risques, le sujet de l'avortement ne fait pas l'objet de débat public. L'argument selon lequel l'interdiction amène les femmes à adopter des conduites à risques en faisant des avortements clandestins, pouvant de ce fait l'interdiction elle-même constituer une source de prise de risque n'est pas pour le moment évoqué dans les espaces publics. La question de l'avortement en soi (et les questions sociales, morales, religieuses, juridiques et politiques qu'il soulève) est tue dans le discours technico-médical actuel, bien que l'économie morale de l'avortement se manifeste dans les réactions réservées au cadre individuel et privé.

Bibliographie

- BOLTANSKI L. [2004], *La Condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement*, Paris, Gallimard, 420 p.
- BONNET D., GUILLAUME A. [2004], « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A., KHLAT M. (dir.), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, Paris, CEPED, p. 11-32.
- CGD [2010], *Les Burkinabè et leurs valeurs. Enquête CGD sur les valeurs*, rapport CGD, Burkina Faso, 66 p.
- COHEN S.A., RICHARDS C.L. [1994], « The Cairo consensus : population, development and women. », *Family planning perspectives*, vol. 26, n° 6, p. 272-277.
- COOK R.J., DICKENS B.M., BLISS L.E. [1999], « International developments in abortion law from 1988 to 1998 », *American journal of public health*, vol. 89, n° 4, p. 579-586.
- DEJONG J. [2000], « The role and limitations of the Cairo international conference on population and development », *Social science and medicine*, vol. 51, n° 6, p. 941-953.
- DRABO S. [2013], *Access to Post Abortion Care (PAC) in Burkina Faso : an ethnographic study*, masters thesis at the university of Oslo, Institute of health and society, 72 p.
- FERNANDEZ M.M., COEYTAUX F., GOMEZ PONCE DE LEÓN R., HARRISON D.L. [2009], « Assessing the global availability of misoprostol », *International journal of gynecology and obstetrics*, vol. 105, n° 2, p. 180-186.
- GUILLAUME A. [2009], « L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences », in GOURBIN C. (dir.), *Santé de la reproduction au Nord et au Sud : de la connaissance à l'action*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, p. 357-382.
- HUGON A. [2005], « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Maternités*, n° 21, p. 212-229.
- KUMAR R. [2012], « Misoprostol and the politics of abortion in Sri Lanka », *Reproductive health matters*, vol. 20, n° 40, p. 166-174.
- LEMIEUX V. [2009], *L'Étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Québec, Les Presses de l'université Laval, 188 p.
- LONG N., LONG A. [1992], *Battlefields of knowledge : the interlocking of theory and practice in social research and development*, Londres, Routledge, 306 p.
- LOPREITE D. [2012], « Travelling ideas and domestic policy change : the transnational politics of reproductive rights/health in Argentina », *Global social policy*, vol. 12, n° 2, p. 109-128.
- MARGULIES M., CAMPOS P.G., VOTO L.S. [1992], *Misoprostol to induce labour. The Lancet*, n° 339, p. 64.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ [2011], *Mise en œuvre de stratégies porteuses pour la réduction de la mortalité maternelle au Burkina Faso*, Rapport du ministère de la Santé, Ouagadougou, Burkina Faso, 71 p.
- OKONOFUA FRIDAY E., AFOLABI H., EMILY N., BUBA S., TAJUDEEN A., GABRIEL A., TEMI A., CHIKE O. [2009], « Perceptions of policymakers in Nigeria toward unsafe abortion and maternal mortality », *International perspectives on sexual and reproductive health*, vol. 35, n° 4, p. 194-202.
- RAGHAVAN S., ABBAS D., WINIKOFF B. [2012], « Misoprostol for prevention and treatment of postpartum hemorrhage : What do we know ? What is next ? », *International journal of gynecology and obstetrics*, n° 119, p. 35-38.

- RASCH V. [2011], « Unsafe abortion and postabortion care – an overview », *Acta obstetricia et gynecologica scandinavica*, vol. 90, n° 7, p. 692-700.
- RIDDE V. [2011], « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, n° 1, p. 115-143.
- ROSSIER C. [2006], « L'avortement : un secret connu de tous ? », *Sociétés contemporaines*, n° 61, p. 41-64.
- ROSSIER C. [2007], « Abortion : an open secret ? Abortion and social network involvement in Burkina Faso », *Reproductive health matters*, vol. 15, n° 30, p. 230-238.
- ROSSIER C., GUIELLA G., OUÉDRAOGO A., THIÉBA B. [2006], « Estimating clandestine abortion with the confidants method – results from Ouagadougou, Burkina Faso », *Social science and medicine*, vol. 62, n° 1, p. 254-266.
- STORENG K., OUATTARA F. [2014], « The politics of unsafe abortion in Burkina Faso : the interface of local norms and global public health practice », *Global public health*, vol. 9, n° 8, p. 946-959.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO) [2007], *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, Genève : www.who.int/reproductive-health/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf (page consultée le 10 janvier 2014).

Les droits individuels face aux politiques de population Regard sur trois pays africains : Bénin, Madagascar, Maroc

Bénédicte Gastineau, Agnès Adjamagbo***

Introduction

Les débats sur la nécessité de conduire des politiques visant à maîtriser la croissance de la population sont anciens. De 1950 à 1980, dans un contexte de décolonisation et de guerre froide, ils ont été vifs : alors que l'accroissement de la population mondiale est particulièrement rapide, on n'annonce rien d'autre que l'explosion démographique. Très vite, la régulation de la fécondité des pays du « Tiers Monde » devient une préoccupation pour la communauté internationale. Les Nations unies, à travers les grandes conférences internationales sur la population, vont jouer un rôle central dans la recherche d'un consensus mondial autour de la nécessité de contrôler la croissance démographique. Elles vont également avoir un rôle déterminant dans la définition de politiques de population centrées sur la régulation de la fécondité, principalement par la promotion de la planification familiale. À l'origine, cette politique puise sa légitimité dans des arguments de bien-être et de santé maternelle et infantile. Dès la conférence du Caire en 1994, un tournant décisif est enclenché sous la pression de mouvements féministes et d'organisations de la société civile, avec l'introduction du principe de droits reproductifs [Bonnet, Guillaume, 2004]. Le programme d'action du Caire met ainsi l'accent sur l'égalité des droits des femmes et des hommes à disposer de leur corps et à choisir librement leur nombre d'enfants, mais surtout, le principe est posé comme un objectif en soi et non seulement comme un moyen de faire baisser la fécondité [Locoh, Vandermeersh, 2006]. Vingt ans après ce tournant, qu'en est-il de la prise en compte des droits individuels dans les politiques de population dans les pays africains ?

* Démographe, LPED, IRD.

** Socio-démographe, LPED, IRD.

Limiter les naissances pour réguler la croissance démographique : une stratégie phare

Au cours de la seconde moitié du xx^e siècle, au nom du développement ou même de la survie de l'humanité, des pays du « Tiers Monde » se sont vus imposer des politiques de population en vue de limiter leur fécondité et donc leur croissance démographique. En Asie, en Amérique latine et en Afrique, nombre de gouvernements ont alors adopté des politiques antinatalistes plus ou moins efficaces. Les programmes de planification familiale ont constitué l'essentiel de ces politiques [Vimard, Fassassi, 2011]. Ils ont souvent été mis en place avec l'appui technique et financier des coopérations et bailleurs internationaux, et au service d'objectifs et de présupposés idéologiques ou politiques des pays développés sur les pays du Sud [Chasteland, 1997 ; Gautier, 2004]. En 1992, lors de la Conférence africaine de population, préalable à la conférence qui devait se tenir en 1994 au Caire, les États africains se sont donné des objectifs clairs : d'ici l'an 2010, doubler le taux d'utilisation de contraceptifs dans la région pour le faire passer à 40 % et limiter le taux d'accroissement naturel de la population africaine à 2 %. Force est de constater que les politiques de population, basées sur le « tout contraception », n'ont pas permis d'atteindre ces objectifs ¹. En Afrique subsaharienne tout particulièrement, la fécondité reste élevée et les indicateurs de développement économique et humain ne progressent que très lentement. Les programmes ont rarement garanti un accès équitable à la contraception : les populations les plus pauvres, les adolescents, les femmes hors union n'en ont pas profité pour des questions économiques ou idéologiques. Les moyens accordés aux politiques de population et aux programmes de planification familiale sont restés très modestes tout au long des années 1990, les aides techniques et financières dans le domaine de la population ont surtout été orientées vers la lutte contre l'épidémie de VIH-Sida. La maîtrise de la croissance démographique n'est plus apparue comme une urgence.

Depuis une décennie, elle est de nouveau présentée comme une priorité par certaines organisations et coopérations internationales (FNUAP, USAID, Fondation Bill Gates, etc.). Aujourd'hui, c'est sur la zone subsaharienne du continent africain que l'attention est portée, tous les autres continents ayant des taux de croissance de population modérés. Des politiques de population sont remises au goût du jour et de nombreux bailleurs s'engagent à financer des programmes de planification familiale. Toutefois, les arguments ont changé : il ne s'agit plus seulement de favoriser le développement ou d'améliorer la santé maternelle et infantile, mais aussi de préserver l'environnement ou de ralentir le changement climatique. Les droits reproductifs se trouvent ainsi noyés au milieu de nouvelles priorités, de nouveaux enjeux de société.

Dans cet article, nous proposons d'identifier les logiques sous-jacentes aux politiques de population et d'analyser le contenu des programmes de planification

1. En 2010, 30 % des femmes de 15-49 ans utilisaient une méthode contraceptive (toutes méthodes) sur le continent africain (en Afrique de l'Ouest, ce chiffre est de 15 %). Le taux d'accroissement naturel à la même date est de 2,3 % pour l'ensemble de l'Afrique (source : Population reference bureau).

familiale qui constituent une composante essentielle de ces politiques. Ce faisant, nous interrogeons la légitimité d'actions en faveur d'une diminution de la croissance démographique qui se focalisent principalement sur la diffusion de méthodes contraceptives. Dans un premier temps, nous abordons la manière dont les programmes de limitation de la fécondité se sont diffusés dans les pays africains dans des contextes socioéconomiques et politiques très diversifiés. Nous nous interrogeons dans un second temps sur l'efficacité des mesures appliquées à travers les exemples d'un pays du Maghreb, le Maroc, et de deux pays d'Afrique subsaharienne francophone : le Bénin et Madagascar.

Les scientifiques et les politiques face à « l'explosion démographique »

Dès la seconde moitié du ^{xx}e siècle, la croissance inédite de la population mondiale fait naître de fortes inquiétudes dans les sphères politiques et scientifiques, inquiétudes qui se diffusent dans l'opinion publique. Un courant de pensée résolument malthusien s'impose dans les médias aux États-Unis et en Europe. Des scénarios catastrophistes liés au risque de surpopulation de la terre : épidémies, famines, conflits liés au partage des ressources en eau, pollution, circulent [Osborn, 1949 ; Ehrlich, 1968 ; Dumont, Rosier, 1966]. L'expression « explosion démographique » se popularise et avec elle toutes les peurs cristallisées autour de l'extinction programmée de l'espèce humaine [Sauvy, 1990].

Bien sûr, les scientifiques et les politiques ne sont pas unanimes pour agiter sans cesse la crainte d'une explosion démographique. En France, Alfred Sauvy publie dès 1949 un article sur « le faux problème » de la population mondiale. Il défend l'idée que le problème est mal posé et sans rigueur scientifique. Il dénonce l'imprécision même des données et des méthodes. Il serait inapproprié de parler de « population mondiale » et si problème démographique il y a, il doit être analysé au niveau de chaque nation afin de distinguer les pays à forte pression démographique et les pays à dépression démographique [Sauvy, 1949]. Dans le monde anglo-saxon, Julian Simon, professeur d'économie à l'université du Maryland (États-Unis) se démarque clairement du courant dominant pour défendre une perspective antimalthusienne : « Il n'y a aucune raison physique ou économique pour laquelle l'ingéniosité et l'initiative humaines ne puissent à l'avenir continuer de répondre aux pénuries imminentes et aux problèmes existants par des solutions nouvelles qui, après une période d'adaptation, nous donnent une vie meilleure » écrit-il [1985, p. 363]. J. Simon propose une analyse documentée et optimiste de l'évolution de la relation entre la dynamique démographique et la disponibilité des ressources naturelles, énergétiques et alimentaires.

Toutefois, des années 1950 au milieu des années 1980, les discours alarmistes sur la « surpopulation », ceux qui prédisent une « explosion démographique », ont eu une audience dans l'opinion publique comme dans les sphères politiques bien plus importante que ceux qui tiennent un discours raisonnable ou optimiste. Pour le comprendre, il faut rappeler que cette crainte de la surpopulation s'inscrit dans un contexte géopolitique singulier, opposant le Nord au Sud (décolonisation) et

l'Ouest à l'Est (guerre froide). Pour de nombreux états, le nombre faisant la force, la démographie joue un rôle essentiel et révèle des enjeux politiques et géopolitiques. C'est dans cet esprit que vont être mises en place des institutions au sein des Nations unies pour gérer les enjeux démographiques au niveau mondial (FNUAP, UNICEF). Des conférences internationales de population sont organisées pour débattre de ces questions, conférences au cours desquelles émerge l'idée que la croissance démographique est une cause importante du sous-développement, alors même que la littérature économique et démographique reste très partagée sur la question. Lors des quatre conférences qui se sont tenues entre 1954 et 1984², les discours sont clairement néomalthusiens et les pays du Nord cherchent à imposer aux pays du Sud des politiques de population³ et des programmes de planification familiale. Les pays du Nord disent agir au nom du développement, ce que dénoncent certains pays du Sud et certains chercheurs, qui argumentent que la peur de la surpopulation qui émerge dans les pays les plus riches et à faible croissance démographique (Europe de l'Ouest et Amérique du Nord) reflète « la crainte, plus ou moins déclarée, de devoir quelque jour procéder à quelque partage » avec les pays pauvres et en forte croissance démographique [Sauvy, 1949, p. 452]. Les débats autour de la limitation des naissances, presque absents en 1954 à Rome, prennent une place importante à la Conférence de Belgrade en 1965 et encore plus à Bucarest en 1974. À Mexico en 1984, le contexte a évolué et les rapports de force sont sensiblement différents. D'une part, on observe une plus grande diversité au sein des pays du Tiers Monde : certains pays, surtout asiatiques, voient leur croissance démographique ralentir et s'intègrent au système mondial d'échanges tandis que d'autres, notamment en Afrique subsaharienne, s'enfoncent dans la paupérisation [Tabah, 1994a]. D'autre part, chez les représentants des pays du Nord, il n'y a pas de consensus. La délégation américaine se démarque en affirmant à Mexico que la croissance démographique est neutre par rapport au développement économique, cet argument enlève donc toute nécessité de soutien aux politiques de planification familiale [Chasteland, 2002]. L'administration américaine, républicaine sous la présidence de R. Reagan, met un terme à sa contribution au FNUAP, à qui elle reproche également de financer l'avortement en Chine [Tabah, 1994a].

Réduire la croissance de la population au Sud, une préoccupation qui s'étend

Dès les années 1950, plusieurs pays du Sud vont mettre en œuvre des politiques et programmes visant à limiter leur croissance démographique : la Tunisie, l'Inde et la Chine font figure de précurseurs. Lorsque la peur de l'explosion de la

2. Rome, 1954 ; Belgrade, 1965 ; Bucarest, 1974, et Mexico, 1984.

3. Nous entendons par « politique de population » un ensemble de mesures législatives et de programmes élaborés dans le but explicite de modifier le mouvement de la population dans un sens déterminé. En Afrique, dans la quasi-totalité des pays, les politiques de population visent à limiter la croissance démographique.

« Bombe P »⁴ est à son paroxysme, la rapidité de la croissance démographique mondiale s'explique en grande partie par le dynamisme démographique de la Chine. Durant les années 1960, il y a eu chaque année en Chine 25 à 30 millions de naissances [Attané, 2005]. L'engagement de l'État chinois dans la maîtrise de sa population s'est avéré à l'époque tout à fait singulier. Avec la politique de population coercitive menée à partir de 1971, la fécondité diminue de façon spectaculaire : de 5,7 à 3,6 enfants par femme entre 1970 et 1975 [Attané, 2005]. Ainsi, dès les années 1970, la croissance démographique chinoise est maîtrisée. Au cours du xx^e siècle, la Chine a connu la transition de la fécondité la plus rapide jamais observée au monde.

Dans la même période, nombreux sont les pays qui ont connu eux aussi une transition démographique. Les rythmes et les modalités des transitions varient cependant de façon significative d'un continent et même d'un pays à l'autre. Les états européens achèvent au xx^e siècle une transition déjà bien avancée jusqu'à pour certains, comme l'Allemagne ou l'Italie, atteindre des niveaux de mortalité et de fécondité si bas que le renouvellement de la population n'est plus assuré. En Asie et en Amérique latine, la quasi-totalité des pays traverse au cours du siècle dernier des changements démographiques importants, jusqu'à connaître des baisses des taux de croissance de leur population. L'Afrique est le dernier des continents à entrer en phase de transition et il connaît aujourd'hui encore les plus forts taux de croissance démographique dans le monde. Dans ce vaste ensemble, l'Afrique subsaharienne, et particulièrement les régions francophones, se distinguent. Si tous les pays ont connu une baisse de la mortalité – plus ou moins forte et quelquefois réversible –, un nombre non négligeable d'entre eux conservent une fécondité qu'on pourrait qualifier de forte : 10 des 21 pays africains francophones⁵ ont un indice synthétique de fécondité supérieur à 5 enfants par femme et 5 ont un taux d'accroissement annuel de 3 % ou plus (soit un doublement de leur population au moins tous les 25 ans).

Lorsque la population devient une menace pour le développement

Depuis les premières conférences de population, les pays africains sont exhortés par les pays du Nord à ralentir leur croissance démographique et donc à limiter le nombre de naissances, car : la forte croissance démographique serait un frein au développement. Il faut rappeler que cet argument n'a pas toujours été opposé à l'Afrique et que les états colonisateurs ont généralement mené dans les protectorats et dans les colonies des politiques de population natalistes, au nom du même objectif de développement. Ceci s'est traduit de multiples façons : politiques de santé visant à augmenter la fertilité des femmes et limiter la mortalité des enfants et des adultes, application de la loi de 1920 interdisant la fabrication et la vente de contraceptif et l'avortement, etc. Après les indépendances, la vision des pays

4. La *Bombe Population*, selon l'expression de Paul Ehrlich (1968).

5. Pays pour lesquels nous disposons de données (sources : Population reference bureau).

du Nord sur la croissance démographique africaine, alors en plein essor, change radicalement. D'une force, elle devient un « problème ». Les pays développés, à travers les institutions internationales, demandent au continent africain de mettre en œuvre des programmes et des politiques visant à limiter la croissance de leur population. Ils sont financés par une aide internationale largement américaine [Chasteland, 1997] *via* la coopération (USAID) ou des ONG et des fondations privées. Les politiques de réduction de la fécondité sont même parfois devenues une des conditions de l'obtention de prêts par les institutions de Bretton Woods, dans les années 1950-1960 [Jones, Leete, 2002] comme dans les années 1990 [Gautier, 2004].

Les premiers pays africains ayant élaboré des politiques de population sont l'Algérie, l'Égypte et la Tunisie et les pays anglophones (Botswana, Kenya, Maurice, Ghana, Liberia, Nigeria, Tanzanie, Sierra Leone et Swaziland) [Sala-Diakanda, 1991]. Ensuite, les uns après les autres, les gouvernements africains mettent en place des politiques de population. En 1976, 25 % des pays africains étaient dotés d'une politique visant à limiter la croissance démographique ; vingt ans plus tard, en 2007, ce chiffre est de 72 % [UN, 2007].

Jusqu'à la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, les programmes de planification familiale ont constitué l'essentiel des mesures des politiques démographiques [Livenais, 1986 ; Vimard, Fassassi, 2010]. La conférence du Caire marque un tournant en mettant l'accent sur les droits reproductifs des femmes et des couples : chacun doit être libre de décider de sa vie sexuelle et reproductive [Bonnet, Guillaume, 2004]. Le paradigme néomalthusien sur lequel les politiques démographiques reposaient depuis plus de 30 ans passe au second plan [Vimard, Fassassi, 2010]. Toutefois, la mise en œuvre des principes de la conférence du Caire s'est avérée difficile et aujourd'hui encore, l'accès à la santé reproductive et sexuelle et le respect des droits reproductifs des couples et encore plus des individus (le droit des couples à décider du nombre de leurs enfants a été accepté en 1968 à la conférence de Téhéran, celui des individus au Caire en 1994) sont loin d'être acquis en Afrique subsaharienne. Le soutien international à la réalisation des politiques de santé reproductive est resté insuffisant et même en forte diminution après 1995 : les moyens financiers se sont déplacés vers les programmes de lutte contre le VIH-Sida [Vimard, Fassassi, 2011]. Ce déplacement des priorités s'accompagne souvent de campagnes de sensibilisation qui stigmatisent la sexualité des jeunes célibataires (surtout celles des filles) et prônent l'abstinence [Gastineau, Binet, 2013.] Dans beaucoup de pays d'Afrique francophone, les programmes de planification familiale ont été peu actifs et l'accès à la contraception moderne et de qualité est souvent réservé à une frange privilégiée de la population (urbaine et éduquée). Les objectifs fixés par les politiques en matière de recours à la contraception ont rarement été atteints et les taux de prévalence contraceptive n'ont guère augmenté ces 10 dernières années (tableau 1). Ils ont même régressé dans certains pays. Au Bénin par exemple, le taux de prévalence contraceptive chez les femmes en union de 15-49 ans est passé de 17 % en 1996 et 2006 à 14 % en 2011 (EDS, 1996, 2006, 2012) (tableau 1).

Huit des 21 pays d'Afrique subsaharienne francophone affichent un taux inférieur à 15 %. Ces performances mitigées des programmes de diffusion des méthodes de contraception attestent d'un manque d'engagement politique dans les pays concernés : les programmes ont souvent été imposés de l'extérieur et ne reflètent pas toujours les priorités nationales.

Tableau 1 – Prévalence contraceptive (% des femmes 15-49 ans utilisatrices d'une méthode, toutes méthodes confondues, au moment de l'enquête)

	Année de l'enquête	Taux de prévalence contraceptive
Bénin	1996	16,8
	2001	17,8
	2006	17,2
	2011-2012	14,0
Burkina Faso	1998-1999	12,0
	2003	14,0
	2010	15,3
Cameroun	1998-1999	12,0
	2003	14,0
	2010	15,3
Côte d'Ivoire	1994	16,5
	1998-1999	20,7
	2011-2012	19,7
Mali	1995-1996	7,9
	2001	8,4
	2006	4,5
	2012-2013	10,0
Niger	1998	7,6
	2006	10,0
	2012	12,2
Madagascar	1997	13,6
	2003-2004	21,6
	2008-2009	31,7

Sources : ICF International, 2012. The DHS Program STATcompiler – <http://www.statcompiler.com> – November 10 2014.

L'urgence d'agir : l'intérêt collectif au détriment des droits individuels

En Afrique, les crises économiques, alimentaires et politiques et les conflits restent nombreux et le développement économique n'est pas aussi rapide qu'attendu. Dans le même temps, dans les pays les riches, vieillissants et en crise économique, resurgit la crainte plus ou moins déclarée de devoir procéder à un partage des richesses avec les pays les plus pauvres et en forte croissance démographique. Dans ce contexte, il y a aujourd'hui une volonté affichée des institutions internationales de soutenir de nouveau des politiques de population sur le continent africain. Les arguments se sont diversifiés : il ne s'agit plus seulement de favoriser le développement économique ou même d'améliorer la santé maternelle et infantile, il s'agit aussi par exemple de préserver l'environnement ou de lutter contre le changement climatique⁶. Toutefois, l'objectif, explicite ou non, est bien de limiter la fécondité pour ralentir la croissance démographique et l'accent est de nouveau mis sur les programmes de planification familiale. C'est dans cet esprit qu'en février 2011, le ministère français des Affaires étrangères et européennes, l'USAID, les fondations Bill & Melinda Gates et Hewlett et l'Agence française de développement (AFD) réunissent à Ouagadougou des chercheurs, des politiques, des bailleurs et des représentants de 9 pays d'Afrique francophones dans une grande conférence intitulée : « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir ». L'année suivante (juillet 2010) se tient le Sommet de Londres sur le planning familial sous l'égide du gouvernement britannique et de la fondation Bill & Melinda Gates, en partenariat avec le Fonds des Nations unies pour la population (FNUAP), des gouvernements nationaux, des donateurs, des organisations religieuses. L'objectif annoncé est de susciter des engagements et des efforts sans précédent destinés à fournir des services de contraception abordables aux pays les plus pauvres⁷. Le sommet de Londres, comme la conférence de Ouagadougou, ont mis au centre des discussions la planification familiale comme moyen de limiter la mortalité maternelle et infantile. En revanche, les questions de l'égalité des sexes, de l'éducation des filles, de l'accès à la santé pour tous et des droits reproductifs et sexuels ont reçu moins d'attention, bien qu'il s'agisse d'autres facteurs dont la littérature scientifique n'a eu de cesse au cours de dernières décennies de souligner l'influence sur la fécondité et sur la santé des femmes et des enfants. Alors que la communauté internationale célèbre les 20 ans de la conférence du Caire, les résolutions prises lors de cette conférence sont loin d'être tenues.

En inculquant progressivement au monde une philosophie qui conditionne le développement économique et social à la réduction de la croissance

6. Ainsi dans le rapport annuel du FNUAP, sur l'état de la population mondiale en 2009, on peut lire : « L'effort à long terme nécessaire pour maintenir un bien-être collectif qui soit en équilibre avec l'atmosphère et le climat exigera en fin de compte des modes viables de consommation et de production, qui ne peuvent être atteints et maintenus que si la population mondiale ne dépasse pas un chiffre écologiquement viable. » [2009, p. 66.]

7. On pourrait citer aussi la conférence « Repositionnement de la planification familiale en Afrique de l'Ouest » organisée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui s'est tenue à Accra (Ghana) en février 2005.

démographique, les Nations unies, par le biais des conférences internationales et des Plans d'action qui en découlent, imposent le contrôle des naissances, comme une activité phare des politiques de population [Tabah, 1994b]. La planification familiale est alors insidieusement présentée comme un devoir (et non pas comme un droit) au niveau des états, mais aussi au niveau des individus. La notion de droit individuel introduite par le programme d'action du Caire, pourtant ratifiée par les pays africains se trouve ainsi totalement assujettie à des objectifs macro-économiques de développement.

Ce constat doit cependant être relativisé à la lumière de la diversité des expériences africaines. Les exemples du Maroc, de Madagascar et du Bénin, que nous allons maintenant développer, montrent que les modalités des changements démographiques dépendent certes des choix politiques (qui rendent accessible ou non la contraception par exemple), mais aussi des contextes socioculturels (normes en matière de genre, représentation de la sexualité des jeunes, etc.). L'accès à la contraception n'est pas une condition suffisante pour la baisse de la fécondité et la fécondité peut diminuer même lorsque l'accès à la contraception moderne est restreint.

Regards sur trois pays africains

Maroc : une politique exemplaire de promotion de la planification familiale

Sur le continent africain, les pays du Maghreb, comparés aux pays de la zone subsaharienne, de l'Ouest notamment, font figure d'exception. Ces pays qui affichent un ralentissement remarquable de leur croissance démographique au cours de la seconde moitié du xx^e siècle sont en effet précurseurs en matière de politique de population, en particulier dans la diffusion des programmes de planification familiale. Le Maroc, par exemple, a connu une baisse rapide de son niveau de fécondité depuis les années 1960. En effet, alors qu'à cette période les femmes avaient en moyenne 7 enfants, elles n'en ont plus que 4,2 au début des années 1990 et 2,3 en 2003. Dans la capitale, Rabat, les femmes ont aujourd'hui en moyenne 2,1 enfants. Cette diminution sensible du niveau de la fécondité est liée à une histoire singulière de la politique de développement marocaine marquée très tôt par un engagement fort de l'État en faveur d'un contrôle de la croissance démographique du pays, à travers une politique incitative très appuyée et une mobilisation institutionnelle exemplaire. Dès les années 1960, le niveau élevé de fécondité est considéré comme une menace pour la croissance économique et les différents plans de développement économique et social qui se succèdent vont œuvrer pour la faire baisser. Les premiers programmes de planification familiale sont rapidement mis en place et le décret de juillet 1967 abroge la loi interdisant la propagande anticonceptionnelle [CERED, 2005].

Dès le début de la décennie 1970, un imposant dispositif est mis en place pour diffuser massivement la planification familiale à travers le pays, jusque dans les

campagnes isolées. L'offre de contraceptifs est renforcée et soutenue par des campagnes publicitaires offensives qui prônent un modèle idéal de famille réduit à deux enfants par couple. À la fin des années 1990, le gouvernement marocain atteint l'autosuffisance contraceptive et couvre à lui seul la totalité des besoins en contraceptifs sans devoir désormais solliciter l'aide du secteur privé [Bajos *et al.*, 2013]. Le succès de ces initiatives se traduit par une élévation remarquable du taux de prévalence contraceptive, qui passe de moins de 20 % en 1980 à 63 % en 2004. Si le programme marocain de planification familiale a joué un rôle crucial dans la baisse de la fécondité, le recul de l'âge au mariage y a également largement contribué : celui-ci passe de 17,5 ans en 1960 à 27,1 ans en 1998 (de 24,4 ans à 31,6 ans pour les hommes dans la même période) [CERED, 2005].

Outre ces mesures ayant pour objectif de réduire la natalité, les plans de développement intègrent des mesures à vocation économique et sociale qui mettent l'accent sur le développement humain. Une attention particulière est portée à la scolarisation, notamment des filles, et à l'encouragement du travail des femmes. D'importants progrès sont accomplis dans ces domaines en milieu urbain tout particulièrement⁸ ; 40 % des femmes nées dans les années 1950 sont alphabétisées contre 82 % pour celles nées dans les années 1980 [Sebti *et al.*, 2009]. En 2010-2011, le taux brut de scolarisation des filles dans le primaire atteint 94 %. La même année, près de la moitié (47,3 %) des étudiants inscrits dans les universités sont des étudiantes [HCP, 2012]. En matière d'emploi, les progrès se reflètent par une entrée de plus en plus importante des femmes sur le marché du travail. Elles représentent aujourd'hui plus du quart (26,3 %) des actifs occupés du pays. De telles évolutions, rendues possibles par un contexte international favorable et d'importants efforts de réformes de l'économie, ont favorisé indirectement une diffusion rapide et large des méthodes modernes de contraception dans le pays. Elles participent du phénomène de mutation de l'institution familiale et de transformation des rapports sociaux de sexe et de génération, intensifiées par l'urbanisation rapide et les nouveaux modes de vie qu'elle impose. Le nouveau code de la famille promulgué en 2003 accompagne les avancées sociétales en intégrant des innovations de nature à améliorer le statut des femmes marocaines [CERED, 2005]. Ainsi, les évolutions démographiques, politiques et économiques qui se sont combinées au Maroc au cours des dernières décennies, ont forgé les bases d'un changement profond et durable des modèles de reproduction.

Madagascar

À l'autre extrême du continent africain se situe Madagascar. Madagascar connaît encore une croissance démographique forte, mais avec un indice synthétique de fécondité de 4,8 enfants par femme, elle a entamé sa transition de la fécondité et peut espérer à moyen terme une croissance démographique modérée.

8. Il convient toutefois de nuancer les progrès qui n'empêchent pas la persistance d'importantes disparités régionales dans le pays.

Cette dernière est souhaitée et encouragée depuis les années 1990 par les autorités malgaches à travers la Politique nationale de population pour le développement économique et social (PNPDES). Elle pose explicitement la question de la relation entre croissance démographique et croissance économique. Elle se fixe comme objectif de réduire le niveau de fécondité afin d'aboutir à des taux d'accroissement de la population compatibles avec la réalisation des objectifs économiques et sociaux de la nation. Des programmes de planification familiale vont être mis en œuvre avec le soutien de bailleurs internationaux. Toutefois, la PNPDES n'a pas eu les résultats attendus : de sa mise en place jusqu'à aujourd'hui, le taux de croissance démographique reste bien supérieur au taux de croissance économique (mesuré par le taux de croissance du PIB) [Rafiringason, 2005 ; United Nations, 2013]. Dans les faits, les politiques de population et les actions visant à promouvoir la planification familiale vont rapidement être occultées par les nombreux programmes de lutte contre le VIH-Sida qui se multiplient sur la Grande Île à la fin des années 1990, avec le soutien technique et financier d'organisations internationales (PNUD, FNUAP) et surtout d'organismes de coopération privés et gouvernementaux américains. Les messages qui sont alors délivrés par les programmes, comme dans beaucoup d'autres pays, reposent sur des considérations idéologiques et font la promotion de l'abstinence sexuelle et de la fidélité à un partenaire. Le préservatif n'est conseillé que si les deux premières recommandations ne peuvent être suivies. Ces messages, « Abstinence, fidélité, préservatif », adressés principalement aux jeunes, se révèlent peu efficaces, voire même contreproductifs [Gastineau, Binet, 2013]. Il devient difficile pour un jeune de se procurer un moyen de contraception dans un contexte où il ne devrait pas avoir de sexualité. De plus, dans les actions de lutte contre le VIH-sida, la sexualité est présentée comme une pratique à risque (risque de Sida, de MST, de grossesses non désirées et par conséquent d'exclusion sociale ou scolaire), ce qui est souvent en contradiction avec les représentations sociales de la sexualité dans les populations jeunes. Les messages délivrés ont alors peu de chances d'être écoutés et ils rendent difficile le travail des organisations qui tentent de diffuser la contraception.

De fait, à Madagascar, l'offre de planification familiale (conseils, personnels formés, contraceptifs) s'est peu améliorée ces dernières années. Pourtant, la prévalence contraceptive, mesurée par les enquêtes démographiques et de santé, n'a cessé de croître depuis 15 ans. Le taux d'utilisation de la contraception parmi les femmes (15-49 ans, en union) est passé de 17 % en 1992 à 19 % en 1997 puis à 27 % en 2003-2004 pour atteindre 40 % en 2008-2009. Madagascar affiche, après le Congo, la prévalence la plus élevée de l'Afrique francophone. La plus forte hausse, entre 2003 et 2009, a été observée dans une période encadrée par deux crises politiques importantes (décembre 2002 et janvier 2009) pendant laquelle les conditions de vie des individus ne se sont pas améliorées. La Grande Île reste parmi les pays les plus pauvres d'Afrique. Les raisons de l'augmentation de la prévalence contraceptive sont donc à chercher plus du côté de la demande d'enfants que de l'offre de contraception. La baisse de la demande d'enfants, le

souhait de planifier et de limiter les naissances, ont pu émerger tant dans des zones rurales pauvres [Gastineau, 2005] que dans des catégories de populations aisées de la capitale. Des facteurs aussi divers que l'appauvrissement de certaines populations rurales, la crise de l'emploi urbain (tout en conservant une relative égalité entre femmes et hommes dans l'accès au marché de l'emploi salarié), la scolarisation massive des enfants, filles comme garçons, le désenclavement de certaines régions, etc., ont fait baisser le nombre d'enfants souhaités par les couples dont certains se sont saisis de l'offre même imparfaite de contraception pour limiter la taille de leur descendance. Dans certaines régions, le recul de l'âge au mariage ou même l'avortement ont également contribué à la baisse de la fécondité. Des couples désireux de limiter ou d'espacer les naissances ont opté pour des méthodes non médicalisées comme l'abstinence périodique (environ 10 % des femmes en union en 2008-2009). Les méthodes dites populaires ou traditionnelles sont rarement utilisées. L'exemple de Madagascar incite à relativiser l'importance d'un programme de planification familiale pour le déclenchement de la baisse de la fécondité et à remettre au centre des réflexions et des actions la question de la demande d'enfants et à rediscuter la notion même de besoins satisfaits ou non satisfaits en contraception.

Bénin : Des programmes de planification familiale peu performants

À l'ouest du continent africain se situe le Bénin, dont l'utilisation de la contraception reste parmi les plus faibles au monde [Guengant, 2011]. En 2011, seules 13 % des femmes (en union de 15-49 ans) déclarent utiliser une contraception, 8 % des méthodes modernes et 5 % des méthodes dites naturelles ou traditionnelles. Même dans la capitale économique, Cotonou, la prévalence ne dépasse pas 20 % (19,8 %, dont 12,5 % de méthodes modernes). À titre de comparaison à Niamey (Niger), la prévalence est de 28 % (23 % de méthodes modernes) (2006) ; à Ouagadougou, au Burkina Faso, autre pays frontalier du Bénin, elle est de 38 % (33 % de méthodes modernes) (2010). Pour l'ensemble du Bénin, comme pour Cotonou, la proportion de femmes utilisatrices est même en légère baisse depuis 1996. Dans le même temps, l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,3 en 1996, à 4,9 en 2011.

Le Bénin dispose depuis bientôt 20 ans (1996) d'une politique de population (Déclaration de politique de population, DEPOLIPO) dont l'un des objectifs est la promotion d'« une fécondité responsable ». L'évaluation de cette politique réalisée en 2003 a révélé des insuffisances (absence de plan d'action et de suivi, absence d'objectifs spécifiques), ce qui a conduit à sa révision en 2006 [Guengant, 2011]. Le Bénin dispose aussi de plusieurs politiques en matière de santé de la reproduction visant à améliorer notamment l'offre de soins maternels et infantiles et de méthodes de contraception (Politique et stratégie de développement du secteur sanitaire [PSDSS] – 2002-2006 ; loi relative à la santé sexuelle et à la reproduction, 2003). Pour autant, l'offre en méthodes de contraception est loin d'être assurée partout tant en quantité qu'en qualité (problème

d'approvisionnement, de disponibilité de personnel qualifié, etc.). Pour l'amélioration de l'accès à la contraception, l'État béninois reçoit l'appui de nombreux partenaires financiers et techniques, principalement l'USAID, l'Association béninoise pour la promotion de la famille (ABPF) et Population service international (PSI). C'est certainement à Cotonou que l'offre est la plus diversifiée et la plus abondante. Pour autant, la prévalence reste faible (19 %) et rares sont les femmes cotoñoises qui utilisent des méthodes de contraception modernes (12 % des femmes en union de 15-49 ans en 2011). Ce résultat peut s'expliquer par des insuffisances de l'offre, mais aussi par une faible demande. Les méthodes non médicalisées (abstinence périodique, retrait...) sont elles aussi faiblement utilisées (7 % parmi les femmes en union à Cotonou, 5 % sur l'ensemble du Bénin). Les prévalences de contraception sont faibles même dans les catégories pour qui *a priori* se procurer une méthode devrait être relativement facile : les femmes les plus éduquées, les plus aisées. En 2011, 21 % des femmes béninoises ayant fréquenté l'école secondaire ou plus utilisent une contraception, 13 % une méthode moderne ; à Ouagadougou, où l'ISF est comparable (3,4), les chiffres sont respectivement de 50 % et 44 %. Au Mali, où la prévalence générale est plus basse qu'au Bénin (10 % pour l'ensemble des méthodes, 9 % pour les méthodes modernes), celle des femmes éduquées (secondaire ou plus) y est en revanche nettement plus élevée (27 % toutes méthodes, 26 % méthodes modernes). Ces résultats suggèrent qu'au Bénin, même les femmes dotées d'un capital scolaire peinent à se détacher des normes sociales dominantes.

Il est difficile, en l'état actuel des connaissances, d'expliquer pourquoi si peu de femmes ou de couples ont recours à une contraception au Bénin en général, à Cotonou et dans les catégories de population éduquées en particulier. Toutefois, nous pouvons donner quelques pistes de réflexion. Les enquêtes démographiques et de santé mettent en exergue une autre spécificité au Bénin : la forte proportion de femmes en union qui déclarent n'avoir eu aucune relation sexuelle au cours des 4 dernières semaines (45 %) ou même de l'année passée (13 %). Ce chiffre est plus élevé que dans la plupart des pays de la région. Il est intéressant de noter que cette proportion de femmes qui sont en couple, mais non actives sexuellement le mois précédent l'enquête, ne varie pas selon l'âge ou même la durée de l'union. Les mariées depuis peu sont elles aussi concernées : 44 % des femmes mariées depuis moins de 5 ans sont restées abstinentes le dernier mois. Ce fait peut s'expliquer en partie par la polygamie qui concerne encore 42 % des femmes en union en 2006, mais ce n'est que partiel. Au Mali, où les femmes en union polygame sont aussi nombreuses, l'abstinence sexuelle au-delà de 4 semaines est beaucoup moins forte (25 % contre 45 % au Bénin). Faute de recherches sur le sujet, il n'est pas possible de savoir si cette abstinence a des objectifs de limitation ou d'espacement des naissances, mais il est certain qu'elle a des conséquences sur la fécondité et sur la demande de contraception. Ce résultat doit nous interroger aussi sur le mode de fonctionnement des couples et sur les relations entre conjoints. En effet, à l'inverse de Madagascar par exemple, la notion même de couple semble peu pertinente au Bénin : des recherches récentes dont les résultats ne sont pas

encore publiés⁹ montrent qu'à Cotonou, des couples peuvent exister sans cohabitation et que les décisions importantes concernant la descendance ne sont pas toujours le fait des conjoints, mais bien de la grande famille. Elles montrent aussi que l'utilisation de la contraception à Cotonou est liée à des *proxys* d'autonomie des femmes telles que la pratique d'un sport, l'adhésion à une association culturelle, etc., plus qu'à des caractéristiques socioéconomiques des femmes.

Discussion

Au-delà même du débat sur la nécessité de faire diminuer la fécondité en Afrique subsaharienne, on peut s'interroger sur la pertinence des politiques de population en Afrique. Les politiques de population *stricto sensu* ont montré leurs limites : si elles ne s'insèrent pas dans un ensemble plus vaste de politiques économiques, sociales ou culturelles permettant de changer les comportements individuels et de faire baisser la demande d'enfants, elles ont un effet limité [Vimard, Fassassi, 2011]. À l'inverse, comme le montre l'exemple du Maroc, une politique démographique intégrée à la politique globale de développement prend tout son sens¹⁰. Le Maroc, définitivement entré dans sa seconde phase de transition démographique, a su mener une politique de diffusion massive des méthodes modernes de contraception tout en créant les conditions nécessaires à l'expression d'une demande de réduction du nombre d'enfants. Ces conditions ont été portées par l'amélioration de la scolarisation des femmes et leur encouragement au travail dans un contexte d'urbanisation et de développement économique relativement favorable. Ainsi, ce sont plusieurs facteurs sociaux, économiques et politiques qui, combinés, ont pu ébranler significativement les anciens modèles familiaux et de reproduction.

Les parcours nationaux sont souvent singuliers. On a vu qu'à Madagascar, la baisse de la fécondité s'est enclenchée dans un contexte d'absence d'amélioration des conditions de vie et d'accès limité à la contraception. Dans ce pays, les structures sociales basées sur le couple, plus que sur la grande famille, marquées par une relative égalité entre les hommes et les femmes ont rendu possible l'expression d'une demande de réduction des naissances qui a su s'exprimer dans les pratiques, en dépit des faiblesses de l'offre de contraception. Le fort taux de scolarisation des femmes a joué probablement un rôle important à en juger par son effet discriminant sur la prévalence contraceptive. Dotées d'un capital scolaire, les femmes seraient plus aptes à limiter le nombre de leurs grossesses, mais aussi à savoir comment s'y prendre pour ne pas en avoir, même quand l'offre de contraception moderne fait défaut.

9. Données produites dans le cadre du programme « Familles, genre et activité en Afrique de l'Ouest », financé par l'ANR (FAGEAC ANR 10 – SUDS – 005-01 ; 2010-2014), en cours de valorisation.

10. Un autre exemple de politiques de population totalement intégrées dans le Maghreb est celui de la Tunisie, qui a permis une transition précoce et rapide [Gastineau, 2012].

Le Bénin offre encore un exemple de parcours très différent de celui du Maroc ou de Madagascar. Ici, ce sont plutôt des facteurs défavorables qui se combinent pour limiter les progrès en matière de prévalence contraceptive : une politique de population qui démarre relativement tard (à la seconde moitié des années 1990) et qui connaît des débuts difficiles ; une offre de contraception insuffisante en dépit de l'aide internationale. En outre, bien que des progrès en matière de scolarisation (en particulier des femmes) aient été réalisés, on n'observe pas comme ailleurs un fort impact différentiel du niveau de scolarisation sur les pratiques contraceptives. L'amélioration de l'instruction semble ne pas susciter une demande de contraception plus élevée. La fécondité a baissé au Bénin, mais la contraception n'y aura joué qu'un faible rôle. D'autres facteurs sont intervenus comme le recul de l'âge au mariage ou encore les formes particulières de conjugalité et de sexualité maritale accordant une place non négligeable à l'abstinence. Pour comprendre la fécondité au Bénin, il semble bien qu'il faille creuser cette piste qui renvoie plus généralement aux relations entre les hommes et les femmes. C'est parmi les femmes qui affichent les signes d'une certaine autonomie que les comportements novateurs sont les plus probants.

Au Bénin, comme en Afrique de l'Ouest en général, le faible recours à la planification et à la limitation des naissances est sans aucun doute lié au fait que des couches de la population restent réfractaires à l'idée d'un possible contrôle des naissances par la contraception ; ou encore à la prégnance d'idées préconçues sur ces méthodes, notamment sur leur danger supposé sur la santé et la fertilité [Bankole *et al.*, 2006]. Cependant, en entamant leur transition de la fécondité en dépit de politiques de population qui n'ont pas atteint les objectifs escomptés, Madagascar et le Bénin ont montré, à leur manière et selon des configurations singulières, que pour qu'il y ait une demande en contraception, encore faut-il qu'il y ait une baisse préalable de la demande en enfants. Dans ces pays, où le contexte économique restera probablement difficile dans les décennies à venir, le rythme et les modalités des changements démographiques dépendront en grande partie des mesures politiques en matière de développement social, d'éducation, de santé et de promotion de l'égalité homme-femme. Celles-ci devraient amener les couples à souhaiter moins d'enfants : parce que le coût de l'enfant augmente (scolarisation généralisée, accès à la santé, limitation du travail des enfants), parce que les fonctions assurantielles de l'enfant sont assurées par d'autres (généralisation des systèmes d'assurance de santé et de retraite), parce que la reconnaissance sociale des femmes ne passe plus essentiellement par la maternité (mais aussi par l'activité professionnelle par exemple), etc. Les expériences du Bénin et de Madagascar montrent que certaines femmes peuvent limiter et planifier les grossesses, même dans un contexte où la contraception moderne est peu accessible : célibat prolongé, abstinence sexuelle dans le mariage, méthodes de contraception non médicalisées (abstinence périodique par exemple) sont utilisés par les individus et les couples. Toutefois, le rythme et les modalités de la baisse de la fécondité dans les années à venir dépendront de l'accès aux méthodes de contraception efficaces, médicalisées, mais aussi des réticences des populations à les utiliser.

Droits reproductifs, un concept qui sonne creux

Promouvoir la planification familiale est une chose. Nul ne contredirait aujourd'hui les retombées positives de la régulation des naissances sur la santé des femmes et des enfants, maintes fois démontrée par les études scientifiques. Mais garantir les droits reproductifs en est une autre et il conviendrait de ne pas assimiler trop rapidement les deux objectifs. La planification familiale peut être légitimement considérée comme un levier pour l'autonomie des femmes ; un facteur nécessaire pour leur *empowerment*. Néanmoins, dans la mise en œuvre des politiques, le lien est loin d'être systématique. En effet, certains programmes connaissent parfois des dérives qui menacent plus qu'ils ne les servent les droits des femmes, comme le rappellent très justement Thérèse Locoh et Céline Vandermeersh [2006 : 212] : « Qu'on pense aux stérilisations abusives en Amérique latine, aux interdictions d'avoir un deuxième enfant en Chine qui entraînent des abandons de petites filles ou des avortements sélectifs, fréquents aussi en Inde. »

Bien évidemment, les efforts consentis pour donner à tous accès à la contraception doivent se prolonger, mais pas tant pour limiter la fécondité que pour respecter ce droit fondamental et assurer un bien-être aux individus qui souhaitent avoir une sexualité sans risque de grossesse. Les programmes de planification familiale devraient s'adresser à tous, aux couples comme aux célibataires, et sans préjugés idéologiques. La focalisation sur des objectifs exclusivement démographiques et sanitaires s'est faite au détriment de la reconnaissance des droits sexuels et reproductifs des couples et encore plus des femmes et des célibataires.

Bien que la reconnaissance des droits à une sexualité dissociée de la procréation soit inscrite depuis 1994 dans les plans d'action, ce droit paraît aujourd'hui encore trop subversif pour se répandre largement¹¹. Les enquêtes qui s'interrogent sur les représentations de la planification familiale dans les populations à faible prévalence contraceptive font souvent état d'une forte stigmatisation de la contraception moderne : pratique importée de l'Occident, dangereuse pour la santé, mais aussi pour l'équilibre social, car susceptible d'ouvrir aux femmes les voies de l'infidélité et de la luxure. Même au Maroc, où la détermination de l'État à promouvoir l'usage de la contraception est exemplaire sur le continent, il y a toujours une exclusion totale des célibataires des programmes de planification familiale due à la forte prédominance de la norme de chasteté avant le mariage [Adjamagbo, Guillaume, Bakass, 2014]. Les programmes marocains de diffusion de la contraception moderne ciblent exclusivement les femmes en union ignorant toutes les autres, non mariées, à qui le droit d'exercer une sexualité n'est pas reconnu par la société.

Dans beaucoup de pays en Afrique, la sexualité des célibataires est clandestine ou n'est pas et la gestion des risques de grossesse est rendue difficile par les réticences que suscite le recours à des services peu accueillants et stigmatisants.

11. La notion de droit reproductif soulève aussi des réticences du fait qu'elle ait été à l'origine imposée par les mouvements féministes du Nord [Guillaume, Bonnet, 2004].

Dans les faits, les programmes qui visent la limitation des naissances ne parviennent pas à dépasser les objectifs sanitaires de protection des risques associés aux grossesses précoces ou des risques d'infections sexuellement transmissibles. Malgré les bonnes intentions inscrites dans les déclarations officielles, le droit au plaisir sexuel sans risque, quel qu'il soit, conçu simplement comme un droit à l'épanouissement personnel, au même titre que l'éducation, la formation ou le travail, par exemple, ne parvient pas à s'imposer comme une valeur à part entière.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A., GUILLAUME A., BAKASS F. [2014], *Decisions about unplanned pregnancies and abortion among women and men in Morocco and Senegal. Influence of norms, practices, and institutional contexts*, paper presented at the International seminar on decision-making regarding abortion – determinants and consequences, IUSSP, Nanyuki, 3-5 juin 2014, 28 p.
- ATTANÉ I. [2005], « La Chine : quelles politiques démographiques ? », *Critique internationale*, n° 29, p. 49-62.
- BAJOS N., GUILLAUME A., ADJAMAGBO A., ROSSIER C., TEIXERA M., BAYA B., SOUBEIGA A., SAWADOGO N., BAKASS F., CHAKER A., GYAPONG J., BEIKRO L., OSEI I., AGUESSY KONE P., GOURBIN C., MOREAU L., MAYHEW S., COLLUMBIEN M. [2013], « Sexualité, contraception, grossesses non prévues et recours à l'avortement en Afrique de l'Ouest et au Maroc : enquête ECAF », *Population-F*, vol. 68, n° 1, p. 7-16.
- BANKOLE G., OYE-ADENIRAN B., ADEWOLE I., SINGH S., HUSSAIN R. [2006], « Unwanted pregnancy and associated factors among Nigerian women », *International family planning perspectives*, vol. 32, n° 4, p. 175-184.
- BONNET D., GUILLAUME A. [2004], « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A., KHLAT M. (dir.), *Santé de la reproduction au temps du sida en Afrique*, Paris, CEPED, p. 11-34.
- CERED [2005], *Démographie marocaine : tendances passées et perspectives d'avenir*, rapport thématique, Rabat, HCP, 94 p.
- 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 population mondiale », in CHESNAIS J.C. (dir.), *La Population du monde : enjeux et problèmes*, Paris, PUF-INED, p. 585-617.
- CHASTELAND J.C. [2002], « De 1950 à 2000 : la communauté internationale face au problème de la croissance démographique mondiale », in CHASTELAND J.C., CHESNAIS J.C. (dir.), *La Population du monde. Géants démographiques et défis internationaux*, 2^e éd. revue et augmentée, Cahiers de l'INED, n° 149, p. 717-753.
- DUMONT R., ROSIER B. [1966], *Nous allons tous à la famine*, Paris, Seuil, 279 p.
- EHRlich P. [1968], *The Population bomb*, New York, Ballantine Press, 223 p. ; édition française [1972], *La Bombe P.*, Paris, Fayard, 152 p.
- GASTINEAU B. [2005], « Devenir parent en milieu rural malgache », *Tiers Monde*, vol. 46, n° 182, p. 307-327.
- GASTINEAU B. [2012], « Transition de la fécondité, développement et droits des femmes en Tunisie », *Les cahiers d'EMAM*, n° 21, p. 75-94.

- GASTINEAU B., BINET C. [2013], « Sexualité prémaritale à Antananarivo (Madagascar) : comment les étudiant(e)s s'affranchissent-ils des normes ? », *African journal of reproductive health*, vol. 17, n° 2, p. 169-185.
- GAUTIER A. [2004], « Introduction », in GAUTIER A. (dir.), *Les Politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Paris, CEPED, 232 p.
- GUENGANT J.-P. [2011], *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, Analyse pays Bénin*, Paris, AFD, 55 p.
- JONES G., LEETE R. [2002], « Asia's family planning programs as low fertility is attained », *Study in family planning*, vol. 1, n° 33, p. 114-126.
- LOCOT T., VANDERMEERSCH C. [2006], « La maîtrise de la fécondité dans les pays du Tiers Monde », in CASELLI G., VALLIN J., WUNSCH G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse*, vol. 7, Paris, INED, p. 193-249.
- LIVENAIS P. [1986], « Des politiques scientifiques de population ? Ou "comment être ce que l'on n'est pas... et ne pas être ce que l'on est" », *Études et documents de l'INED*, vol. 2, n° 4, p. 54-84.
- OSBORN F. [1949], *La Planète au pillage*, Paris, Payot, 217 p. ; édition anglaise [1948], *Our plundered planet*, Boston, Little, Brown.
- RAFIRINGASON R. [2005], *Politique de population et fécondité à Madagascar*, colloque fécondité dans l'Océan Indien, Saint Denis de la Réunion, Institut austral de démographie – IRD, 7 octobre 2005, 25 p.
- SALA-DIAKANDA, M. [1991], « De l'émergence de politiques de population en Afrique », *Politique africaine*, n° 44, p. 37-49.
- SAUVY A. [1949], « Le faux problème de la population mondiale », *Population*, n° 3, p. 447-462.
- SAUVY A. [1990], *La Terre et les Hommes : le monde où il va, le monde d'où il vient*, Paris, Economica, 187 p.
- SEBTI M., COURBAGE Y., FESTY P., KURSAC-SOUALI A.-C. [2009], « Maghreb, Maroc, Marrakech : Convergences démographiques, contrastes socioéconomiques », *Population et sociétés*, n° 459, 4 p.
- SIMON J. [1985], *L'Homme notre dernière chance. Croissance démographique, ressources naturelles et niveau de vie*, Paris, PUF, 424 p.
- TABAH L. [1994a], « Les conférences mondiales sur la population », *Populations et sociétés*, n° 290, 4 p.
- TABAH L. [1994b], « Les antécédents de la conférence du Caire », *Revue européenne de démographie*, vol. 10, n° 4, p. 349-380.
- UNFPA [2009], *État de la population mondiale 2009. Face à un monde qui change. Les femmes, la population et le climat*, New York, UNFPA, 104 p.
- UNITED NATIONS [2013], *World population prospects : the 2012 – Revision*, vol. 1, comprehensive tables, New York, Department of economic and social affairs, population division, 439 p.
- VIMARD P., FASSASI R. [2010], « Changements démographiques et développement durable en Afrique. », *Document de recherche*, Laboratoire population-environnement-développement, n° 18, 48 p.
- VIMARD P., FASSASI R. [2011], « Démographie et développement en Afrique : éléments rétrospectifs et prospectifs. », *Cahiers québécois de démographie*, vol. 40, n° 2, p. 331-364.

L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs¹ ?

*Carole Brugeilles**

La possibilité de mener à bien une grossesse et de donner naissance à un enfant en bonne santé sans hypothéquer celle de sa mère est une des priorités affichées par les OMD qui préconisent de réduire la mortalité maternelle [Nations unies, s.d.]. De façon similaire, la définition de la santé de la reproduction proposée par le Programme d'action du Caire affirme « le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesses et accouchements et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé [...] » [UNFPA, 2004, article 7.2]. Dans ces perspectives, la possibilité de recourir à un certain nombre de techniques médicales, telle que l'accouchement par césarienne, est souvent associée à l'amélioration de la santé de la reproduction et, par là même, au respect des droits reproductifs.

On pourrait donc se féliciter de la progression de l'accouchement par césarienne qui, pratiqué dans les années 1950-1960, a ensuite progressé de façon spectaculaire dans certains contextes². Si 16 % des naissances se font par césarienne à l'échelle mondiale, cette proportion masque de très fortes variations [WHO, 2013]. Rare en Afrique (4 %) ou en Asie du Sud-est (9 %), l'accouchement par césarienne est aujourd'hui plus fréquent dans la région de la Méditerranée orientale (16 %), en Europe (23 %), dans la région du Pacifique occidental (24 %) et surtout dans les Amériques (36 %) [WHO, 2013]. Les écarts entre pays sont très

1. Ce travail a été financé par des fonds du Laboratoire d'excellence (LABEX) intitulé Individus, populations, sociétés (iPOPs) ANR-10-LABX-89.

* Démographe, enseignante-chercheuse, université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, Cresppa-GTM/INED.

2. Décrire la progression du recours à la césarienne n'est pas aisé jusqu'au milieu des années 2000. Depuis 2006, le taux de césarienne figure dans le rapport statistique annuel sur la santé de l'OMS. Les données alimentant ces rapports ont été compilées à partir de différentes sources : des enquêtes démographiques et sanitaires (DHS), des enquêtes en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF (MICS), des données produites par les instituts de statistiques nationales à partir de sources nationales, enquêtes sanitaires et économiques notamment, et par des ministères de la santé. Un large travail de validation des données a été réalisé [Holtz, Stanton, 2007]. Les connaissances sur la césarienne sont aussi alimentées par un vaste programme d'enquêtes sur la santé materno-infantile organisé par l'OMS : « Global survey on maternal and perinatal health » dans 54 pays. Elle a été réalisée en Amérique latine et en Afrique en 2004-2005, puis en Asie en 2007-2008.

prononcés. Le taux de césarienne³ est au minimum de 1 % au Niger et au maximum de 52 % au Brésil. Ces niveaux renvoient à des problématiques différentes en termes de santé reproductive.

En 1985, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommandait⁴ un taux de césarienne de 15 % des naissances pour un résultat optimum en termes de mortalité et de morbidité materno-infantiles [WHO, 1985]. Cette recommandation a été transformée, en 1994, en une fourchette indiquant que le taux souhaitable se situait entre 5 % et 15 % des naissances. En deçà de 5 %, le taux est associé à un faible suivi de la grossesse et de l'accouchement, à un déficit d'accès à des services de santé et pose d'indéniables problèmes de santé reproductive. Dans presque un quart des pays pour lesquels on dispose de statistiques, le taux est inférieur à 5 % [WHO, 2011, 2013]. Cependant, le seuil de 5 % est parfois jugé trop élevé ; il risque d'encourager la réalisation de césariennes dans des conditions sanitaires inappropriées avec l'objectif d'atteindre un taux « souhaitable » [Ronsmans *et al.*, 2002 ; Stanton, Holtz, 2006]. L'intervention semble alors représenter un risque additionnel pour les mères [Dumont *et al.*, 2001, 2002 ; Leone, Padmadas, Matthews, 2008 ; Mbaye *et al.*, 2011].

Au-delà de 15 % de naissances par césarienne, il y a suspicion de pratiques abusives, de prescriptions pour d'autres raisons que sauver des vies. Les césariennes entraîneraient une prise de risques non nécessaire, compte tenu des dangers propres à chaque intervention chirurgicale [WHO, 1994]. Le taux de 15 % de césarienne est dépassé dans la moitié des pays pour lequel il est documenté [WHO, 2011, 2013]. Des contextes aussi divers que l'Iran, l'Irak, la Turquie, l'Italie, le Portugal, la Belgique, la République de Corée et en Amérique latine le Brésil, le Mexique, le Paraguay et la République dominicaine se distinguent par des niveaux particulièrement élevés. L'augmentation des taux de césariennes est parfois telle qu'il s'agirait de trouver des solutions pour limiter leur prescription [Althabe *et al.*, 2004 ; Betrán *et al.*, 2007]. Mais ce constat ne fait pas l'unanimité et la limite supérieure de 15 % proposée par l'agence des Nations unies est aussi contestée [Stanton, Holtz, 2006]. Elle est parfois considérée comme trop basse et préjudiciable à la santé materno-infantile [Sachs *et al.*, 1999]. De fait, certains pays fixent leur propre norme. Le Mexique l'a ainsi élevée à 25 % des naissances en 2002 [Secretaria de Salud, 2002].

Ainsi, non seulement les situations sont très diverses, mais leur appréciation est sujet à controverse. L'association positive entre la diffusion d'une technique médicale moderne, la césarienne, et l'amélioration des conditions d'accouchement, et plus largement de la santé reproductive, semble discutable. Afin d'apporter des éléments permettant une meilleure compréhension de cette relation

3. Le taux de césarienne indique la fréquence de ce type d'accouchement. Il se calcule en rapportant le nombre de naissances par césarienne au nombre total de naissances vivantes. Il prend en compte toutes les interventions, quel que soit le processus qui y conduit : césarienne en urgence, césarienne programmée ou planifiée.

4. Il s'agit de simples indications.

complexe, cet article propose de s'intéresser aux contextes dans lesquels les césariennes sont fréquentes. Dès lors, il s'agit dans un premier temps d'éclairer les suspicions pesant sur les bienfaits d'une utilisation « massive » de la césarienne. Comment une utilisation très fréquente de la chirurgie ne garantit-elle pas une progression de la santé reproductive ? Puis, dans un second temps, les processus sous-jacents à l'augmentation de l'accouchement par voie abdominale seront considérés. Comment expliquer la diffusion d'une technique médicale obstétricale à un niveau où ses bénéfices pour la santé de la reproduction sont contestables ? Peut-on alors considérer que cette diffusion constitue une entrave à l'exercice des droits reproductifs ?

L'analyse est fondée sur une synthèse bibliographique de références principalement médicales, épidémiologiques et de santé publique, les sciences sociales étant relativement en retrait. Deux hypothèses principales sous-tendent la grille de lecture proposée. D'une part, répondre aux questions posées impose de considérer le rôle de différents acteurs, institutionnels comme individuels, à différentes échelles : les gouvernements, les systèmes et les institutions de santé, le corps médical, les femmes, leur conjoint... Ils sont à considérer selon diverses dimensions : organisationnelles, économiques, sociales, psychologiques, culturelles (les cultures médicales, par exemple), etc. D'autre part, les niveaux de césarienne s'établissent dans la rencontre entre une offre de service obstétricale et une demande. Cette rencontre est marquée par des rapports sociaux de sexe, de classes, et entre populations savantes – le corps médical – et profanes – la population en demande de services obstétricaux [Brugilles, 2012].

Différentes bases documentaires ont été consultées et la plupart des références citées ont été trouvées sur les portails Cairn, Elsevier-science direct, le fonds documentaire de l'INED, JSTOR, le site de l'OMS, Medline et Scielo. Une partie de la recherche a été réalisée directement en bibliothèque, notamment dans les bibliothèques du Colegio de México et de l'université autonome Nationale du Mexique (UNAM). Ces recherches ont été faites principalement à partir des mots clés suivants : accouchement, césarienne, naissance, fécondité (et de leurs équivalents en anglais et espagnol). Aucune limitation ni de date ni de pays n'a été posée lors de la recherche documentaire. Dans cet article, une attention particulière est portée à l'Amérique latine, sous-continent très concerné par « l'épidémie de césariennes ». Cependant, afin de mettre en perspective la situation latino-américaine, mais aussi d'éclairer des aspects non traités dans les travaux relatifs à cette région, des articles concernant d'autres contextes sont mobilisés.

Conséquences de la césarienne en termes de santé de la reproduction

L'objectif premier de la césarienne est évidemment d'éviter la mortalité et la morbidité maternelles – mais aussi celle de l'enfant – tout en assurant de bonnes conditions psychologiques à la mère et en préservant sa capacité à choisir sa

fécondité. Considérons successivement les conséquences du recours intensif à la césarienne sur ces trois aspects (somatiques, psychologiques et en termes de fécondité) de la santé reproductive.

Mortalité et morbidité maternelle et infantile

L'impossibilité de recourir à une césarienne est de toute évidence néfaste à la santé des mères et des enfants et les niveaux de mortalité maternelle, néonatale et infantile sont plus élevés lorsque la pratique de la césarienne est peu fréquente [Abouzarh, Wardlaw, 2001]. Néanmoins, l'augmentation de la pratique chirurgicale n'est corrélée à une diminution de la mortalité que jusqu'à un certain seuil, environ 15-20 % de césariennes [Villar *et al.*, 2006, WHO, 2009 ; Betrán *et al.*, 2007 ; Volpe, 2011]. Au-delà, il n'y a plus de corrélation entre taux de mortalité et taux de césarienne ; recourir davantage à la césarienne ne garantit plus une réduction de la mortalité des bébés et de leur mère. Le Brésil, par exemple, a un taux de césarienne de 52 %, un ratio de mortalité maternelle de 56 pour 100 000 naissances et un taux de mortalité infantile de 14 pour 1 000 naissances. Le Chili, avec un taux de césarienne bien inférieur (37 %), a de meilleurs résultats en termes de mortalité maternelle (25 pour 100 000) et infantile (8 pour 1 000) [WHO, 2013]. Le Mexique a un taux de césarienne proche du Chili (39 %), mais des niveaux de mortalité similaires à ceux du Brésil (respectivement 50 pour 100 000 et 13 pour 1 000). Soulignons que ces pays ont des proportions d'accouchements assistés par du personnel médical tout à fait similaires⁵.

De la même façon, les bénéfices en matière de morbidité ne sont pas probants. Pour la mère, la césarienne présente, comme toute intervention chirurgicale des risques liés à l'anesthésie, des risques d'hémorragies et d'infections, notamment nosocomiales [Villar *et al.*, 2006 ; WHO, 2009, 2010 ; Souza *et al.*, 2010]. Lors de l'intervention, des lésions sont possibles (intestin, vagin, urètre). La césarienne augmente aussi les risques de phlébites, d'embolies, d'infections urinaires. L'usage d'antibiotiques après l'accouchement est plus fréquent, tout comme l'hospitalisation pour les mères [Villar *et al.*, 2006]. En Argentine, dans un hôpital de Buenos Aires, environ 2 000 naissances, dont 44 % de césariennes, ont été analysées : 68 % des femmes ayant vécu une césarienne déclarent des douleurs post-partum de modérées à intenses *versus* 36 % pour celles qui ont accouché naturellement [Ceriani Cernadas *et al.*, 2010].

Pour l'enfant aussi, l'intervention est susceptible d'engendrer des traumatismes : fractures humérales, lésions abdominales, blessures, lacération de l'épiderme [Rodriguez-Garcia, Ponce-Saavedra, 1995 ; Acuna Vazquez, Rodriguez Baldarama, 1999 ; Morales-Gomez, 2009 ; Jonguitud Aguilar, 2011]. Elle favorise certains troubles : problèmes respiratoires, apnée temporaire, hypertension pulmonaire [Jonguitud Aguilar, 2011]. Ils sont parfois en lien avec la prématurité, due au déclenchement de l'accouchement que favorise la pratique de la césarienne.

5. Plus de 99 % pour le Brésil et le Chili ; 95 % pour le Mexique.

La relation entre l'âge gestationnel et les syndromes de difficultés respiratoires a été démontrée. De plus, lors des derniers jours de la grossesse et pendant l'accouchement naturel, des processus mécaniques et hormonaux ont des effets bénéfiques. Ils permettraient par exemple une évacuation du liquide présent dans les poumons facilitant le passage à une respiration aérienne [Jonguitud Aguilar, 2011]. La douleur chez la parturiente pendant le travail augmenterait les taux d'endomorphines dans le colostrum, ce qui serait bénéfique pour l'enfant nourri au lait maternel [Trastour *et al.*, 2007].

Aspects psychologiques

Si un accouchement par césarienne n'est pas anodin, une grande prudence s'impose quant à l'énoncé de ses conséquences psychologiques chez la mère et l'enfant. Une littérature psychologique de plus en plus abondante témoigne des effets négatifs de la césarienne [Odent, 2005 ; Lobel, DeLuca, 2007]. Les femmes qui ont accouché par césarienne expriment moins de satisfaction par rapport à l'expérience de la naissance ; elles souffrent plus souvent de perte de confiance en soi ; elles ressentent une frustration du fait de la divergence entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité. L'insatisfaction se fonde sur la norme, qui considère l'accouchement par voie vaginale comme « l'accouchement normal » et favorise le sentiment de ne pas avoir vécu « correctement » un événement essentiel de leur vie de mère [Lobel, DeLuca, 2007 ; Gustin, 2010]. Certaines regrettent de ne pas avoir connu les douleurs de l'enfantement, valorisées en écho à l'injonction biblique intériorisée : « Tu enfanteras dans la douleur. » [Brugeilles, 1998.] Cette insatisfaction renvoie à la place de la maternité dans la construction de l'identité féminine, articulée dans certains contextes à l'importance de l'accouchement dans la construction de l'identité maternelle. Par ailleurs, les symptômes de stress, pré ou post opératoires, sont aussi plus fréquents à l'occasion des césariennes : angoisses de mort pour elle-même ou le bébé, peur de l'anesthésie, de la chirurgie [Lobel, DeLuca, 2007]. Le stress opératoire n'est pas différent de celui qui est observé lors d'autres interventions chirurgicales, mais la différence résulte de l'attitude de l'entourage, moins attentif et compatissant. Il focalise, en effet, son attention sur l'enfant et ne comprend pas la persistance d'angoisses une fois que ce dernier est né en bonne santé [Lobel, DeLuca, 2007].

À côté de ces « procès à charge », des femmes évaluent très positivement leur expérience : elles ont le sentiment que la césarienne a sauvé leur vie et/ou celle de leur enfant, qu'elle a mis un terme à un travail pénible et douloureux [Calderon Cabrera, 2006], qu'elle leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait, sans angoisse et/ou en s'organisant [Lobel, DeLuca, 2007]. Les satisfactions psychologiques peuvent être de natures très variées. La conviction d'avoir eu accès à une médecine moderne valorisée [Lobel, DeLuca, 2007], d'avoir préservé la qualité de la sexualité, la fierté de la souffrance, avec une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition des cicatrices [Calderon Cabrera, 2006] sont par exemple évoquées en Amérique latine. De plus, il n'y a pas d'effets confirmés de

la césarienne sur les dépressions post-partum ou sur la relation mère enfant [Lobel, DeLuca, 2007 ; Gustin, 2010].

Quoi qu'il en soit, les bénéfices du recours massif à la césarienne sont loin d'être avérés pour les mères et leurs enfants. La corrélation entre élévation du taux de césarienne et amélioration de la santé de la reproduction n'est pas établie au-delà d'un certain seuil et le recours à la césarienne a parfois un effet négatif sur la santé somatique et psychologique.

Conséquences sur la fécondité

Au-delà de l'insatisfaction de l'expérience de la naissance, qui peut conduire à refuser une nouvelle maternité [Lobel, DeLuca, 2007], accoucher par césarienne a-t-il un effet contraignant sur la fécondité ultérieure ? Les études sur ce sujet sont peu nombreuses et soulignent des relations complexes entre l'accouchement par voie abdominale et la stérilisation à des fins contraceptives. La césarienne permet au corps médical de suggérer, voire d'imposer, une stérilisation, mais aussi aux femmes de demander une intervention.

En 1916, lors d'une conférence à New York reprise dans un article, Edward Craigin⁶ énonce qu'après avoir accouché une fois par césarienne, les accouchements suivants devront toujours se faire par césarienne. Cette préconisation a été érigée en dogme ; ancien d'un siècle, il est toujours d'actualité alors que les techniques chirurgicales ont nettement progressé. Il est parfois combiné avec la règle de ne pas faire plus de trois césariennes à une femme. Dans des pays comme le Mexique ou le Brésil, les normes biomédicales tendent à imposer aux femmes une stérilisation pour raisons médicales après plusieurs césariennes, souvent trois, parce qu'elles ne sont plus considérées comme aptes à mener à bien une grossesse et un nouvel accouchement [Gautier, Quesnel, 1993 ; Brugeilles 1998 ; Ribeiro Corossacz, 2004]. On peut alors faire l'hypothèse que ces normes biomédicales servent des objectifs néo-malthusiens, en particulier dans le cadre de politiques démographiques [Gautier, Quesnel, 1993 ; Brugeilles, 2011]. Ainsi, un médecin mexicain affirme que la césarienne « va changer le cours de leur vie reproductive en augmentant les risques obstétricaux lors de leur prochaine grossesse en raison de la césarienne antérieure, ce qui d'une certaine façon va restreindre leur fécondité ou au moins faciliter l'adoption d'une méthode contraceptive définitive... » [Munoz-Encisco *et al.*, 2011]. Et de fait, les femmes qui ont accouché par césarienne lors de la naissance de leur premier enfant, ont une moindre probabilité de connaître des accouchements ultérieurs et sont stérilisées alors qu'elles ont moins d'enfants [Brugeilles, 2014].

Ces normes médicales peuvent aussi être instrumentalisées par les femmes. En Bolivie par exemple, elles permettent de contourner les réticences des

6. L'orthographe du nom du médecin varie selon les références. On trouve dans la littérature les noms de Craigin, Creighins, Cragin... Les références exactes sont rarement mentionnées et je n'ai pas pu vérifier celle-ci : Cragin E.M. [1916], « Conservatism in obstetrics », *New York Medical journal*, vol. 104, p. 1-3.

conjoints face à la planification familiale et d'imposer la contraception, sous la forme de la stérilisation, au sein du couple [Calderon Cabrera, 2006]. La situation est plus complexe encore au Brésil, où accoucher par césarienne est considéré par des femmes comme un moyen pour se faire stériliser : 39 % des femmes interrogées dans les hôpitaux publics et 7 % dans le secteur privé pensent que c'est la seule façon d'obtenir à moindre coût une stérilisation [Hopkins, 2000]. La stérilisation à finalité contraceptive n'était pas légale avant l'an 2000. La césarienne était l'occasion de la pratiquer discrètement, moyennant une rémunération officieuse [Berquó, 1995 ; Ribeiro Corossacz, 2004]. Dès lors, des mesures visant à restreindre le nombre de césariennes compliquent l'accès à la stérilisation pour des femmes de milieu populaire désireuses de mettre un terme à leur fécondité et n'ayant pas d'autres options pour gérer leur capacité reproductive [Faya Robles, 2009]. L'association césarienne-stérilisation, qui perdure par commodité [Berquó, 1995], peut difficilement être considérée comme satisfaisante dans une perspective de santé de la reproduction et révèle les difficultés d'accès à la contraception.

Évidemment, la possibilité d'accoucher par césarienne est un progrès lorsqu'elle permet de sauver des vies, mais sa progression est parfois contre-productive tant par rapport à la mortalité et à la morbidité materno-infantile, qu'à des aspects psychologiques ou par ses conséquences sur la fécondité.

La progression de la césarienne, une réponse à un problème de santé ou un phénomène socio-économique ?

Plusieurs solutions s'offrent afin de cerner ce qui motive la diffusion de l'accouchement par césarienne au-delà de ses effets positifs sur la santé de la reproduction. L'une d'elles consiste à analyser les arguments médicaux qui justifient sa réalisation. Les indications médicales sont multiples ; certaines sont plutôt maternelles, d'autres plutôt liées aux caractéristiques du fœtus, les deux pouvant se combiner⁷ [Tourris, Magnin, Pierre, 2000]. Une autre approche consiste à révéler les logiques de prescription en considérant les différences de pratiques selon les caractéristiques d'une part des institutions de santé et d'autre part des femmes à qui elle est prescrite.

De nombreuses césariennes liées à un dogme de 1916

Les analyses des indications médicales convergent et montrent l'importance du dogme relatif à l'impossibilité d'accoucher par voie vaginale après une naissance qui, rappelons-le date de 1916. Ce dogme est remis en question et les études

7. Dans les études épidémiologiques, trois systèmes de classifications sont souvent mobilisés afin d'analyser les raisons de prescription [Stanton *et al.*, 2008] : un système basé sur un répertoire de causes cliniques exclusives ; un système identifiant le degré d'urgence et de nécessité absolue de l'intervention ; et la classification en dix profils de grossesse proposée par Robson, fondée sur la combinaison de quatre caractéristiques obstétricales [Robson, 2001].

le relativisant se sont multipliées ces dernières années⁸ [Flamm, 2001 ; Trichot-Perez, 2010]. Or, en Amérique latine une analyse des causes cliniques de prescription de la césarienne menée dans 6 pays pour la période 1998-2000 montre son application : une césarienne antérieure est la première indication dans 4 des 6 pays considérés (Argentine, Cuba, Brésil, Guatemala) et la seconde dans les deux autres pays (Mexique et Colombie)⁹ [Stanton, Ronsmans, Baltimore group on cesarean, 2008]. Plus récemment, l'enquête « Global survey on maternal and perinatal health in Latin America, 2004-2005 » confirme ces résultats pour l'Argentine, le Brésil, Cuba, l'Équateur, le Mexique, le Nicaragua, le Pérou et le Paraguay : en cas de césarienne antérieure, 79 % des accouchements se font par césarienne [Taljaard *et al.*, 2009]. L'effet du dogme de 1916 est renforcé par la part croissante des primipares accouchant par césarienne : 36 %, en 2004-2005, selon l'enquête de l'OMS en Amérique latine [Taljaard *et al.*, 2009]. Au Mexique, par exemple, les femmes sont de plus en plus nombreuses à mettre au monde leur premier enfant par césarienne. C'est le cas de 12 % des mères nées en 1951-1953, 36 % de celles nées en 1966-1968 et 37 % de celles des générations 1978-1980. Le dogme « Césarienne une fois, césarienne toujours » n'est strictement respecté dans aucune génération, cependant il marque les « trajectoires ». 74 % des mères nées dans les années 1950 ayant subi une césarienne lors de leur premier accouchement renouvellent cette expérience lors de leur deuxième accouchement. L'application du dogme se renforce ensuite et les proportions s'élèvent à 86 % et 84 % dans les générations suivantes [Brugeilles, 2014]. La recrudescence d'indications de césarienne lors du premier accouchement agit incontestablement comme un accélérateur de sa diffusion.

Diversification des motifs de prescription

Les raisons de prescrire une césarienne se sont certainement multipliées. Les accouchements potentiellement dystociques sont mieux détectés du fait des progrès médicaux. Les problèmes sont anticipés, ce qui favorise l'intervention chirurgicale. De plus, une nouvelle gestion des accouchements qui sont *a priori* eutociques entraîne aussi un recours plus important à la césarienne. En Amérique latine, dans les huit pays considérés par Taljaard et ses collègues, parmi les accouchements ne présentant aucune indication clinique justifiant une intervention, 18 % se font par césarienne et le taux maximum enregistré dans un hôpital est de 73 % [Taljaard *et al.*, 2009]. Au cours des dernières années, l'OMS a souligné une recrudescence de « césariennes de convenance » pour la femme, sans lien avec

8. Après une césarienne, un accouchement par voie vaginale risque de provoquer la rupture de l'utérus cicatriciel. Ce risque est évalué entre 0,7 % et 0,9 %, selon les études [Flamm, 2001]. Le postulat de 1916 est remis en question pas de nombreuses études, cependant une dangerosité est reconnue à l'accouchement par voie vaginale avec antécédent de césarienne et sa réalisation devrait s'accompagner de précautions : avoir des informations sur la cicatrice, avoir la possibilité de pratiquer une césarienne en urgence et d'enregistrer le rythme cardiaque du bébé. L'évaluation des différents facteurs de risques et les critères de décision ne font pas l'unanimité.

9. En dehors de la césarienne antérieure, les indications les plus fréquentes sont les dystocies, la souffrance fœtale et la présentation en siège.

une cause médicale. Cette pratique semble très variable selon les contextes : fréquente en Chine (12 %), elle concernerait moins de 2,5 % des naissances dans les 24 pays enquêtés par l'OMS [Souza *et al.*, 2010]. Dans ces dynamiques, les naissances peuvent être « déclenchées », le « travail » accéléré. Or, certaines techniques utilisées pour déclencher ou accélérer l'accouchement favoriseraient la césarienne. En Amérique latine, 28 % des femmes dont le travail a été déclenché ont accouché par césarienne [Villar *et al.*, 2006].

Variabilité de la propension à réaliser une césarienne

Le recours à la césarienne dépend aussi de la définition des grossesses ou des populations à « risques obstétricaux » et de la réaction des équipes médicales face à certaines situations. À partir de l'enquête de l'OMS en Amérique latine, des chercheurs montrent que la propension à réaliser une césarienne est extrêmement variable selon les pays [Betrán *et al.*, 2009]. Pour ce faire, ils ont classé les femmes selon 10 groupes, définis par Robson, qui combinent 4 caractéristiques obstétricales¹⁰ [Robson, 2001] : la catégorie de la grossesse, l'histoire obstétrique, le déroulement de la grossesse, la gestation. Ils observent une grande variabilité des taux de césarienne, selon les pays, dans les différents groupes. La proportion de césariennes passe, par exemple, du simple à plus du double pour le groupe « Nullipare, présentation céphalique, travail spontané, au moins 37 semaines de gestation ». Elle est de 14 % au Brésil et de 37 % en Équateur. Les variations sont moindres au sein des groupes pour lesquels la légitimité de la prescription semble moins discutable. Les taux de césarienne « des multipares avec une présentation en siège, avec ou sans cicatrice sur l'utérus » varient ainsi de 78 % au Pérou à 87 % en Argentine [Betrán *et al.*, 2009].

Des études nationales révèlent aussi la variabilité de la définition du risque obstétrical. L'âge des femmes est souvent considéré comme un facteur de risque, en République dominicaine [Leone, Padmadas, Matthews, 2008], au Mexique [Campero *et al.*, 2004, 2007 ; Flores Padilla *et al.*, 2008 ; Gonzalez-Perez *et al.*, 2011], au Brésil [Diniz, Chachan, 2004]. Le fait de mesurer moins d'un mètre cinquante en Colombie [Leone, Padmadas, Matthews, 2008], ou encore d'être en surpoids ou d'avoir eu une fausse-couche au Mexique [Gonzalez-Perez *et al.*, 2011] entraîne aussi plus d'opérations.

Il existe incontestablement des différences dans la propension à recourir à l'intervention dans une situation donnée, face à un profil de population. Elles expliquent en partie les écarts des taux de césarienne et soulignent la relativité des prescriptions.

10. Les 4 caractéristiques obstétricales sont définies ainsi : la catégorie de la grossesse (présentation céphalique, présentation par le siège, présentation oblique ou transversale, grossesse multiple) ; l'histoire obstétrique (nullipare, multipare sans cicatrice sur l'utérus, multipare avec cicatrice(s) sur l'utérus) ; le déroulement de la grossesse (travail spontané, travail déclenché, césarienne avant le début du travail) ; la gestation (durée de grossesse au moment de l'accouchement).

Des prescriptions variables selon le contexte socio-économique des populations

Cette relativité apparaît plus nettement encore lorsque l'on s'intéresse aux caractéristiques socio-économiques des populations. Elles peuvent être appréhendées à deux niveaux. À l'échelle méso, sont considérés des espaces urbains ou ruraux, des types d'institutions de santé et la situation socio-économique. À l'échelle micro, les comparaisons sont menées selon les caractéristiques individuelles des femmes.

La pratique de la césarienne est liée à l'organisation du tissu hospitalier sur le territoire, notamment aux différences entre les espaces urbains et ruraux. Les villes se distinguent par des taux de césarienne plus élevés¹¹. Elles sont mieux dotées en infrastructures médicales, elles-mêmes souvent plus équipées et accueillent plus de médecins spécialistes [Stanton, Holtz, 2006]. Des différences apparaissent également selon le secteur de santé dans lequel a lieu l'accouchement : le recours à la césarienne est plus fréquent dans le secteur privé [WHO, 2009]. En Amérique latine, alors que pour l'ensemble des établissements de santé enquêtés par l'OMS la proportion médiane de naissances par césarienne est de 33 %, elle est de 51 % dans les hôpitaux privés. La différence est liée principalement aux césariennes programmées et à la présence de césariennes antérieures [Villar *et al.*, 2006]. Au Brésil, le secteur privé enregistre le record de césariennes : à São Paulo les taux sont compris entre 80 % et 90 % [Diniz, Chachan, 2004].

La pauvreté est un facteur limitant l'accès à la césarienne : les différences économiques et sociales se lisent à l'échelle des pays et des individus. En Amérique latine, à l'exception de l'Uruguay, les taux inférieurs à 20 % correspondent à des pays moins urbanisés, plus pauvres et dont la population est moins éduquée [Brugeilles, 2012]. À l'inverse, les taux supérieurs à 30 % correspondent à des pays soit plus urbains, soit plus favorisés économiquement ou en terme d'éducation, mais là aussi il y a des exceptions (le Pérou par exemple). La relation entre les indicateurs socio-économiques macro et le taux de césarienne n'est pas strictement généralisable à l'ensemble des pays. Des taux très élevés chez les élites peuvent compenser le manque d'accès chez les plus démunis socialement et économiquement. En effet, dans les pays du Sud, les taux de césarienne sont minimum chez les femmes les plus pauvres et maximum chez les plus riches et les écarts peuvent être considérables au sein d'un même pays. En Bolivie le taux est de 2,7 % des naissances dans le quintile le plus pauvre de la population et de 45,2 % chez les plus riches ; ces proportions sont respectivement de 1,4 % et 34,5 % au Pérou, ou encore de 16,4 % et 36,3 % au Brésil [Ronsmans, Holtz, Stanton, 2006]. L'éducation est aussi très discriminante : au Brésil, d'après l'enquête DHS de 1996, 13 % des femmes les moins éduquées ont accouché par césarienne, 81 % de celles qui ont poursuivi leurs études au-delà du secondaire [Hopkins, 2000].

11. Parmi les pays de tous les continents qu'elles étudient, une seule exception est relevée par les auteurs, le Salvador.

En résumé, les facteurs strictement médicaux liés à la parturiente n'expliquent pas le phénomène, qui paraît amplement social et économique. Indéniablement, l'accès à la césarienne n'est pas homogène au sein des populations. Sa pratique est plus « intensive » dans les milieux urbains, aisés, éduqués et dans le secteur médical privé. Les populations solvables sont les plus exposées. La fréquence des césariennes résulte d'une combinaison, propre à chaque pays et à chaque région, entre les pratiques médicales et les structures des populations. Dès lors, il s'agit d'interroger les processus et les enjeux qui sous-tendent les pratiques médicales et les différences au sein des populations.

La césarienne, entre offre médicale et demande des femmes

Un faible taux d'encadrement médical des accouchements limite les possibilités de césarienne : lorsque moins de 80 % des accouchements sont assistés par du personnel médical, le pourcentage de césariennes dépasse rarement les 10-15 %. L'Amérique latine fait exception. Dans plusieurs pays (Salvador, Paraguay, Équateur), moins de 80 % des naissances se font sous surveillance médicale et pourtant, plus de 15 % des naissances se font par césarienne. Ces résultats sont révélateurs d'une très forte différence d'offre et d'accès à l'accouchement par chirurgie au sein de la population [Betrán *et al.*, 2007]. À l'inverse, si une présence médicale est nécessaire à la réalisation des césariennes, un fort taux d'encadrement médical n'implique pas forcément sa pratique intensive. Les cultures médicales, mais aussi la volonté des femmes sont à prendre en considération. Comment offre médicale et demande des femmes s'articulent-elles pour entraîner une recrudescence de l'accouchement par césarienne ?

La césarienne un mode d'accouchement « doctor friendly »...

Lorsqu'un encadrement médical est accessible, les raisons qui influent sur l'offre de césarienne de la part du corps médical s'inscrivent dans différents processus : les uns relèvent de l'évolution de la culture médicale, de la formation des médecins et du personnel prenant en charge les accouchements, de leurs qualifications ainsi que de leur accès à des avancées scientifiques et techniques, les autres dépendent des conditions matérielles, logistiques, d'exercice de leur profession. Les logiques sont institutionnelles et individuelles.

Le développement de techniques médicales, notamment du monitoring du rythme cardiaque et de l'usage d'hormones comme l'ocytocine de synthèse améliore la précocité des diagnostics, la surveillance du déroulement de l'accouchement et offre la possibilité d'intervenir de différentes façons à tous moments. Elles favorisent le recours à la césarienne [Farlan, 2009]. La mise en œuvre de différentes techniques médicales, dont la chirurgie, se transmet lors de la formation et de la socialisation professionnelles et fait partie d'une culture médicale largement partagée. Les médecins auraient une moindre familiarité avec les gestes de l'accouchement, seraient éduqués à penser en terme de pathologies et perdraient confiance

dans le processus naturel de l'accouchement [Knibiehler, 2007]. Un gynécologue américain affirme : « Nature is a bad obstetrician » [Wagner, 2000]. De plus, les internes semblent préférer développer leur habileté chirurgicale, qui sera valorisée pour l'obtention de leur diplôme [Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, Garrido-Latorre, 2004]. L'enjeu de la césarienne est aussi d'établir des limites entre les différents intervenants potentiels et pour les gynécologues-obstétriciens de garder, voire d'accroître leurs prérogatives sur les accouchements [Wagner, 2000]. Historiquement, l'introduction des techniques médico-chirurgicales est un élément important dans la valorisation de la spécialité en gynécologie-obstétrique [Jacques, 2007]. Dès lors, la composition des équipes médicales joue un rôle. La présence de spécialistes en gynécologie-obstétrique favorise le recours à la chirurgie [Puentes-Rosas, Gómez-Dantés, Garrido-Latorre, 2004 ; Flores Padilla *et al.*, 2008]. Par ailleurs, les pratiques médicales et les techniques permettent un contrôle du corps des femmes qui participe à l'autorité médicale [Fenwick *et al.*, 2010].

La pratique de la césarienne est également régie par des contingences logistiques et matérielles. L'accouchement par césarienne permet de maîtriser le terme de la grossesse et ainsi de planifier le flux des naissances. La naissance est plus rapide. L'occupation des plateaux techniques et le temps de travail du personnel sont ainsi rentabilisés [Diniz, Chachan, 2004 ; Brugeilles, 1998, 2012]. Dans cette logique un médecin mexicain explique : « À l'hôpital, lorsqu'une patiente est en travail depuis plusieurs heures, que cela avance très lentement et qu'arrive l'heure de la fin de mon service, je regarde s'il y a beaucoup de femmes. Si j'évalue que l'équipe suivante va avoir beaucoup de travail, je fais une césarienne. Si j'ai un doute sur la possibilité qu'a la femme d'accoucher normalement aussi. Je ne vais pas leur laisser de travail supplémentaire. » [Brugeilles, 1998.] À l'échelle individuelle, la césarienne va aussi permettre à l'obstétricien une meilleure organisation de son activité professionnelle, notamment pour ceux qui travaillent à la fois dans les secteurs privés et publics, ainsi qu'une meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée¹² [Brown, 1996 ; Hopkins, 2000 ; Murray, 2000 ; Osis, 2001]. De plus, différentes études soulignent l'intérêt économique de la césarienne pour les médecins, les écarts de rémunération étant souvent très importants entre types d'accouchement [Osis, 2001]. Aux États-Unis, le développement de la pratique de la césarienne aurait permis aux obstétriciens de maintenir leur niveau de salaire dans un contexte de baisse de la natalité entre 1970 et 1980 [Gruberg et Owings, 1996]. Au Brésil, dans le secteur public, le gouvernement a imposé un paiement équivalent pour tous les accouchements en 1980. Cependant, des hôpitaux continuent à facturer le double pour une césarienne en sollicitant les assurances privées des patientes et lorsque la rétribution est effectivement identique, la césarienne nécessitant moins d'heures de travail reste plus rentable [Hopkins, 2000].

12. Une étude américaine montre ainsi une augmentation de la probabilité de subir une césarienne le vendredi soir [Brown, 1996]. Les médecins peuvent planifier les accouchements de leur clientèle privée en dehors de leurs permanences à l'hôpital public.

Par ailleurs, la crainte des plaintes médico-légales et des procès s'est diffusée dans des contextes très divers, aggravant la surmédicalisation et la recrudescence de césariennes [Serenio Colo, 1999 ; Osis, 2001 ; Lansac, Sabouraud, 2004 ; Knibiehler, 2007]. Dans une perspective de « *defensive medicine* » au moindre risque la césarienne est préférée [Guzman Sanchez, de Alba, Alfaro, 1998 ; Dubay, Kaestner, Waidmann, 1999]. Ainsi, en présence d'une césarienne antérieure, le dogme de 1916 est respecté pour ne s'exposer à aucune poursuite [Liri Plascencia *et al.*, 2000]. Certains médecins préféreraient même laisser les femmes choisir leur mode d'accouchement [Lansac, Sabouraud, 2004].

Les intérêts du corps médical et des institutions de santé dans le développement des accouchements par césarienne peuvent être multiples. Les processus à l'œuvre doivent être envisagés à différentes échelles. Au niveau international, les avancées scientifiques et techniques, la prépondérance d'une culture « technico-médicale » d'origine occidentale expliquent en partie le succès de la césarienne [de Koninck, 1990]. Le développement d'une culture juridique propice aux plaintes semble aussi jouer. Ces processus s'inscrivent à l'échelle nationale, où les choix politiques sont essentiels. Ils déterminent notamment la formation des médecins, l'existence d'autres professionnels intervenant dans la prise en charge des accouchements, le type de médecine et de système de santé (organisation, financement...). Ces choix politiques sont adaptés aux échelles régionale et locale, et les caractéristiques socio-économiques déterminent aussi leurs conditions d'applications. Enfin, au niveau des praticiens, la formation et les compétences, l'insertion dans un système de santé et dans un établissement particulier ainsi que des stratégies, plus ou moins collectives ou individuelles, d'organisation du travail, de rémunérations et de protection contre les plaintes influent sur la pratique médicale. La socialisation professionnelle joue donc un rôle important, tout comme les rapports sociaux de classe entre les professions impliquées dans l'assistance aux accouchements.

Ou une demande des femmes ?

Selon la littérature, les femmes seraient de plus en plus nombreuses à demander un accouchement par césarienne ou un déclenchement de l'accouchement qui rend plus souvent nécessaire le recours à une césarienne [Fenwick *et al.*, 2010]. La peur de l'accouchement serait au cœur de la demande des femmes. Les angoisses ancestrales semblent accrues par l'hypermédicalisation qui révèle beaucoup plus de complications possibles que ne pouvaient en détecter auparavant les obstétriciens [Knibiehler, 2007 ; Jiménez, 2010]. Il y aurait chez les femmes, en écho à ce qui se passe dans le corps médical, une perte de confiance dans un processus naturel [Fenwick *et al.*, 2010]. La confiance en la science médico-technique et en la modernité occulte les risques de l'intervention. Avec une césarienne, l'accouchement, événement douloureux et imprévisible, est maîtrisé. De plus, dans les sociétés très individualistes où l'image de soi est primordiale, la perte de contrôle de soi et de la maîtrise du processus inhérente à un accouchement par voie basse est également effrayante psychologiquement [Jiménez, 2010]. La chirurgie permet

d'échapper à une telle confrontation avec soi-même et au regard des autres [Fenwick *et al.*, 2010]. Pour les femmes qui font le choix de la césarienne, accoucher de façon sûre, contrôlée, dans le calme et assurer la sécurité du bébé est une attitude responsable [Fenwick *et al.*, 2010].

Par ailleurs, des raisons de préservation physiologique peuvent aussi être évoquées, notamment en Amérique latine. La crainte de la déformation du vagin par l'accouchement par voie basse et de ses conséquences sur la sexualité est mentionnée au Brésil [Mendoza-Sassi *et al.*, 2010 ; Hopkins, 2000 ; Osis *et al.*, 2001 ; Diniz, Chachan, 2004], ou en Bolivie [Calderon Cabrera, 2006]. Les craintes d'incontinence, urinaire et anale, sont aussi avancées pour expliquer la préférence pour ce mode d'accouchement¹³ [Diniz, Chachan, 2004]. La césarienne est parfois assimilée à une pratique de chirurgie esthétique permettant de réduire le volume du ventre en particulier au Brésil [Calderon Cabrera, 2006]. Ces diverses motivations sont parfois évoquées en relation avec les attentes, réelles ou supposées, du partenaire.

Des raisons pratiques peuvent être à l'origine d'une demande de césarienne, ou d'une demande de déclenchement de l'accouchement : assurance de la présence du père ou organisation de la garde des autres enfants. Quelle que soit la motivation, il apparaît très confortable et rassurant de pouvoir tout organiser [Fenwick *et al.*, 2010]. De plus, le choix de la date peut engendrer des bénéfices économiques ou « culturels » : aux États-Unis pour des raisons fiscales les césariennes sont plus fréquentes la dernière semaine de décembre¹⁴ ; à Taiwan, les césariennes sont plus nombreuses les jours associés à la santé et à la prospérité par la cosmologie et l'astrologie chinoise [Lo, 2003].

Ces différents avantages font bénéficier la césarienne d'une image positive et moderne, en particulier au Brésil [Bozon, 2005]. Elle devient un marqueur social gratifiant pour celles qui ont accès aux techniques modernes [Calderon Cabrera, 2006 ; Farlan, 2009]. Cependant, la préférence pour la césarienne pourrait aussi s'expliquer par la mauvaise qualité de la prise en charge des accouchements par voie vaginale : relation impersonnelle, voire inhumaine, non prise en charge de la douleur dans des contextes où l'anesthésie péridurale est peu ou pas proposé [Gonzalez-Perez, Vega Lopez, Cabrera Pivaral, 2011]. La demande des femmes serait alors une réponse aux insuffisances du système de santé. Au Brésil, des femmes de milieux sociaux défavorisés souhaitent une césarienne pour éviter la négligence des médecins et la mauvaise qualité des soins dont elles sont victimes en raison de leur appartenance sociale, les femmes mieux loties accouchant par césarienne. Ces femmes cherchent à échapper à une médecine de « seconde classe » [Behague, Victoria, Barros, 2002], à éviter la discrimination sociale, à écourter le temps de l'accouchement et à minimiser les interactions avec le personnel médical.

13. La rééducation du périnée est, comme la péridurale, très peu proposée dans nombre de pays.

14. S. Dickert-Conlin et A. Chandra, 1999 cités par J.C. Lo, 2003. En fait, il y a plus de césariennes programmées et d'accouchements déclenchés qui favorisent les césariennes.

Par ailleurs, la césarienne peut aussi être demandée pour des raisons économiques, certaines assurances de santé remboursant uniquement les césariennes et non les frais d'accouchement par voie vaginale, notamment par le passé au Mexique [Gómez-Dantés, 2004]. Les différences de coûts pour les familles peuvent donc parfois expliquer l'attrait de la chirurgie [Gonzalez-Perez, Vega Lopez, Cabrera Pivaralet, 2011]. Et rappelons qu'au Brésil, solliciter une césarienne est un des moyens d'accéder à une stérilisation à moindre coût [Berquó, 1995 ; Bozon, 2005].

Finalement, quelle que soit sa genèse, la demande de césarienne des femmes apparaît principalement comme une stratégie d'évitement de désagréments de natures très diverses : souffrance, confrontation à soi, déformation physique, désorganisation des emplois du temps, coûts financiers et relationnels. Or, la plupart d'entre eux pourraient être « contournés » autrement que par une intervention qui n'est pas anodine et a de nombreuses conséquences sur la santé de la reproduction.

Une décision marquée par les rapports sociaux entre médecins et femmes

Selon les médecins, les demandes de césarienne des femmes sont devenues acceptables en vertu du principe de « consentement éclairé » qui pose le droit des patients à l'information, à l'autonomie et à l'autodétermination. Dans cette optique, l'indication thérapeutique n'est plus la seule justification légale et éthique de l'intervention [Robson, 2001]. La césarienne serait un droit, celui de disposer de son corps [Jimenez, 2010] et s'inscrirait donc dans une perspective de respect des droits reproductifs. Se pose alors la question de la construction de cette demande et de l'implication des médecins dans ce processus.

Si la demande de césarienne apparaît comme une stratégie d'évitement de divers désagréments, plusieurs recherches montrent aussi qu'elle est très relative : la majorité des femmes pense que l'accouchement vaginal est plus douloureux, même si les suites de couches sont plus pénibles pour les césariennes, mais ce constat n'est pas forcément traduit en peur de l'accouchement, puis en demande de césarienne [Brugeilles 1998 ; Hopkins, 2000]. De la même façon, si les femmes sont nombreuses à penser que l'accouchement « naturel » déforme le vagin, elles sont moins nombreuses à en conclure que cela aura des conséquences négatives sur leur plaisir et/ou celui de leur conjoint [Hopkins, 2000]. Les inconvénients de la césarienne leur semblent bien pires que ceux d'un accouchement vaginal : douleurs post-partum intenses et persistantes, difficultés de récupération, de s'occuper normalement du bébé et de leur famille [Osis *et al.*, 2001]. L'engouement pour la césarienne n'a donc rien d'évident [Brugeilles, 1998 ; Hopkins, 2000 ; Osis *et al.*, 2001 ; Potter *et al.*, 2001].

L'attitude des médecins n'est pas neutre et les femmes se sentent parfois encouragées dans leur choix de césariennes [Fenwick *et al.*, 2010]. Au Brésil, la sociologue américaine, Kristine Hopkins a fait des observations pendant les accouchements [Hopkins, 2000]. L'analyse des interactions entre patientes et médecins montre comment elles conduisent à faire endosser la responsabilité de

l'intervention à la femme, alors qu'elle est largement induite par le médecin qui postule que la femme souffre, a peur de cette souffrance, ne peut pas la surmonter et que cette souffrance est inutile. Les médecins « encouragent » ou « autorisent » les femmes à « essayer un accouchement normal », tout en présentant la césarienne comme la solution fiable en cas d'impossibilité à mener à bien le déroulement naturel. Ils adoptent peu d'attitudes rassurantes ou encourageantes, mais suggèrent, plus ou moins rapidement, plus ou moins explicitement, de mettre un terme aux souffrances en recourant à l'intervention [Hopkins, 2000].

La décision de faire une césarienne, lorsqu'elle n'est pas vitale pour la mère ou l'enfant, se joue donc en partie dans des relations entre les médecins et leurs patientes. Or, dans la plupart des pays du Sud, elles sont inscrites dans des rapports sociaux de classe, entre médecins et profanes, et des rapports sociaux de sexe défavorables aux parturientes. Dans cette perspective, il est difficile de considérer inconditionnellement « la liberté d'accoucher par césarienne » comme un plein exercice des droits reproductifs, *a fortiori* lorsque l'intervention engendre des effets négatifs sur un ou plusieurs aspects de la santé de la reproduction.

Conclusion

Si incontestablement un accès très limité à la césarienne met en péril la santé et le respect des droits reproductifs, le recours massif à cette intervention ne peut pas être considéré comme un progrès. Lorsqu'elle est réalisée sans raison médicale indiscutable (pour sauver la vie de mère et de son enfant), les bénéfices de la césarienne sur la santé materno-infantile ne sont pas avérés et elle apparaît même comme une prise de risque inutile. Ses conséquences négatives se lisent aussi sur la fécondité future des femmes, qu'elle limite. Et cela, même si certaines femmes instrumentalisent la césarienne pour résoudre leur problème de contraception en obtenant une stérilisation. Une telle démarche ne peut évidemment pas être considérée comme un progrès pour la santé reproductive. Le diagnostic concernant les aspects psychologiques, qui intègrent les satisfactions liées à différents avantages (organisation, finances, etc.), est plus discutable. Indubitablement, pour certaines femmes, le bilan semble positif. Mais là encore, les femmes sont mises en situation de prendre des risques en subissant une intervention chirurgicale afin de contourner des problèmes – organisation, coût, douleurs – qui pourraient être résolus autrement.

Face à ce bilan, on ne peut que s'interroger sur les raisons d'une telle « épidémie de césarienne ». Les processus de décision qui mènent à l'opération relèvent de bien d'autres facteurs que la dimension purement physiologique. La décision peut faire intervenir différents acteurs : le ou les médecin(s), la femme et même son conjoint. Les caractéristiques individuelles, notamment économiques et sociales des femmes vont influencer. Le contexte institutionnel, secteur privé ou public, comme l'organisation territoriale des infrastructures de santé, avec des différences entre milieu urbain et rural, ont aussi une réelle influence. De plus,

les données physiologiques connaissent des interprétations médicales diverses, multipliant les définitions des femmes à qui il convient de faire une césarienne et les critères pris en considération. En revanche, un dogme de 1916 qui impose des césariennes à répétitions n'est pas remisé, malgré son obsolescence. Dans de nombreux pays, il continue à fonder l'expansion de ce mode d'accouchement. Une telle pérennité interpelle dans un monde technico-médical en permanent progrès.

L'offre de césarienne est définie par des conditions matérielles, mais aussi par des normes biomédicales et sociales, relatives aux accouchements et à l'ensemble de la reproduction. Les pays du Sud, d'Amérique latine en particulier, sont imprégnés du modèle technologique privilégié en obstétrique dans le monde occidental [Koninck de, 1990]. Cependant, d'une part cette « culture médicale » est inscrite dans un environnement et dans des structures politiques, sanitaires, économiques qui influent sur la production des normes et des pratiques. D'autre part, la « culture médicale » est modulée par des interactions interpersonnelles internes au personnel médical, mais aussi entre le corps médical et la population. Ces interactions, au cœur de la genèse des normes et des pratiques, sont marquées par des rapports sociaux imbriqués : des rapports sociaux de classe (entre les médecins et les autres catégories de personnel médical, entre les médecins et leurs patientes), des rapports entre des médecins et des populations profanes et des rapports sociaux de sexe (au sein du corps médical, des rapports médecins-patientes et au sein des couples). Ces rapports sociaux jouent certainement de façon différenciée selon les secteurs socio-économiques et les processus qui expliquent les taux de césariennes sont probablement multiples. Toutefois, du fait du peu de bénéfices et des justifications de cette pratique, elle apparaît dans certaines situations comme une violence à l'encontre des femmes et une atteinte à leurs droits reproductifs.

Bibliographie

- ABOUZAH R C., WARDLAW T. [2001], « La mortalité maternelle à la fin d'une décennie : des signes de progrès ? », *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé*, n° 5, p. 96-105.
- ACUNA VAZQUEZ E., RODRIGUEZ BALDARAMA I. [1999], « Comparación de la morbilidad y mortalidad neonatal en niños nacidos por cesárea vs parto vaginal », *Revista Mexicana de pediatría*, vol. 66, n° 2, p. 40-45.
- ALTHABE F., BELIZAN J., VILLAR J., ALEXANDER S., BERGEL E., RAMOS S., ROMERO M., DONNER A., LINDMARK G., LANGER A., FARNOT U., CECATTI J., CARROLI G., KESTLER E. [2004], « Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America : a cluster randomised controlled trial », *The Lancet*, vol. 363, n° 12, p. 1934-1940.
- BEHAGUE D.-P., VICTORA C.-G., BARROS F.-C. [2002], « Consumer demand for caesarean sections in Brazil : informed decision making, patient voice, or social inequality ? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods », *British medical journal*, vol. 324, n° 7343, p. 942-945.
- BERQUÓ E. [1995], « Contraception and caesareans in Brazil : An example of bad reproductive health practice in need of exemplary action », *Estudos feministas*, n° 2, p. 461-472.

- BETRÁN A., MERIALDI M., LAUER J., BING-SHUN W., THOMAS J., VAN LOOK P., WAGNER M. [2007], « Rates of caesarean section : analysis of global, regional and national estimates », *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 21, p. 98-113.
- BETRÁN A., METIN GULMEZOGLU A., ROBSON M., MERIALDI M., SOUZA J., WOJDYLA D., WIDMER M., CARROLI G., TORLONI M., LANGER A., NARVÁEZ A., VELASCO A., FAÚNDES A., ACOSTA A., VALLADARES E., ROMERO M., ZAVALA N., REYNOSO S., BATAGLIA V. [2009], « Who global survey on maternal and perinatal health in Latin America : classifying caesarean sections », *Reproductive health*, n° 6, p. 18.
- BOZON M. [2005], « L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil. Médicalisation, genre et inégalités sociales », *Tiers Monde*, vol. 46, n° 182, p. 359-384.
- BROWN H.S. [1996], « Physician demand for leisure : implications for cesarean section rates », *Journal of health economics*, n° 15, p. 223-242.
- BRUGEILLES C. [1998], *La Fécondité et les comportements reproductifs à la frontière Mexique-États-Unis*, thèse à l'université de la Sorbonne-Nouvelle, Paris, 534 p.
- BRUGEILLES C. [2011], « Révolution contraceptive au Mexique. De la volonté divine à celle du médecin ? », in CHARTON L., LEVY J.J. (dir.), *La Contraception. prévalence, prévention et enjeux de société*, Montréal, Presses de l'université du Québec, p. 121-152.
- BRUGEILLES C. [2012], *Fécondité, socialisation et genre, habilitation à diriger des recherches (HDR)*, thèse à l'université de Lille-I, 334 p.
- BRUGEILLES C. [2014], « Las cesáreas. ¿ Un medio para regular la fecundidad ? », *Coyuntura demográfica*, n° 6, p. 35-42.
- CALDERÓN CABRERA F.E. [2006], *Y parieras con dolor : exploracion sobre el manejo biomédico del cuerpo femenino en las cesáreas y el parto*, Bolivia, La Paz, Grupo Design, 99 p.
- CAMPERO L., HERNÁNDEZ B., LEYVA A., ESTRADA F., OSBORNE J., MORALES S. [2007], « Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la ciudad de México », *Salud pública de México*, vol. 49, p. 118-125.
- CAMPERO L., HERNÁNDEZ B., OSBORNE J., MORALES S., LUDLOW T., MUNOZ C. [2004], « Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of cesarean section in a mexican study », *Midwifery*, vol. 20, p. 312-323.
- CERIANI CERNADAS J., MARIANI G., PARDO A., AGUIRRE A., PEREZ C., BRENER P., CORES PONTE F. [2010], « Nacimiento por cesarea al termino en embarazos de bajo riesgo : efectos sobre la morbilidad neonatal », *Archivos argentinos de pediatria*, vol. 108, n° 1, p. 17-23.
- DINIZ S.G., CHACHAN A. [2004], « "The cut above" and "The cut below" : the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil », *Reproductive health matters*, vol. 12, n° 23, p. 100-110.
- DUBAY L., KAESTNER R., WAIDMANN T. [1999], « The impact of malpractice fears on cesarean section rates », *Journal of health economics*, vol. 18, p. 491-522.
- DUMONT A., DE BERNIS L., BOUVIER-COLLE M.H., BREART G., ENQUÊTE MOMA [2002], « Estimation des taux attendus de césariennes pour indications maternelles dans une population de femmes enceintes de l'Afrique de l'Ouest », *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, vol. 31, n° 1, p. 107-112.
- DUMONT A., DE BERNIS L., BOUVIER-COLLE M.H., BRÉART G., MOMA STUDY GROUP [2001], « Cesarean section rate for maternal indication in Sub-Saharan Africa : a systematic review », *The Lancet*, vol. 358, n° 9290, p. 1328-1333.
- FARLAN L. [2009], « The use and overuse of cesarean sections in Mexico », *TuftsScope : the interdisciplinary journal of health ethics and policy*, vol. 9, n° 1, p. 30-33.

- FAYA ROBLES A. [2009], « Lier ou ne pas lier : choix contraceptif et stérilisation chez les femmes en milieu populaire urbain du Nord-Est du Brésil », *Autrepart*, n° 51, p. 57-74.
- FENWICK J., STAFF L., GAMBLE J., CREEDY D., BAYES S. [2010], « Why do women request caesarean section in a normal healthy first pregnancy ? » *Midwifery*, vol. 26, p. 394-400.
- FLAMM B.L. [2001], « Virginal birth after caesarean », *Best practice and research clinical obstetric and gynaecology*, vol. 15, n° 1, p. 81-92.
- FLORES PADILLA L., GONZALEZ PEREZ G.J., TREJO FRANCO J., VEGA LOPEZ G., CABRERA PIVARAL C.E., CAMPOS A., NAVARRO SOLARES A., NAVARRO NUNEZ C. [2008], « Factores de riesgo en la operación cesárea », *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 76, n° 7, p. 392-397.
- GAUTIER A., QUESNEL A. [1993], *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan*, Paris, ORSTOM, 114 p.
- GÓMEZ-DANTÉS O. [2004], « El secuestro de Lucina (o cómo detener la epidemia de cesáreas) », *Salud pública de México*, vol. 46, n° 1, p. 71-74.
- GONZALEZ-PEREZ G.-J., VEGA LOPEZ M.-G., CABRERA PIVARAL C.-E. [2011], *Cesareas en Mexico. Aspectos sociales, economicos y epidemiologicos*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, 158 p.
- GRUBER J., OWINGS M. [1996], « Physician financial incentives and cesarean section delivery », *Rand journal of economics*, vol. 24, n° 1, p. 99-123.
- GUSTIN P. [2010], « Technologies de la naissance : des psy s'en mêlent... », *Le Coq-héron*, vol. 4, n° 203, p. 45-59.
- GUZMAN SANCHEZ A., ALFARO N., PEREZ GARCIA J.F., DE ALBA A.M. [1998], « Intento de parto vaginal en 1 000 pacientes con antecedente de una cesarea previa en el antiguo hospital civil de Guadalajara », *Ginecología y obstetricia de Mexico*, vol. 66, p. 325-329.
- GUZMAN SANCHEZ A., DE ALBA A.M., ALFARO N. [1998], « La reducción de cesáreas de 28 a 13 % incrementa o no la mortalidad materna y perinatal : la gran duda ? », *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 65, p. 122-125.
- HOLTZ S., STANTON C. [2007], « Assessing the quality of cesarean birth data in the demographic and health surveys », *Studies in family planning*, vol. 38, n° 1, p. 47-54.
- HOPKINS K. [2000], « Are brazilian women really choosing to deliver by cesarean ? », *Social science and medicine*, vol. 51, p. 725-740.
- JACQUES B. [2007], *Sociologie de l'accouchement*, Paris, PUF, 208 p.
- JIMENEZ V. [2010], « La césarienne de convenance », in FRYDMAN R., SZEJER M., *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, p. 1034-1035.
- JONGUITUD-AGUILAR A. [2011], « Cesárea electiva : repercusión en la evolución respiratoria neonatal », *Ginecología obstetricia de México*, vol. 79, n° 4, p. 206-213.
- KNIBIEHLER Y. [2007], *Accoucher. Femmes, sages-femmes et médecins depuis le milieu du XX^e siècle*, Rennes, École nationale de la santé publique, 192 p.
- DE KONINCK M. [1990], « La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts », *Anthropologie et sociétés*, vol. 14, n° 1, p. 25-41.
- LANSAC J., SABOURAUD M. [2004], « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale », *Les Tribunes de la santé*, n° 4, p. 47-56.
- LEONE T., PADMADAS S., MATTHEWS Z. [2008], « Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries : an analysis of six countries », *Social science and medicine*, vol. 67, p. 1236-1246.

- LIRI PLASCENCIA J., TISCARENO BARAJAS A., DUQUE SEGUNDINO Y., CORIA SOTO I., ZAMBRANA CASTANEDA M., IBARGUENGOITA OCHOA F., QUESNEL GARCIA-BENITEZ C. [2000], « Cesárea de repetición : ¿ Una cesárea necesaria ? », *Ginecología y obstetricia de México*, vol. 68, p. 218-223.
- LO J.C. [2003], « Patients' attitudes vs. physicians' determination : implications for cesarean sections », *Social science and medicine*, vol. 57, p. 91-96.
- LOBEL M., STEIN DELUCA R. [2007], « Psychosocial sequelae of cesarean delivery : review and analysis of their causes and implications », *Social science and medicine*, vol. 64, p. 2272-2284.
- MBAYE E.-M., DUMONT A., RIDDE V., BRIAND V. [2011], « En faire plus, pour gagner plus : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé publique*, vol. 23, n° 3, p. 207-219.
- MENDOZA-SASSI R.-A., ALMEIDA CESAR J., RODRIGUES DA SILVA P., DENARDIN G., MENDES RODRIGUES M. [2010], « Risk factors for cesarean section by category of health service », *Saude publica*, vol. 44, n° 1, p. 80-89.
- MORALES-GÓMEZ P., HERNANDEZ MARTINEZ J.A., GARCIA ROJAS J., ISLAS LOPEZ E. [2009], « Cesarea : beneficio y riesgo », *Revista de investigación médica sur (México)*, vol. 8, n° 4, p. 181-184.
- MUNOZ-ENCISCO J.M., ROSALES-AUJANG E., DOMINGUEZ-PONCE G., SERRANO-DIAZ C.L. [2011], « Operación cesárea : ¿ indicación justificante o preocupación justificada ? », *Ginecología obstetricia de México*, vol. 79, n° 2, p. 67-74.
- MURRAY S.F. [2000], « Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in chile : Qualitative and quantitative study », *British medical journal*, vol. 321, n° 16, p. 1501-1505.
- NATIONS UNIES [s.d.], *Les Objectifs du millénaire pour le développement, Objectif 5* : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/maternal.shtml> (page consultée le 10 mai 2012).
- ODENT M. [2005], *Cesariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*, Paris, Le Souffle d'or, 183 p.
- OSIS M.J.D., PADUA K.S., DUARTE G.A., SOUZA T.R., FAUNDES A. [2001], « The opinion of brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section », *International journal of gynecology and obstetrics*, vol. 75, p. S59-S66.
- POTTER J.E., BERQUÓ E., IGNEZ H., PERPETUO O., ONDINA FACHEL L., HOPKINS K., ROVERY SOUZA M., DE CARVALHO FORMIGA M.C. [2001], « Unwanted caesarean sections among public and private patients in Brazil : Prospective study », *British medical journal*, vol. 17, n° 323, p. 1155-1158.
- PUNTES-ROSAS E., GÓMEZ-DANTÉS O., GARRIDO-LATORRE F. [2004], « Las cesáreas en México : tendencias, niveles y factores asociados », *Salud pública de México*, vol. 46, n° 1, p. 16-22.
- RIBEIRO COROSSACZ V. [2004], *Identité nationale et procréation au Brésil. Sexe, classe, race et stérilisation féminine*, Paris, L'Harmattan, 180 p.
- ROBSON M.S. [2001], « Can we reduce the caesarean section rate ? », *Best practice and research clinical, obstetric and gynaecology*, vol. 15, n° 1, p. 179-194.
- RODRIGUEZ-GARCIA R., PONCE-SAAVEDRA A. [1995], « Cesare electiva : una agresión para el recién nacido ? », *Revista mexicana de pediatria*, vol. 62, n° 5, p. 172-173.
- RONSMANS C., HOLTZ S., STANTON C. [2006], « Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries : a retrospective analysis », *The Lancet*, vol. 368, p. 1516-1523.

- RONSMANS C., VAN DAMME W., FILIPPI V., PITTRUF R. [2002], « Need for caesarean sections in West Africa », *The Lancet*, vol. 359, n° 9, p. 974.
- SACHS B.P., KOBELIN C., CASTRO M.A., FRIGOLETTO F. [1999], « The risks of lowering the cesarean-delivery rate », *New england journal of medicine*, vol. 340, n° 1, p. 54-57.
- SECRETARIA DE SALUD [2002], *Cesárea Segura. Lineamiento técnico*, México, D.F. Secretaría de Salud, Subsecretaría de prevención y protección de la salud, Dirección general de salud reproductiva, 48 p.
- SERENO COLO [1999], « Razones en pro y en contra de la operación cesárea », *Ginecología y obstétrica de México*, vol. 67, p. 353-355.
- SOUZA J.P., GULMEZOGLU A.M., LUMBIGANON P., LAOPAIBOON M., CARROLI G., FAWOLE B., RUYAN P. [2010], « Cesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes : the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health », *BMC medicine*, n° 8, p. 71.
- STANTON C., HOLTZ S. [2006], « Levels and trends in cesarean birth in the developing world », *Studies in family planning*, vol. 37, n° 1, p. 41-48.
- STANTON C., RONSMANS C., BALTIMORE GROUP ON CESAREAN [2008], « Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries », *Birth*, vol. 35, n° 3, p. 204-211.
- TALJAARD M., DONNER A., VILLAR J., WOJDYLA D., FAUNDES A., ZAVALETA N., ACOSTA A., WORLD HEALTH ORGANIZATION 2005, GLOBAL SURVEY ON MATERNAL AND PERINATAL HEALTH RESEARCH GROUP [2009], « Understanding the factors associated with differences in caesarean section rates at hospital level : the case of Latin America », *Paediatric and perinatal epidemiology*, vol. 23, p. 574-581.
- DE TOURRIS H., MAGNIN G., PIERRE F. [2000], *Gynécologie et obstétrique. Manuel illustré*, Paris, Masson, 443 p.
- TRASTOUR C., BOUAZIZ J., DELOTTE J., COHEN SCALI P., BONGAIN A. [2007], « Utérus cicatriciel : comment accoucher ? », *La Lettre du gynécologue*, n° 321, p. 31-35.
- TRICHOT-PEREZ C. [2010], « La césarienne : indications et techniques », in FRYDMAN R., SZEJER M. (dir.), *La Naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Paris, Albin Michel, 1 033 p.
- UNFPA [2004], *Programme d'action du Caire adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, 204 p.
- VILLAR J., VALLADARES E., WOJDYLA D., ZAVALETA N., CARROLI G., VELAZCO A., SHAH A., CAMPODÓNICO L., BATAGLIA V., FAUNDES A., LANGER A., NARVÁEZ A., DONNER A., ROMERO M., REYNOSO S., SIMÓNIA DE PÁDUA K., GIORDANO D., KUBLICKAS M., ACOSTA A. [2006], « Cesarean delivery rates and pregnancy outcomes : the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America », *The Lancet*, vol. 367, p. 1819-1829.
- VOLPE F.M. [2011], « Correlation of cesarean rates to maternal and infant mortality rates : an ecologic study of official international data », *Revista panamericana de salud pública*, vol. 29, n° 5, p. 303-308.
- WAGNER M. [2000], « Choosing caesarean section », *The Lancet*, vol. 356, p. 1677-1680.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [1985], « Appropriate technology for birth », *The Lancet*, vol. 326, n° 8452, p. 436-437.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [1994], *Indicators to monitor maternal health goals, Report of a technical working group*, n° 94., Genève, 8-12 novembre 1993, OMS-FHE-MSM, 44 p.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [2009], *Rising caesarean deliveries in Latin America : how best to monitor rates and risks*, Policy brief WHO-RHR-09.05, Genève, Department of reproductive health and research, 4 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [2010], *Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers*, Policy brief WHO-RHR-HRP-10.20, Genève, 2 p. : [http:// http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.20_eng.pdf?ua=1) (page consultée le 23 novembre 2013).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [2011], *World health statistics*, Genève : http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf (page consultée le 20 novembre 2013).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) [2013], *World health statistics*, Genève, 67 p. : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/ (page consultée le 20 novembre 2013).

Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil

*Cristiane Da Silva Cabral**

Au Brésil, la stérilisation féminine est un élément central du débat sur la régulation de la fécondité. Il s'agit d'un moyen contraceptif largement utilisé par tous les groupes sociaux. Le Brésil connaît l'un des taux de stérilisation les plus élevés au monde [United Nations, 2014]. Celle-ci n'a pourtant été légalisée qu'à la fin des années 1990, pour les hommes et les femmes en pleine possession de leurs capacités mentales, ayant plus de 25 ans ou au moins deux enfants vivants [Brasil, 1996]. Avant cette loi, la stérilisation n'était acceptée que dans les cas de grossesse à risque et sur indication médicale.

Le peu d'alternatives dans les méthodes de contraception réversible et les taux élevés de stérilisation dans la société brésilienne ont été quelques-uns des éléments qui ont conduit à parler de l'existence d'une « culture de la stérilisation » – expression utilisée pour décrire le fait que la ligature des trompes se soit banalisée à tel point que chaque année, une grande quantité de femmes en âge de procréer mettent définitivement fin à leur capacité de reproduction [Berquó, 1993 : 374]. La loi de 1996 a constitué une tentative pour freiner la stérilisation précoce, ainsi que pour diminuer les taux de césariennes, particulièrement élevés au Brésil – la recherche d'un accouchement par césarienne est directement liée à la réalisation de la ligature des trompes et inversement.

Par le biais d'une étude qualitative réalisée auprès de jeunes femmes stérilisées, cet article se penche sur le scénario actuel de la stérilisation féminine au Brésil. Objet central de nombreux débats sur la population et la démographie, la stérilisation féminine est ici déplacée vers un point de vue individuel, afin de prendre en compte les contextes (sociaux et relationnels) ainsi que les logiques qui traversent le « choix » de la stérilisation.

* Docteur en santé publique, professeur de la faculté de Santé publique, université de São Paulo (FSP-USP).

Le contexte actuel de la contraception au Brésil

Au cours des quarante dernières années, les taux de fécondité au Brésil ont rapidement diminué [Simões, 2006]. De 5,76 enfants par femme en 1970, on est passé à 2,38 en 2000 [*Op. cit.*] puis à 1,81 en 2006 [Brasil M.S., 2008], soit en dessous du niveau de renouvellement de la population. Pour autant, cette baisse ne s'est pas faite de manière égale dans l'ensemble des régions du pays. Au-delà de la diffusion et de l'usage des méthodes contraceptives telles que la stérilisation, les rythmes de la diminution de la fécondité selon les régions varient notamment en fonction du processus d'urbanisation et des changements culturels qui interfèrent dans la régulation de la fécondité [Berquó, 1993 ; Martine, 1996].

Il est à noter cependant que la baisse de la fécondité au Brésil n'est pas le résultat d'une politique de population [Martine, 1996]. On peut parler en termes de *bricolage* offert par le système national de santé (dans ses différentes phases de formation) et par le marché, y compris avec les contraceptifs oraux à faible coût et avec la stérilisation féminine [Bozon, 2005]. Qui plus est, certaines politiques publiques brésiliennes spécifiques, qui ne sont pas dirigées vers le contrôle de la population, ont également influencé la baisse de la fécondité [Faria, 1989]. Au cours des dernières décennies, le débat politique sur la reproduction a été marqué par trois approches principales : le contrôle démographique, les politiques de santé materno-infantile, puis les droits sexuels et reproductifs [Gautier, 2002].

Le panorama de l'utilisation actuelle de la contraception dans le pays révèle la persistance de taux élevés de stérilisation féminine : 26,9 % selon le Demographic health survey (EDS) de 1986, 40 % en 1996 et 21,8 % en 2006 (29,1 % chez les femmes en couple). En revanche, l'utilisation de la pilule par les femmes en couple reste stable : le taux était de 25,2 % en 1986, de 20,7 % en 1996 et de 24,7 % en 2006. L'utilisation du préservatif (atteignant respectivement sur les mêmes périodes 1,7 %, 4,4 % et 12,2 %) et la stérilisation masculine (respectivement de 0,8 %, 2,6 % et 5,1 %) ¹ sont en constante augmentation (EDS, 1986). La Recherche nationale de démographie et de santé (PNDS) de 2006 (la dernière EDS réalisée au Brésil) confirme également un taux élevé de césariennes (44 % pour l'ensemble du pays), dont le pourcentage s'accroît au fur et à mesure que l'âge et/ou la scolarisation féminine augmente – par exemple, les accouchements chirurgicaux concernent 83 % des femmes ayant 12 ans ou plus d'études ².

1. Dans le cadre de la Recherche nationale de démographie et de santé (PNDS) de 2006, ont été interrogées des femmes de 15 à 49 ans ; ce sont elles qui ont fourni les données sur la vasectomie lorsqu'elles ont été questionnées sur leur partenaire [Brasil M.S., 2008]. De façon générale, les résultats obtenus sur les principales méthodes contraceptives utilisées au Brésil s'opposent à ceux d'autres pays tels que la France. En effet, les deux méthodes les plus utilisées sont la pilule hormonale et le DIU, ce dernier étant réalisé en fin de vie reproductive.

2. Deux autres éléments sont caractéristiques de l'accouchement au Brésil : selon la PNDS de 2006, la grande majorité des naissances a lieu à l'hôpital (98 %), principalement dans le système de santé publique (SUS – système unique de santé) (76 %). Cependant, les taux de césariennes les plus élevés sont observés chez les femmes qui fréquentent le système privé de santé (81 %), qui sont également des femmes avec un plus haut niveau d'éducation supérieure [Brasil M.S., 2008].

Bien que l'utilisation de contraceptifs « modernes » soit fréquente chez les femmes, celle-ci varie selon l'âge, l'éducation et la région. La pilule et le préservatif sont des moyens de contraception particulièrement répandus chez les plus jeunes. La stérilisation concerne davantage les plus âgées ; cependant, plus de 50 % des femmes y ayant recours ont moins de 30 ans. Par ailleurs, le pourcentage de stérilisation féminine est plus élevé parmi les femmes les moins instruites et parmi les habitantes des régions du Nord et du Nord-Est (les zones les plus pauvres du pays). À l'inverse, le taux d'usage des préservatifs et de la stérilisation masculine sont plus fréquents dans les couches de la société les plus instruites [EDS, 1986].

Ces données indiquent la persistance d'inégalités d'accès aux méthodes de contraception, selon le niveau d'inclusion sociale. Ces différences peuvent également être le reflet de façons différenciées d'aborder la gestion de la sexualité et de la contraception selon le capital social et culturel [Cabral, 2011]. Il faut aussi tenir compte des effets de la prévention mise en place par la politique IST/VIH du gouvernement brésilien, dont les effets se font sentir dans la hausse de l'utilisation du préservatif : par exemple, celle-ci est beaucoup plus élevée chez les femmes sans partenaire mais sexuellement actives que chez celles qui ont un partenaire (26 % contre 12,2 %).

Ce cadre général se doit également d'être examiné à la lumière des objectifs de la loi de planification familiale (loi n° 9263, 1996) et des conditions d'accès à la stérilisation : être en pleine possession de ses capacités mentales, avoir au minimum 25 ans ou avoir au moins deux enfants vivants, et connaître un intervalle de 60 jours entre la manifestation de la volonté de se faire stériliser et la procédure elle-même. De plus, elle ne peut être effectuée que hors des périodes d'accouchement ou d'avortement, sauf en cas de nécessité avérée ou avec le consentement des deux partenaires, dans le cas d'un couple (marié ou pas)³ [Brasil, 1996]. On peut supposer que la diminution de la stérilisation durant la dernière décennie est le résultat de cette législation. Pour autant, le contexte est bien plus complexe dans la mesure où les services de santé ne suivent pas toujours les règles administratives [Berquo, Cavenaghi, 2003] et créent leurs propres règles, limitant davantage encore l'accès aux stérilisations des hommes et des femmes. Par exemple, la conjonction de coordination grammaticale « ou » est interprétée comme un « et ». De même, l'âge de 25 ans est considéré comme prématuré par les professionnels de santé et certains services imposent l'âge de 30 ans minimum pour avoir accès à la procédure. Ou encore, cette dernière n'est pas accordée aux personnes qui n'ont pas de partenaire stable ; même si les critères de l'âge ou du nombre d'enfants sont respectés, ceux-ci ne sont pas considérés comme suffisants.

Reste à comprendre les raisons qui conduisent les femmes à opter pour la ligature des trompes. La littérature sur le sujet fait état de différentes causes :

3. La stérilisation chirurgicale – masculine et féminine – est offerte gratuitement dans le système de santé publique (SUS), mais elle peut également être faite dans des établissements de santé privés, en payant.

l'efficacité importante de la méthode ; les difficultés d'accès à la pilule ; les difficultés d'adaptation à la pilule et, dans une moindre mesure, au DIU (dispositif intra utérin) ; les problèmes lors de la négociation du préservatif avec le partenaire ; l'interdiction légale de l'avortement ; les problèmes de santé ; etc. Quant aux hommes, le fait que la partenaire ne s'adapte pas aux méthodes contraceptives est l'une des principales raisons qui les poussent à choisir la vasectomie. Ce choix s'explique aussi par un argument technique [Barone *et al.*, 2004] : elle est moins invasive que la ligature des trompes, moins chère et la récupération postopératoire est plus rapide. Il convient de noter ici une subtile différence entre les approches de la stérilisation féminine et celles de la stérilisation masculine. Quand il s'agit de la ligature des trompes, l'accent est mis sur les femmes et les difficultés qu'elles rencontrent avec la contraception ; la possibilité de contrôle des femmes de leur propre corps est rarement soulevée. En revanche, lorsque le sujet est la vasectomie, la littérature s'intéresse à la dimension des relations conjugales et aborde l'aspect relationnel de la contraception.

Un travail de terrain pour comprendre la logique de la stérilisation contraceptive

Afin de comprendre le choix de la stérilisation volontaire et ses liens avec la sexualité, nous avons mené une recherche qualitative avec des femmes et des hommes⁴. Dans cet article, nous n'avons mobilisé que les biographies de femmes. De façon générale, nous proposons une lecture socio-anthropologique du phénomène de la stérilisation, qui est souvent abordé à travers les domaines de la santé publique et de la démographie.

Au total, quinze entretiens approfondis ont été menés auprès de femmes ayant subi une ligature des trompes avant leurs 30 ans. Ce choix de la population d'étude s'est fait pour deux raisons : au Brésil plus de la moitié de la stérilisation féminine survient avant cet âge et la politique nationale actuelle de la jeunesse considère comme jeune tout citoyen âgé de 15 à 29 ans [Novaes *et al.*, 2006]. Plus exactement, la limite d'âge des personnes interrogées dans le cadre de notre étude a été de 34 ans, car cela permet de garantir une meilleure mémoire des événements, du fait de leur caractère récent, mais aussi de réduire les variations des résultats en termes générationnels⁵.

Le travail de terrain a eu lieu de manière intensive entre le second semestre de 2009 et le premier semestre de 2010. Une grille d'entretien semi-structuré a

4. Cet article est issu de ma thèse de doctorat, intitulée « Pratiques contraceptives et gestion de l'hétérosexualité : action individuelle, contextes relationnels et genre ». L'étude visait à comprendre les expériences de contraception à différents moments de l'histoire de vie de jeunes femmes et hommes : le début de l'histoire affective et sexuelle ; les contextes d'apparition de la grossesse ; et la cessation de la capacité de reproduction à travers la stérilisation contraceptive. Cette thèse a été soutenue à l'Institut de médecine sociale de l'université de l'État de Rio de Janeiro, en 2011, sous la direction de M.L. Heilborn et M. Bozon.

5. Bien qu'elles soient socialement construites [Ariès, 1986], les frontières d'âge sont des artefacts méthodologiques nécessaires au déroulement et à la structuration d'une enquête.

été élaborée afin de reconstruire l'histoire de vie des informatrices, en se concentrant sur les événements de leur vie affective, sexuelle et reproductive. Les entretiens ont été enregistrés et réalisés (par moi-même) à leur domicile ou dans des endroits proches de celui-ci, selon le choix des personnes interrogées. La durée de ces « discussions » a été très variable, allant d'une heure et demie à trois heures.

L'identification des informatrices s'est faite par le biais de réseaux de connaissances. Bien que la division par classe sociale n'ait pas constitué un critère de sélection, il était cependant souhaitable d'interroger des femmes de différentes origines sociales. Pour autant, la recherche de femmes stérilisées avant l'âge de 30 ans nous a conduits à rencontrer un groupe d'informatrices vivant essentiellement dans les quartiers pauvres de la ville de Rio de Janeiro (Brésil)⁶. Dans la plupart des cas, ces femmes ont un faible niveau d'éducation : huit d'entre elles n'ont pas complété le niveau primaire ; deux ont achevé leurs études primaires ; trois ont terminé l'école secondaire ; et deux ont atteint l'enseignement supérieur. Qui plus est, leur scolarité est généralement marquée par de nombreuses interruptions dues à des changements d'adresse ou de ville, un manque d'intérêt ou des redoublements. L'éducation et le lieu de résidence sont des éléments importants car ils permettent de situer les sujets dans la hiérarchie sociale brésilienne.

Au moment de l'entretien, douze de ces quinze femmes étaient en couple et cohabitaient avec leur partenaire et leurs enfants ; deux d'entre elles étaient célibataires ; et l'une était veuve depuis ses 20 ans. Elles avaient entre 25 et 34 ans au moment de l'enquête. La plupart occupaient un travail rémunéré, mais dans des activités à faible qualification professionnelle ; une seule femme n'avait jamais travaillé à l'extérieur de la maison. Certaines d'entre elles ont commencé à travailler très tôt, le travail étant considéré – du fait des nécessités économiques des classes défavorisées – comme plus important que la poursuite des études.

Loin de constituer un tout homogène, cet ensemble d'informatrices est révélateur de la grande hétérogénéité des classes populaires au Brésil, allant de la femme avec une très faible scolarisation à celle ayant fait des études supérieures. Deux des personnes interrogées ont un niveau de scolarité plus élevé que les autres, ce qui montre que les classifications en termes de classe sociale sont complexes, car cette société, marquée par des inégalités sociales aiguës, permet aussi la mobilité sociale⁷. En effet, les politiques sociales récentes ont conduit à l'augmentation de la scolarisation, y compris dans l'enseignement supérieur, et de l'accès aux biens de consommation – phénomène considéré comme une

6. *A posteriori*, ce résultat ne surprend pas et peut notamment être compris comme le produit du double standard de fécondité qui a été observé au Brésil, à savoir que l'âge du début de la vie reproductive des femmes à faible niveau de scolarisation est resté stable tandis que celui des femmes ayant un niveau plus élevé a reculé [Berquó, Cavenaghi, 2003]. Nous reviendrons sur ce phénomène plus loin, lorsque nous discuterons des limites de la notion de « jeunesse sexuelle » [Bajos, Bozon, 2008] appliquée à certains contextes brésiliens.

7. Nous pensons que ces femmes partagent des codes culturels et des valeurs morales proches de ceux des autres femmes interrogées. La prise en compte de ces points communs permet de faire ressortir certains éléments similaires dans leurs trajectoires affectives, sexuelles et reproductives.

extension de la (nouvelle) classe moyenne brésilienne, au moins en ce qui concerne l'aspect économique.

La possibilité/impossibilité d'une « jeunesse sexualisée »

La carrière de reproduction féminine peut être décrite à partir de certains événements clés tels que la première menstruation, la première relation sexuelle, la première grossesse, l'âge de stérilisation, etc. Le moment de l'initiation sexuelle est décrit dans la littérature du champ de la santé comme la période pendant laquelle les filles et les garçons sont les plus exposés à des « risques » liés à la vie sexuelle, comme contracter des maladies sexuellement transmissibles et/ou devenir enceinte. Un bref aperçu de la manière dont le passage à la sexualité avec un partenaire est vécu illustrera les différentes façons de vivre la sexualité à l'adolescence et dans la jeunesse.

Au Brésil, la vie sexuelle des filles commence de plus en plus tôt et le début de la vie reproductive ne recule pas, c'est-à-dire que l'âge de la première grossesse stagne [Bozon, 2008 ; Bozon, Heilborn, 2006], notamment dans les groupes les plus défavorisés. Il existe une hypothèse communément partagée, selon laquelle la baisse de l'âge de l'initiation sexuelle constitue un facteur de stérilisation, non seulement parce que ces femmes ont tendance à avoir plus de descendants, mais aussi parce qu'elles atteignent le nombre d'enfants « souhaité » plus tôt [Bumpass, Thomson, Godecker, 2000]. Cette hypothèse est-elle valide dans des contextes sociaux où la séparation entre sexualité et reproduction est faible ?

Une partie de la production en sciences sociales portant sur les jeunes et la sexualité, déconstruit le mythe selon lequel l'initiation sexuelle « précoce » impliquerait une anticipation de la vie reproductive. Au contraire, ces deux dimensions ne seraient pas nécessairement articulées entre elles. Le débat sur la « prolongation de la jeunesse » [Galland, 2009] ou sur la notion de « jeunesse sexuelle », en particulier dans les pays développés⁸, est particulièrement représentatif de ce courant. Le « prolongement de la jeunesse » [Galland, 2009] se caractérise par un report du départ de chez les parents ainsi que de la vie conjugale et reproductive [Galland, 2009 ; Pais, 1993], mais aussi par une relative autonomie dans l'exercice de la vie sexuelle. Le terme « jeunesse sexuelle » fait référence à la possibilité de vivre la sexualité hors des cadres de la conjugalité et sans les contraintes de la reproduction [Bozon, 2008]. Cependant, au Brésil, le passage à la vie adulte peut se faire de façon condensée, notamment au sein des groupes socialement défavorisés, dans lesquels la naissance d'un enfant constitue un des éléments centraux du passage au statut d'adulte, tant pour les femmes que pour les hommes [Heilborn *et al.*, 2006 ; Cabral, 2003 ; Heilborn, Cabral, 2006]. Ce contexte spécifique permet de parler non seulement d'une faible séparation entre sexualité et reproduction,

8. L'accent est mis non pas sur l'âge mais sur le contexte de préparation à l'exercice de la sexualité [Bozon, 2008 ; Schalet, 2004].

mais aussi de l'(im)possibilité d'une « jeunesse sexualisée » pour certains segments de la jeunesse.

Dans la présente étude, l'âge de la première expérience sexuelle des femmes interrogées se situe entre 12 et 19 ans. Les circonstances de la première relation sexuelle sont le plus souvent caractérisées par les adjectifs suivants : imprévu, espéré, et non préparé. Le début de l'activité sexuelle est souvent décrit comme « inattendu », comme quelque chose qui « est arrivé ». De ce point de vue, ce début n'est « pas non plus préparé » car il n'y a pas de préparation contraceptive avant ces premiers rapports sexuels, tel que cela peut être rapporté pour des pays européens [Bozon, 2008 ; Schalet, 2004]. Pour autant, l'initiation sexuelle est « espérée » : le passage à la sexualité avec un partenaire constitue une étape dans la relation, venant souvent signifier un plus grand engagement dans le couple.

Pour 13 de ces femmes, les grossesses ont eu lieu avant 20 ans, période durant laquelle elles sont habituellement classées comme adolescentes [Brown *et al.*, 2001]. Les contextes de ces grossesses sont similaires à ce qui a été décrit dans la littérature brésilienne [Heilborn *et al.*, 2006], à savoir des relations marquées par de fortes prescriptions de genre, une faible séparation entre sexualité et reproduction, et donc un raccourcissement de la période de « jeunesse sexuelle »⁹.

Les deux informatrices qui ont eu leur première grossesse après l'âge de 20 ans sont précisément celles qui ont atteint l'enseignement supérieur, sans pour autant le compléter. Ce sont également celles qui connaissent le plus grand intervalle de temps entre leur premier rapport sexuel et leur première grossesse (respectivement, cinq et sept ans) ainsi qu'une utilisation de méthodes « modernes » de contraception pendant ou après l'initiation sexuelle. Esther (27 ans, deux enfants, ligature des trompes à 24 ans) et Magnolia (30 ans, deux enfants, ligature des trompes à 26 ans) ont pu repousser plus tard le début de leur vie reproductive qui, dans les deux cas, est étroitement lié à un projet conjugal¹⁰. Toutefois, le temps écoulé entre le début de l'activité sexuelle et la stérilisation est faible.

Pour chacune d'elles, la décision de stérilisation a été motivée par différents facteurs. Esther dit avoir été surprise par sa deuxième grossesse. Sa panique face à cette situation – avoir deux enfants avec seulement cinq mois de différence – l'a conduite à « choisir » une méthode irréversible de contraception. Pour sa part, la biographie de Magnolia illustre le fait que sa décision de stérilisation est imprégnée d'injonctions morales sur sa sexualité. Elle insiste sur la façon dont son entourage – notamment son père – lui a reproché d'avoir eu deux enfants de pères différents¹¹ :

9. Au Brésil, la construction d'un champ de débats autour de la « grossesse adolescente », notamment pendant les années 1990, illustre bien les transformations des temporalités biographiques vis-à-vis de la reproduction mais aussi de la permanence d'une jeune fécondité, en comparaison avec le scénario international où l'on observe un recul de l'âge de la reproduction.

10. Les noms des personnes ont été modifiés afin de préserver leur anonymat.

11. Selon les termes de Luker [1975], il s'agit d'un *significant other*. Dalsgaard [2004] aborde le même sujet, en problématisant le contexte de stérilisation féminine et les *general others* présents dans divers contextes de décision.

son parcours de vie ne correspond pas aux modèles conjugaux/familiaux idéaux. Dans ce cas, le choix d'une méthode contraceptive qui exclut la possibilité de nouvelles grossesses malgré le maintien d'une activité sexuelle semble répondre aux attentes de la famille. Dans un contexte dans lequel divers éléments entraînent une faible dissociation entre la sphère de la sexualité et celle de la reproduction, la possibilité d'une sexualité sans les contraintes de la reproduction est assurée par la ligature des trompes.

Fertilité et autres questions dans « le choix » de la contraception

La stérilisation est, en principe, une méthode idéale pour ceux qui ne veulent plus avoir d'enfants. Cette conception dérive de l'idée selon laquelle les femmes stérilisées sont celles qui ont atteint une fécondité désirée. Cependant, nous préférons parler de *fécondité réalisée*, car cette expression inclut à la fois les situations où le nombre d'enfants correspond à ce qui avait été prévu et/ou souhaité, mais aussi celles dans lesquelles les femmes ont eu plus d'enfants qu'elles ne le souhaitaient, ou encore celles où les femmes auraient aimé avoir plus de descendants.

Dans le cadre de notre étude, le nombre d'enfants par femmes varie entre deux et six. Il est évident que ce nombre est le fruit de nombreux facteurs présents dans les différentes trajectoires de vie. La quantité finale d'enfants est définie par diverses raisons, des contextes variés, différentes valeurs et visions du monde, des facteurs déterminants et des facteurs impondérables de la vie. Les grossesses non désirées et les difficultés liées à la contraception ne constituent qu'une partie des éléments – ou des justifications – qui expliquent le nombre total d'enfants nés.

L'idéal en vigueur et largement partagé au Brésil dans différentes classes sociales, celui d'une famille modèle avec deux enfants, apparaît clairement dans la trajectoire de certaines de nos informatrices, et il surgit dans des contextes de prise de décision quant à la stérilisation. Les biographies de Natália et d'Eliane en sont des exemples.

C'est par exemple le cas de Natália (26 ans, deux filles, ligature des trompes à 24 ans), qui est la plus jeune d'une famille nombreuse, particulièrement pauvre. Elle est tombée enceinte pour la première fois à 16 ans, dans le cadre d'une relation occasionnelle. Elle a demandé au garçon s'il avait un préservatif mais ils ont finalement eu des relations sexuelles sans protection. Le garçon a été informé de la naissance de l'enfant, mais il n'a pas reconnu la paternité¹². Elle a caché la

12. La législation brésilienne stipule que « la reconnaissance des enfants nés hors mariage est irrévocable » [Fonseca, 2004, p. 21]. Depuis 2009, la loi en vigueur reconnaît la présomption de paternité si le père présumé refuse de se soumettre à un test d'ADN ou à d'autres moyens scientifiques pour prouver la paternité. Cette alliance entre le droit et la science a généré une étonnante croissance des tests ADN, nécessaires surtout pour les femmes, ce qui « coïncide avec les bonnes intentions des législateurs et des juristes qui présentent les nouvelles lois de paternité comme un moyen de renforcer la cause des femmes et des enfants, contre les prérogatives patriarcales classiques. » [*Ibid.*]

grossesse à ses parents, jusqu'au moment où elle ne pouvait plus cacher son ventre. À l'époque, Natália pensait qu'elle était trop jeune pour avoir un enfant, mais elle dit « qu'elle s'est faite à l'idée ». Sa deuxième grossesse a été intentionnelle. Natália ne voulait pas que sa fille grandisse « seule », sans une sœur ou un frère. Elle a alors arrêté l'utilisation du contraceptif injectable pour pouvoir tomber enceinte. Cette fois-ci, le partenaire était un « petit ami ». Pour autant, son désir d'enfant n'avait pas de lien avec le partenaire ou avec un quelconque souhait de maintenir la relation ; il s'agissait seulement d'avoir un autre enfant. Une fois le nombre d'enfants désirés atteint – deux au total –, Natália a eu recours aux voies institutionnelles pour la ligature des trompes.

Il en va de même pour Eliane (26 ans, deux enfants, ligature des trompes à 23 ans), qui est tombée enceinte pour la première fois à 16 ans, au début de sa relation avec le garçon qui allait devenir son mari. Elle avoue ne pas avoir eu le temps de « penser » aux mesures contraceptives, car elle est tombée enceinte « trop vite ». Le partenaire, alors âgé de 21 ans, a réagi positivement à la nouvelle, et les deux se sont alors installés ensemble. Quelques années plus tard, le couple a commencé à s'occuper de l'enfant de la sœur cadette d'Eliane. Bien qu'elle affirme que cet enfant soit considéré comme « leur propre enfant », elle dit aussi « qu'il n'est pas sorti de son intérieur ». Elle est donc ensuite tombée intentionnellement enceinte de son deuxième enfant biologique, puis a réalisé la stérilisation.

Ce cas montre la manière dont volonté de stérilisation et désir d'un deuxième enfant peuvent parfois se confondre l'un avec l'autre. Avant cela, Eliane considérait que la pilule contraceptive lui convenait, elle ne sentait pas d'effets secondaires, mais trouvait « très embêtant le fait de prendre le médicament ». Elle avoue qu'avec un seul enfant, elle aurait eu encore plus de difficultés à accéder à la stérilisation¹³, qu'elle était déterminée à obtenir. De plus, elle avait cessé de prendre la pilule sans le dire à son mari car il était contre une nouvelle grossesse. D'une part, cette seconde grossesse avait comme but de permettre d'obtenir une contraception considérée comme « beaucoup plus confortable » que la pilule – à savoir la ligature. Optant pour la stérilisation, elle a alors choisi d'avoir « un autre [enfant], car elle n'allait plus en avoir ». D'autre part, son choix définitif pour la stérilisation s'est fait une fois le nombre idéal d'enfants atteint.

L'idée d'une grossesse « instrumentale » remet en question le point de vue largement partagé par une certaine littérature qui dépeint les femmes comme des victimes de la structure sociale et institutionnelle qui prévaudrait. Or, il est intéressant de noter comment la loi et les conditions mises en place dans les services de santé sont réappropriées et utilisées par les femmes, en fonction de leur horizon de possibilités [Dalsgaard, 2004]. Les deux situations décrites ci-dessus semblent illustrer des scénarios liminaires. D'un côté, la planification d'une deuxième grossesse illustre un contexte qui peut être interprété comme contraignant le choix des

13. Il faut rappeler que la condition juridique pour la stérilisation féminine est d'avoir au minimum 25 ans ou deux enfants vivants.

femmes, parce que celles-ci doivent se soumettre aux prérequis de la loi en vigueur. D'un autre côté, ce même contexte peut être considéré comme un exemple d'autonomie individuelle, dans la mesure où la grossesse est utilisée pour obtenir quelque chose de souhaité et d'idéalisé. Ainsi, la conception instrumentale de la grossesse peut être éclairée par les conflits entre l'individuel et la structure sociale – carrefour classique des sciences sociales –, qui met en lumière les questions relatives à la possibilité d'agir des individus, leurs choix, les limites et possibilités posées par les déterminants sociaux.

La biographie de Brenda (34 ans, six enfants, ligature des trompes à 28 ans) va dans le sens de l'imaginaire social selon lequel la stérilisation est la méthode préférée des femmes ayant beaucoup d'enfants, puisque Brenda a subi une ligature des trompes après avoir eu six enfants. Dans son témoignage, elle explique à la fois certaines difficultés liées à la contraception et la « prophétie » des médecins qui la traitaient : « Le médecin a dit que je n'allais pas avoir d'enfants parce que mon utérus était retourné ; eh bien, retourné il l'est même aujourd'hui, mais je suis tombée [enceinte] de toute façon et j'en ai eu un tas [de fils]. » On pourrait alors supposer que, face à ce pronostic d'« utérus retourné », Brenda n'ait pas tellement fait attention à sa contraception. Toutefois, elle explique qu'elle ne comprend pas comment elle a pu tomber enceinte car elle n'oubliait « jamais » de prendre le « médicament », mais elle tombait « quand même » enceinte.

Notons que Brenda a eu son premier rapport sexuel à 17 ans et qu'elle est tombée enceinte au début de sa deuxième relation, malgré l'utilisation de pilules contraceptives. Or, il faut savoir que c'est après avoir cherché des informations sur la pilule avec des amis qu'elle a commencé à en faire usage, sans les conseils d'un professionnel de santé¹⁴. Brenda n'a pas commencé à utiliser la contraception après la naissance de l'enfant, parce qu'elle était sans partenaire sexuel : « Je n'avais aucune relation, alors je ne la prenais pas [la pilule]. » Le premier fils avait presque un an quand Brenda a rencontré son troisième partenaire sexuel (de dix ans plus âgé qu'elle), qui deviendra le père de ses cinq autres enfants. Brenda n'a alors utilisé aucune méthode de contraception, car son partenaire rêvait de devenir père. Pendant les soins prénataux, Brenda a choisi d'utiliser la pilule contraceptive après la naissance de leur enfant, mais elle est tout de même tombée enceinte à nouveau. La quatrième grossesse « était pire encore, mon fils avait 4 mois, et j'allaitais encore ! ». Après la naissance de son cinquième enfant, Brenda a adopté le contraceptif injectable mais, encore une fois, cela n'a pas marché. Sa plus jeune fille n'avait que huit mois quand elle a découvert qu'elle était encore enceinte. C'est alors qu'elle a pris sa décision : « “Non, je veux faire la stérilisation !” Je suis donc allée là-bas, et j'ai dit au médecin, “Je dois faire la stérilisation !” [...] Je voulais la faire parce que j'ai beaucoup d'enfants et ni l'injection ni la pilule ne marchent. » Elle précise par ailleurs que son mari était opposé à la

14. Au Brésil, les pharmacies privées sont les principaux endroits où les femmes se procurent la contraception, sans nécessité d'une ordonnance.

stérilisation ; elle a donc dû le convaincre de « signer le papier » : « [...] si c'était sa volonté j'aurais continué à avoir des enfants jusqu'à aujourd'hui¹⁵ ! ».

Si la biographie de Brenda va dans le sens de l'argument commun qui associe la ligature des trompes à une importante descendance [Bumpass, Thomson, Godecker, 2000], elle apporte différents éléments relatifs aux difficultés d'ajustement et d'adaptation des méthodes contraceptives individuelles et aux situations de discontinuités dans l'usage de méthodes réversibles, qui aboutissent au choix de la stérilisation comme unique solution possible face à un corps qui insiste pour se reproduire [Bateman-Novaes, 1982 ; Dalsgaard, 2004].

Tatiana (30 ans, deux enfants, ligature des trompes à 26 ans) voulait avoir un seul enfant, ce qu'elle justifie par la souffrance qu'elle a connue lors de son premier accouchement¹⁶. Après la naissance de sa première, Tatiana a recommencé à utiliser le contraceptif injectable (elle n'a jamais réussi à s'adapter à la pilule), mais elle a souffert de nombreux effets secondaires. Le couple a alors commencé à faire usage du préservatif masculin. Elle ne sait pas « si c'est le préservatif qui s'est déchiré, ou s'il n'a pas été bien mis » mais elle est à nouveau tombée enceinte ; cette fois-ci sans le désirer et sans s'y attendre : « Vous n' imaginez pas comme j'étais désespérée ! » Tatiana insiste sur son premier accouchement qui a été très long et très douloureux, d'autant plus que le médecin avait « trop coupé¹⁷ », ce qui l'a empêchée de s'asseoir pendant près de 20 jours. Quand elle a découvert qu'elle était à nouveau enceinte, elle a immédiatement pensé à la stérilisation : « Je ne voulais pas avoir un autre enfant, il voulait, je ne voulais pas, mon mari savait que je ne voulais que le premier. » Cette dernière phrase permet de spéculer sur un éventuel désaccord au sein du couple, en ce qui concerne le nombre d'enfants désiré. Face au choix de méthodes de contraception liées à l'acte sexuel et/ou à la coopération des hommes, Tatiana préfère la stérilisation, en tant que solution viable pour gérer le binôme contraception/sexualité.

Avortement et stérilisation : une possible gestion du potentiel de reproduction

L'hypothèse selon laquelle la stérilisation constitue une méthode contraceptive, en particulier dans le cadre de difficultés de contraception (de plusieurs ordres) et d'illégalité de l'avortement, nous semble valide. Au Brésil, le débat sur la large diffusion de la ligature des trompes met l'accent sur l'absence de politiques publiques permettant l'accès aux méthodes de contraception réversibles. Ce point de vue est très important pour comprendre les taux élevés de ligature des trompes

15. La loi sur la planification familiale (Loi n° 9263, du 12 Janvier 1996) stipule que « Lorsque la personne est en couple, la stérilisation dépend de l'accord express des deux époux » [Brasil, 1996].

16. Les entretiens font fréquemment état de violence obstétricale, comme l'épisiotomie, la manœuvre de Kristeller, l'absence de soulagement de la douleur, etc. – des aspects qui ne seront pas développés dans cet article.

17. Terme utilisé par les femmes pour se référer à la pratique de l'épisiotomie, très commune au Brésil [Brasil M.S., 2008].

dans l'ensemble du pays [Faria, 1989 ; Scavone, 1999]. Même si l'avortement est illégal dans le pays, il est souvent pratiqué, mais dans des conditions très différentes en fonction du milieu social¹⁸.

Dans une étude menée auprès de femmes employées à bas salaire [Vieira, 1999], l'auteure montre que les femmes interrogées ayant recours aux méthodes les plus « efficaces », comme la stérilisation, sont les plus défavorables à l'avortement. Les résultats de sa recherche indiquent une relation entre la tendance à subir une stérilisation à un jeune âge et les attitudes négatives à l'égard de l'avortement. Bumpass, Thomson et Godecker [2000] émettent l'idée que les femmes ayant une expérience d'interruption volontaire de grossesse seraient moins enclines à la stérilisation. Cette attitude pourrait refléter une expérience personnelle dans laquelle l'avortement est considéré comme une option viable (un aspect relatif au contexte nord-américain) face à une grossesse non prévue.

En considérant l'avortement non seulement dans sa dimension effective (sa réalisation) mais aussi en termes de questionnement (une éventualité) ou de tentative, nous pouvons dire qu'il fait partie des trajectoires de nombreuses femmes qui ont réalisé une ligature des trompes. Dans une étude menée avec des jeunes ayant une expérience de grossesse, Peres [2003] propose quatre types d'expériences de l'avortement : avortement envisagé, tentative de concrétisation, réalisation, et exclusion de la possibilité d'une interruption de grossesse. En sortant de la dichotomie classique entre avoir avorté ou pas, cette perspective permet d'inclure à la fois la possibilité d'une interruption de grossesse et sa réalisation. En outre, cette proposition nous permet de mettre en évidence les tentatives d'avortement qui ont été infructueuses. Parmi les quinze femmes interviewées, sept ont pensé à avorter ou ont essayé, et seule l'une d'entre elles l'a fait. Nous allons présenter maintenant un exemple biographique illustrant chaque type d'expérience.

L'avortement comme une possibilité

Esther (27 ans, deux enfants, ligature des trompes à 24 ans) a connu sa deuxième grossesse alors qu'elle s'apprêtait à retourner sur le marché du travail et cherchait à arrêter l'allaitement de son premier enfant. Pendant la période d'allaitement, elle a interrompu la médication contraceptive tout en continuant à avoir des relations sexuelles avec son mari. Comme elle n'avait toujours pas ses règles de façon régulière, Esther pensait être encore protégée par la méthode contraceptive, comme si cette dernière était restée « imprégnée » dans son corps. Mais, alors que son premier enfant n'avait que cinq mois, elle tombe à nouveau enceinte. Elle admet que lorsqu'elle a découvert cette grossesse, elle a envisagé la possibilité d'un avortement. Le mari, également surpris par cette deuxième grossesse, lui a dit qu'il soutiendrait sa décision, quelle qu'elle soit. Finalement, comme elle le

18. Selon une enquête réalisée en 2005, le taux est estimé à 2,07 avortements pour 100 femmes âgées de 15 à 49 ans [Monteiro, Adesse, 2007].

dit : « je n'ai pas eu le courage ». C'est alors dans ce contexte de « désespoir » et d'inattendu qu'est apparu le processus de décision pour une stérilisation.

Tentative d'interruption volontaire de grossesse

Bia (31 ans, quatre enfants, ligature des trompes à 21 ans) a connu sa première grossesse à l'âge de 14 ans, dans le cadre d'une relation qui durait depuis déjà plus d'un an avec un garçon de trois ans son aîné. Elle déclare avoir eu des relations sexuelles pendant un an avec ce petit ami, « sans penser qu'elle pourrait tomber enceinte ». Une fois la grossesse confirmée, Bia « était heureuse » et s'est empressée d'aller annoncer la nouvelle au garçon, duquel elle se séparera au bout de 4 ou 5 mois de gestation, parce qu'il « ne voulait pas de responsabilités ». À l'époque, plusieurs personnes lui ont conseillé de mettre fin à sa grossesse, parce qu'elle était « trop jeune » pour être mère. Elle a même bu des tisanes et avalé des pilules pour tenter d'y mettre fin, mais la grossesse se poursuivait. Deux ans plus tard, elle a à nouveau des relations sexuelles avec un autre partenaire, elle tombe enceinte et le couple commence à vivre ensemble. La troisième grossesse survient quand elle est encore « de repos » du deuxième enfant : « j'étais complètement abasourdie ». Entre la troisième et la quatrième grossesse, elle a commencé à « prendre des médicaments », puis elle a arrêté de prendre la pilule parce que c'était « ennuyeux », et elle ne pensait pas pouvoir tomber enceinte du fait qu'elle avait utilisé la contraception pendant un an. Elle tombe cependant enceinte pour la quatrième fois et tente à nouveau d'avorter, avec des « potions » et des médicaments. Mais la grossesse se poursuit, tandis que Bia connaît une « grande peur », celle d'avoir causé des problèmes à l'enfant à naître.

Un avortement

La première grossesse de Daniele (27 ans, quatre enfants, ligature des trompes à 22 ans) s'est produite lorsqu'elle avait 16 ans. Elle a été menée à bien avec le soutien de sa mère. Pendant cette grossesse, on lui a conseillé d'utiliser une méthode de contraception après son accouchement. Elle a choisi la pilule, la considérant comme la méthode la plus « simple ». Quand son fils a presque un an, elle recommence à « sortir de la maison » pour aller danser, à des fêtes. Elle rencontre alors un nouveau partenaire qui deviendra le père de ses trois autres enfants. Elle prenait la pilule, mais : « je la prenais un jour sur trois. Parfois, je me souvenais, mais je pensais "je la prends demain". Et à cause de ce "je le prends demain", j'ai déconné ».

Daniele est alors enceinte pour la deuxième fois et décide de mettre fin à cette grossesse. Cette décision a été motivée par le fait que sa relation n'avait que trois mois, que son premier enfant était encore petit et qu'elle vivait chez sa mère. Le garçon s'est opposé à l'avortement, mais Daniele – qui faisait quelques petits boulots – a réuni suffisamment d'argent pour acheter du misoprostol au marché noir. Sa ligature des trompes s'est faite pendant sa cinquième grossesse – son

quatrième enfant –, sous l'ordre d'un médecin car elle avait déjà eu deux césariennes auparavant¹⁹.

Exclure la possibilité d'un avortement

S'il existe différentes dimensions dans le désir ou le choix d'avorter, c'est également le cas lorsque l'avortement est rejeté [Bateman-Novaeas, 1979-1980]. Ce rejet peut être lié, entre autres, aux représentations de la famille, à la valeur des enfants pour le groupe, aux aspirations autour de la maternité/paternité, ou encore aux conceptions et aux projets de vie (école, travail, mariage, etc.). Quoi qu'il en soit, un large éventail de questions vient toujours façonner la poursuite (ou l'interruption) d'une grossesse.

L'illégalité de l'avortement constitue également un facteur de rejet de cette possibilité. Étant une pratique illégale, les conditions de sa réalisation varient énormément selon les conditions socio-économiques des sujets. Les jeunes issus de la « classe moyenne » font état de conditions qui peuvent être classées comme aseptisées, dans des cliniques, avec une certaine confiance – même si ces cliniques sont clandestines [Heilborn *et al.*, 2012]. Les conditions sont très différentes pour les personnes interrogées issues de couches populaires, qui ont des difficultés à trouver les moyens d'avorter, ce qui augmente le recours à des méthodes dangereuses. Elles ont parfois recours aux cliniques clandestines, mais également à des médicaments, des « potions » ou encore des instruments tranchants. Ces femmes-là mentionnent souvent la vision du « produit » de l'avortement : « une petite balle est sortie », « c'était déjà un garçon » [*Op. cit.*]. Du fait de ces méthodes, elles craignent que les choses se passent mal, que l'avortement ne fonctionne pas et que l'enfant naisse « avec des problèmes ». Ce dernier point est un autre facteur à prendre en compte dans le refus d'envisager l'avortement comme une possibilité.

La stérilisation comme moyen de gérer les « risques » contraceptifs

Au Brésil, le contexte actuel d'illégalité de l'avortement et les conditions d'accès à la stérilisation féminine sont tous deux révélateurs des situations de tutelle du corps féminin, d'une part, et du conflit politique et idéologique autour d'événements qui ne sont pas seulement biologiques, d'autre part.

Avant la promulgation de la loi de planification familiale [Brasil, 1996], la ligature des trompes – largement répandue – était interdite, considérée comme un crime de dommages corporels. La ligature a ensuite été retirée du code pénal, pour être institutionnalisée dans le cadre du Système unique de santé (SUS) et officiellement régie par les établissements médicaux. C'est alors que des critères ont été définis pour sa réalisation, ce qui représente sans aucun doute une avancée

19. En cas de césariennes successives, la loi de planification familiale permet la réalisation de la ligature des trompes pendant l'accouchement ; ce qui est souvent interprété dans le contexte brésilien comme une « indication médicale » pour césarienne, le plus souvent associée à la stérilisation chirurgicale.

en termes de démocratisation de l'accès à cette procédure. Cependant, il semble y avoir, en même temps, des mouvements de flexibilité et de contrôle : la stérilisation vient s'inscrire dans le champ des droits reproductifs en devenant accessible à tous les citoyens, à condition qu'ils respectent les critères énoncés par la loi. Qui plus est, comme nous l'avons vu, la loi souffre de réinterprétations qui dépendent des conceptions morales et culturelles traversant les pratiques quotidiennes des professionnels de santé [Berquó, Cavenaghi, 2003].

Un autre élément qui attire notre attention sur la mise en tutelle du corps féminin est la nécessité d'obtenir le consentement explicite des deux époux pour effectuer la stérilisation féminine, tandis que, selon les témoignages des hommes interrogés durant notre étude, le consentement de la femme en cas de vasectomie n'est quasiment jamais exigé. Ainsi, la nécessité d'une autorisation du partenaire pour l'accès des femmes à la contraception définitive révèle la reconnaissance institutionnelle mais aussi le renforcement du pouvoir conjugal, la conjugalité étant alors clairement envisagée comme une relation asymétrique entre hommes et femmes. En d'autres termes, en nous appuyant sur les discussions menées par de célèbres auteurs français, on peut dire que l'exigence de cet ensemble de conditions est une manifestation de la domination masculine [Bajos, Ferrand, 2004 ; Bourdieu, 1998 ; Héritier, 1999].

Au travers du prisme de la stérilisation – masculine ou féminine – diverses questions apparaissent. On peut supposer que la stérilisation représente une stratégie pour stabiliser ou pour clôturer une trajectoire de contraception/reproduction. La stérilisation peut représenter une plus grande autonomie dans la sphère sexuelle, dans la mesure où elle permet d'envisager séparément reproduction et sexualité. En ce qui concerne les trajectoires des femmes, un tel découpage est le signe d'une libération sexuelle relative à la représentation des mouvements féministes [Barroso, 1984]. D'un autre côté, le recours à la stérilisation féminine peut être le reflet d'une morale plus « traditionnelle », précisément parce qu'elle constitue une méthode de contrôle de la fécondité qui se distingue de l'acte sexuel. À ce titre, notons que la stérilisation féminine est bien plus fréquente que la stérilisation masculine, bien que cette dernière soit beaucoup plus simple. De toute évidence, des éléments tels que la médicalisation historique du corps féminin et la naturalisation du travail reproductif sont ici combinés, faisant des femmes les agents par excellence du processus de reproduction, et les seules responsables de la régulation de la fertilité [Tabet, 1996].

Les questions autour de la contraception transcendent bien souvent les seules discussions sur le manque d'informations, les faiblesses du système de santé ou l'accès aux méthodes contraceptives, car la stérilisation n'est pas seulement une méthode de contraception [Dalsgaard, 2004]. Dans une société très inégalitaire, notamment au niveau social, économique et de genre, la stérilisation peut représenter une tentative de contrôle sur sa propre vie [Bateman-Novaes, 1982 ; Dalsgaard, 2004]. Compte tenu du déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes, ces dernières peuvent préférer une méthode « qui soit moins visible,

ou donnant plus de garanties et étant le moins possible tributaire de la coopération des hommes » [Barroso, 1984 : 174] ou des dispositifs complexes du système de santé [Faya Robles, 2009]. En ce sens, à divers moments et dans des contextes d'étude différents, un certain nombre d'auteurs [Bateman-Novaes, 1982 ; Barroso, 1984 ; Dalsgaard, 2004 ; Faya Robles, 2009] avancent l'argument selon lequel la stérilisation – inscrite dans le corps féminin – représente un changement identitaire et une autonomisation des femmes, au travers de la possibilité de se défaire des contraintes reproductives et de dominer un corps « naturel » qui « insiste pour procréer ». Il s'agit dès lors de mettre fin à un certain cycle de dépendance aux services de santé, de contrôler les incertitudes présentes dans leur quotidien – principalement dues aux conditions sociales dans lesquelles elles vivent (en termes économiques, sociaux et de rapports de genre).

Enfin, la question suivante demeure : peut-on penser la pratique de la stérilisation comme une forme de gestion des « risques » liés à la contraception et à la reproduction ? Les données qualitatives utilisées ici nous permettent de penser qu'au Brésil la contraception est perçue comme lourde et fatigante ; les femmes manifestent une volonté claire de se débarrasser de « la mise en esclavage par le contraceptif » ou de la surprise d'une nouvelle grossesse. La littérature sur la reproduction indique que le corps de la femme – de la même façon que les émotions, les appétits et les désirs charnels – est associé au domaine de la nature. Les corps des femmes sont alors perçus comme se trouvant dans un état de désordre latent, ou plutôt dans un état de reproduction latente [Martin, 1987 ; Tabet, 1996]. Dans ce cadre, la contraception permanente (qui porte les attributs de la « modernité », pour être médicalisée et artificielle) est considérée comme une manière de gérer quelque chose appartenant au domaine de la nature.

Si, en théorie, la reproduction humaine peut faire l'objet d'un contrôle, entraînant une certaine autonomie des femmes, dans la pratique, les conditions d'exercice de la contraception et les intentions présentes dans la relation affective et sexuelle entrent en conflit avec d'autres niveaux de négociation. Les pratiques contraceptives sont fortement liées à des jeux sexuels, affectifs et relationnels. La reproduction « naturelle » (par opposition aux nouvelles technologies de la reproduction) nécessite la participation de la sexualité génitale de deux personnes de sexe différent [Rouch, Bateman, 2008]. Il reste à savoir dans quelle mesure il est possible d'échapper à l'asymétrie entre les sexes dans le domaine de la reproduction. Dans ce cadre, dans quelle mesure est-il possible de parler d'autonomie des femmes ? La controverse, qui comporte de multiples dimensions, reste ouverte. Des questions telles que l'avortement, la contraception, la parentalité, la procréation assistée – pour n'en nommer que quelques-unes – font partie de ce débat encore en cours [Gautier, 2002 ; Rouch, Bateman, 2008].

Bibliographie

- ARIÈS P. [1986], *História social da criança e da família*, Rio de Janeiro, Guanabara, 279 p.
- BAJOS N., BOZON M. [2008], *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, 605 p.
- BAJOS N., FERRAND M. [2004], « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine ? », *Sciences sociales et santé*, vol. 22, n° 3, p. 117-140.
- BARONE M.A., JOHNSON C.H., LUICK M.A., TEUTONICO D.L., MAGNANI R.J. [2004], « Characteristics of men receiving vasectomies in the United States, 1998-1999 », *Perspectives on sexual and reproductive health*, vol. 36, n° 1, p. 27-33.
- BARROSO C. [1984], « Esterilização feminina : liberdade e opressão », *Revista de saúde pública*, São Paulo, n° 18, p. 170-180.
- BATEMAN-NOVAES S. [1982], « Corps fécondable, corps réfractaire ? », *Dialogue*, n° 76, p. 90-95.
- BATEMAN-NOVAES S. [1979-1980], « La grossesse accidentelle et la demande d'avortement », *L'Année sociologique*, n° 30, p. 219-241.
- BERQUÓ E. [1993], « Brasil, um caso exemplar – a anticoncepção e partos cirúrgicos à espera de uma ação exemplar », *Revista estudos feministas*, vol. 1, n° 2, p. 367-81.
- BERQUÓ E., CAVENAGHI S. [2003], « Direitos reprodutivos de mulheres e homens face à nova legislação brasileira sobre esterilização voluntária », *Cadernos de saúde pública*, vol. 19, n° 2, p. 441-453.
- BOURDIEU P. [1998], *La Domination masculine*, Paris, Seuil, 134 p.
- BOZON M. [2005], « L'évolution des scénarios de la vie reproductive des femmes au Brésil : médicalisation, genre et inégalités sociales », *Tiers Monde*, vol. 46, n° 182, p. 359-384.
- BOZON M. [2008], « Premier rapport sexuel, première relation : des passages attendus », in BOZON M., BAJOS N. (dir.), *Enquête sur la sexualité en France : pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte, p. 117-147.
- BOZON M., HEILBORN M.L. [2006], « Iniciação à sexualidade : modos de socialização, interações de gênero e trajetórias individuais », in HEILBORN M.L., AQUINO E.M.L., BOZON M., KNAUTH D.R. (dir.), *O aprendizado da sexualidade : reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*, Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 156-206.
- BRASIL [1996], « Lei n° 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7° do artigo 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências », *Diário oficial [da] república federativa do Brasil*, 15 janvier, Seção 1, p. 561-563.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE (M.S.) [2008], *PNDS 2006, Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher : relatório*, Brasília, 306 p.
- BROWN A.D., JEJEBHOY S.J., SHAH I., YOUNT K.M. [2001], « *Sexual relations among young people in developing countries : evidence from WHO case studies* », Genève, World health organization, n° 4, 64 p.
- BUMPASS L., THOMSON E., GODECKER A.L. [2000], « Women, men and contraceptive sterilization », *Fertility and sterility*, n° 73, p. 937-946.
- CABRAL C.S. [2003], « Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro », *Cadernos de saúde pública*, vol. 19, n° 2, p. 283-292.

- CABRAL C.S. [2011], « *Práticas contraceptivas e gestão da heterossexualidade : agência individual, contextos relacionais e gênero* », tese de doutorado em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 299 f.
- DALSGGAARD A.L. [2004], *Matters of life and longing female sterilisation in Northern Brazil*, Copenhagen, Museum Tusculanum Press, 254 p.
- FARIA V.E. [1989], « Políticas de governo e regulação da fecundidade : consequências não antecipadas e efeitos perversos », *Ciências sociais hoje*, São Paulo, p. 62-103.
- FAYA ROBLES A. [2009], « Lier ou ne pas lier. Choix contraceptif et stérilisation chez des femmes en milieu populaire urbains du Nord-est brésilien », *Autrepart*, n° 3, p. 57-73.
- FONSECA C. [2004], « A certeza que pariu a dúvida : paternidade e DNA », *Estudos feministas*, vol. 12, n° 2, p. 13-34.
- GALLAND O. [2009], *Les Jeunes*, Paris, La Découverte, 122 p.
- GAUTIER A. [2002], « Les politiques de planification familiale dans le pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politiques*, n° 47, p. 67-81.
- HEILBORN M.L., CABRAL C.S. [2006], « Parentalidade juvenil : transição condensada para a vida adulta », in CAMARANO A.A. (dir.), *Transição para a vida adulta ou vida adulta em transição ?*, Rio de Janeiro, IPEA, p. 225-255.
- HEILBORN M.L., AQUINO E.M.L., BOZON M., KNAUTH D.R. (dir.) [2006], *O aprendizado da sexualidade : reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros*, Rio de Janeiro, Fiocruz, 534 p.
- HEILBORN M.L., DA SILVA CABRAL C., REIS BRANDÃO E., FARO L., CORDEIRO F., LOPES AZIZE R. [2012], « Itinerários abortivos em contextos de clandestinidade na cidade do Rio de Janeiro – Brasil », *Ciência e saúde coletiva*, vol. 17, n° 7, p. 1699-1708.
- HÉRITIER F. [1999], « Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin », in BAULIEU E.E., HÉRITIER F., LERIDON H. (dir.), *Contraception : contrainte ou liberté ?*, Paris, Odile Jacob, p. 37-52.
- LUKER K. [1975], *Taking chances : abortion and the decision not to contracept*, California, university of California press, 207 p.
- MARTIN E. [1987], *The Woman in the body : a cultural analysis of reproduction*, Boston, Beacon press, 280 p.
- MARTINE G. [1996], « Brazil's fertility decline, 1965-95 : a fresh look at key factors », *Population and development review*, vol. 22, n° 1, p. 47-75.
- MONTEIRO M., ADESSE L. [2007], *Magnitude do aborto no Brasil : aspectos epidemiológicos e socioculturais*, Rio de Janeiro, IMS-UERJ, 8 p.
- NOVAES R.C.R., CARA D.T., SILVA D.M., PAPA F.C. et al. (dir.) [2006], *Política nacional de juventude : diretrizes e perspectivas*, São Paulo, Conselho nacional de juventude, 139 p.
- PAIS J.M. [1993], *Culturas juvenis*, Lisboa, Imprensa nacional, Casa da Moeda, 352 p.
- PERES S. [2003], « *Aborto e juventude : um horizonte de possibilidades diante da gravidez na adolescência* », tese de doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de medicina social, universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 278 p.
- ROUCH H., BATEMAN S. [2008], « Quel avenir pour la reproduction ? », in HAUDIQUET V., SURDUTS M., TENENBAUM N. (dir.), *Une conquête inachevée : le droit des femmes à disposer de leur corps*, Paris, Syllepse, p. 129-138.
- SCAVONE L. [1999], « Les paradoxes des droits reproductifs au Brésil : avortement et stérilisation féminine », *Cahiers du genre*, Paris, n° 25, p. 123-137.

- SCHALET A. [2004], « Must we fear adolescent sexuality ? », *Medscape general medicine*, vol. 6, n° 4, p. 1-22.
- SIMÕES C.C. [2006], *A transição da fecundidade no Brasil : análise de seus determinantes e novas questões demográficas*, São Paulo, Albeit Factory, 140 p.
- TABET P. [1996], « Natural fertility, forced reproduction », in LEONARD D., ADKINS L. (dir.), *Sex in question : french materialism feminism*, Londres, Taylor and Francis, p. 109-177.
- UNITED NATIONS [2014], *World contraceptive patterns 2013*, New York, UN-population division, Department of economic and social affairs.
- VIEIRA E.M. [1999], « Do women's attitudes towards abortion and contraceptive methods influence their option for sterilization ? », *Cadernos de saúde pública*, vol. 4, n° 15, p. 739-747.

Surrogacy from a reproductive rights perspective: the case of India

*Virginie Rozée Gomez**, *Sayed Unisa***

Political actions, mobilizations and claims regarding reproductive rights mainly focus on contraception, abortion, sexual violence, and maternal mortality. However, reproductive rights also cover the treatment and care of infertility, as the ICPD Program of Action states: “the aim should be to assist couples and individuals to achieve their reproductive goals and give them the full opportunity to exercise the right to have children by choice” [United Nations, 1994, paragraph 7.16]. Worldwide, when compared to other aspects of reproduction, there are fewer mobilizations and scientific studies which focus on infertility and related treatments as reproductive rights.

Infertility is a prevalent reproductive health problem. It is estimated that 80 million people worldwide are infertile, *i.e.* between 4% and 14% of people [Nachtigall, 2006]. Marcia Inhorn reported that, according to a global study based on 47 demographic and health surveys in low-resource countries, more than 186 million married women of reproductive age (15-49 years) were infertile [2009]. The global infertility problem may be due to late marriage, postponement of pregnancy, high prevalence of sexually transmitted infections, other infections, and consequences of childbirth or abortion in unsafe sanitary conditions [Nachtigall, 2006].

Since the 1980s, along with the medicalization of reproductive lives and bodies, advances in medicine have made possible to overcome the problems of infertility through assisted reproductive technologies (ART) and, in particular from the 1990s, through the use of donors (for sperm, oocyte or embryo donation) and surrogates. The political guidance and the medical practices in relation to ART vary from country to country. Some countries restrict conditions of access; others ban some ART techniques (especially oocyte donation and surrogacy); some proposed treatments benefit from state funding; in some other countries there are long

* Post-doctoral researcher, Institut National d'études démographiques (INED) and International institute for population sciences (IIPS).

** Professor, International institute for population sciences ; IIPS, Mumbai, India.

waiting lists to access fertility care. This diversity in a context of growing globalization creates a new social and medical phenomenon: cross-border reproductive care. Zeynep B. Gurtin and Marcia Inhorn [2011] reported four main reasons for couples seeking ART treatment in other countries: legal and religious prohibitions; resource considerations; quality and safety concerns; and personal preferences.

Cross-border reproductive care is visible all around the world: between the United Kingdom and Spain or the Czech Republic; between France, Spain, Belgium and Greece [Rozée, La Rochebrochard, 2013]; between Canada and the United States or Mexico; between countries of the Middle East, etc. [Gurtin, Inhorn, 2011]. It raises many questions about gender and “reproductive rights concerns”. Studies on cross-border reproductive care mainly focus on patients’ experiences and ethical issues; little is known about donors and surrogates involved in this globalized use of ART. Does ART help or harm women who are donors or surrogates, especially when they belong to disadvantaged areas? Whilst some scholars, such as Anne Donchin [2010], are concerned about the conditions of donors, especially donors from Eastern countries, the majority of the debates and controversies concern surrogacy and surrogates on the transnational scene.

There have been sporadic empirical and field studies since the 1980s-1990s on surrogacy as a medicalized practice: the ethnographic work of Helena Ragoné [1994] in the United States; the work of Eric Blyth [1994, 1995] and later the studies by Vasanti Jadva *et al.* and Fiona MacCallum *et al.* [2003] in the United Kingdom; the work by Elly Teman in Israel [2010] and by Geneviève Delaisi and Chantal Collard in the United States and Canada [2007]. These empirical studies reported that surrogacy appears as a positive experience both for surrogates and intended parents. They were, however, principally conducted in Northern and welfare countries. Today, the reality of surrogacy involves poor women of the global South providing babies for rich women, mainly from the global North.

There are also some gender and feminist studies on surrogacy which adopt a different perspective and analysis [Roman, 2012; Gupta, 2006]. Some works discuss the ethics and the morality of this practice [Ragoné, 1994]; others analyse it as a capitalist and patriarchal form of exploitation of women, perceiving women as living tools, as a bread oven, a compensated incubator, and drawing parallels with prostitution and slavery [Pfeffer, 2011; Agacinski, 2009; Corea, 1985]; some more recent studies focus on the impact of surrogacy on the cultural meanings of motherhood and kinship [Teman, 2010; Delaisi, Collard, 2007; Thompson, 2005; Kahn, 2000]. From these different works emerge different positions: one position clearly against surrogacy, explained by the social vulnerability of some women and/or the particular time of pregnancy; and another position which defends surrogacy arguing that allowing surrogacy will protect women/surrogates and that it is a phenomenon of mutual help between infertile women and voluntary women.

There is nevertheless a consensus regarding the risk of exploitation due to differences in social and economic status between surrogates and intended parents, especially when surrogates come from less advantaged countries, thus increasing

vulnerability. In addition, few studies are conducted in Southern countries which might help us grasping the possible risks and an analysing experiences by the protagonists themselves. Debates and issues are based only on “predictions” and “speculations” [Pande, 2010a], and do not refer to empirical data such as life-courses and real experiences.

It is important to collect the words and experiences of women engaged in the surrogacy process in Southern countries if we are to discuss the hypothesis of exploitation. Surrogacy may here act as a magnifying glass of Paola Tabet’s analysis [1998], which considered procreation as an instrumental function and as an economic technique that is controlled by men. Moving beyond this debate, it seems relevant here to adopt an alternative analytical perspective, the perspective of reproductive rights. We argue that surrogacy may influence the ways in which society views reproductive rights and enables them to be exercised. From this perspective, surrogacy may be a form of (patriarchal) alienation of women’s bodies and reproductive potential and performance, but also of a woman’s right to self-determination over her own (reproductive) body. Using empirical data and analysis from existing field studies, our aim is to analyse surrogacy via the lens of reproductive rights in India, which has become a special case of interest as an international leader with regard to surrogacy. Does the organization of surrogacy there offer a favourable environment for the exercise of reproductive rights?

Surrogacy in India

Infertility and motherhood

Infertility is considered as a prevalent medical problem in India. According to the Indian national family health survey in 2005, childlessness is estimated as affecting 2.4% of women over 40. According to a more recent survey, the prevalence of infertility in India affects 8.2 million people [Sharma, 2013]. Since the 1970s, experts have pointed to an increase in infertility in India as a result of women postponing childbearing [Unisa, 2010].

In India, as in the majority of countries, women are socially expected to become mothers and to ensure the descendance of the family. “Motherhood is central to the social construction of womanhood in India” [Sama-Resource group for women and health, 2008, p. 320]; all other women’s roles are subordinate [DasGupta, DasGupta, 2010]. In Indian culture, one of the objectives of life is also to transmit (genes) to the new generation, attaining immortality through reproduction [Sharma, 2013]. “Socially, the value accorded to biological parenthood within heterosexual marriage is far superior to the value accorded to voluntary childlessness, adoption or alternative family structures.” [Marwah, Sarojini, 2011, p. 105] Therefore, as in many other countries in the world, infertility in India has several negative consequences, especially for women: stigmatized marital instability, emotional harassment, low self-esteem [Unisa, 1999; Jejeebhoy, 1998]. “When the continuity of a pure bloodline is threatened, individuals are likely to lose out on

the incentives and since purity of bloodline is linked to women's sexuality and reproductive functions, they are the ones who face the greatest stigmatization, discrimination, trauma and exclusion due to their infertility" [Banerjee, 2012, p. 27].

This social pressure on women to bear children has enabled the rapid growth of the "ART industry in India" [Sama team, 2007, p. 2185], which has rapidly become an important lucrative market and business. However, availability and accessibility of medical techniques create important inequalities. Basic diagnostic facilities are not included in the government programs in India and the public health system does not offer adequate curative and counselling services for infertility. The majority of treatments occur therefore in the private sector, where quality and cost vary considerably. The majority of Indian couples, coming from lower socioeconomic classes, do not have access to ART facilities for having children because they can't afford expensive private services. For richer couples, there is no upper limit one can spend in pursuit of a baby. This has helped couples from other countries to avail themselves of infertility services from the private health care sector in India.

An international leader

As an important destination for "medical tourism" [Qadeer, Reddy, 2010], India has also progressively become an important destination in cross-border reproductive care, and especially as one of the current top international destinations for surrogacy. Recently, this practice has spread both locally and internationally, facilitated by the context of growing globalization. "India is the first country in the global South to have a flourishing industry in both national and transnational surrogacy." [Pande, 2011, p. 619] According to the National Commission for Women, there are in India around 3,000 clinics offering surrogacy to couples from America, Australia, Europe and elsewhere [Saravanan, 2010]. These clinics flourish in the big cities where there are all the necessary facilities – international airports, consulates, etc. Gujarat has become popular for surrogacy in India because of the success of one particular clinic and physician in Anand. In this context, depending on the clinics, surrogacy arrangements have more than doubled in recent times [Crozier, Martin, 2012].

Several reasons may explain why India became an international leader for surrogacy: the lower cost of surrogacy arrangements compared to other destinations like the United States; the high numbers of well-qualified physicians who studied in the most important universities in India, the United Kingdom or the United States; the important Indian diaspora all over the world who prefer to use surrogacy in their native home/family country or who fulfil a key information role; and the availability of English-speakers. Sharmila Rudrappa also cites the significant pool of reproductive workers: "the easy availability of working-class Indian women who form a compliant labour market in surrogate mothers has made India the 'mother destination'" [2012a, p. 77]. Surrogacy in India has also become

the theatre of scandals, featured in the Indian and international press, documentaries, and even movies. Given that there is no Indian law that governs the practice of surrogacy, feminist mobilizations have also taken place to highlight the possible exploitation of surrogates.

No existing law

Surrogacy is part of the legal policy on ART. Since 2005, there have been several guidelines for regulation and supervision of ART, successively drafted by the Indian Council of Medical Research (ICMR) and successively reviewed by the government (2005, 2008, and 2010). These documents are only guidelines which have no authority or control. They are not mandatory, and ART is therefore submitted to the ethics and judgment of the physicians and clinics.

Commercialized surrogacy has been permitted in India since 2002. The last ART Bill defined who is able to be a surrogate: a woman aged between 21 and 35, having her own children, with no more than 5 live babies (successful live births) over the course of her life, including her own children. It also defines the conditions of agreement between intended parent(s), surrogacy clinic and surrogate: traditional surrogacy (when the surrogate is also the oocyte donor) is no longer accepted; surrogates are to remain anonymous, *i.e.* their identity will never be advertised; and no more than three embryos shall be transferred.

Although surrogacy in India has become a burning issue, few studies have been carried out retracing the discourses and experiences of (foreign) intended parents and (Indian) surrogates, which would allow a better understanding of the entire process. Nevertheless, there are three interesting micro-reality studies that we will use here to analyse whether surrogacy may be understood and considered as a reproductive right: these are the fieldworks of Amrita Pande, Sheela Saravanan (both in Gujarat), and Sharmila Rudrappa (in Bangalore).

Main field-studies

Amrita Pande conducted a field study between 2006 and 2008 in Gujarat. She interviewed 42 surrogates, and their husbands or partners, 8 intended parents, 2 doctors, and 2 surrogacy brokers. She also carried out observations over nine months. Of the intended parents who had hired these 42 surrogates, 27 were foreigners, having no ties to India. Sheela Saravanan's study focused on two clinics, one in Anand and the other in Ahmadabad (Gujarat) in 2009. It draws its findings from participant observations and personal notes regarding 13 surrogates, 6 husbands, 5 intended parents and 5 doctors. Between March 2011 and January 2012 Sharmila Rudrappa undertook interviews with 70 surrogates and 31 egg donors in the southern city of Bangalore, and with intended parents from the United States and Australia.

For a complete picture of this area of research, we must also take account of other studies by women's organizations. The Centre of social research (CSR)

conducted a study with 100 surrogates and 50 intended parents and their families in three cities in Gujarat: Anand, Surat and Jamnagar. Sama, an Indian women's health organization, led an investigation at two sites (Delhi, where there is a profusion of ART clinics; and Punjab, for its links with the diaspora) between December 2011 and April 2012, interviewing 12 surrogates. Sama also made a documentary in Mumbai, entitled "Can we see the baby bump please?", presenting interviews with physicians, lawyers and surrogates [Sharma, 2013].

The studies on which this article is based give some empirical data on surrogacy in different Indian cities, with the objective of understanding the practice through the discourse of women. From these studies, we analyse the experiences of surrogacy from the perspective of reproductive rights. We focus on intended mothers, and particularly on surrogates who are the target population for evaluating reproductive rights. We consider two particular components of reproductive rights: free choice and decision-making power over their own bodies. Do women decide freely to become surrogates? What are their reasons and motivations? Do they make a decision over the surrogacy process in a free and informed way? What decision-making powers do they enjoy once they engage in surrogacy?

A free choice under constraints

One important component of reproductive rights is the ability to make free decisions concerning one's reproductive life and body without suffering violence and coercion. This mainly concerns the right to decide whether or not to have children, when, how and with whom, and the access and availability of contraception. The act of making one's body available for someone else may raise the same issues from the perspective of reproductive rights. This may emerge as the right to dispose of one's reproductive body to have (bear) a child – or not – even if this child is for other parents. Do women commit themselves in the surrogacy process freely or are they forced into doing so by authorities, men, or family?

The main studies in Western countries agree that money or financial motivation is not sufficient to understand the involvement of women in surrogacy. Eric Blyth concluded his study by observing that financial motivation cannot be isolated from personal altruistic reasons [1994]. As the title of his article indicates, surrogates declared that they wanted to be able to say "I've done something interesting with my life". In the study by Fiona MacCallum *et al.* [2003], 91% of surrogates declared having acted as they did in order to help a couple without children. Helena Ragoné's study [1994] reported three main reasons to become a surrogate in the United States: to help an infertile couple; to earn money staying at home; or because the women enjoyed being pregnant. In Elly Teman's research, surrogates entered into a surrogacy arrangement for financial reasons, but their motivations changed during the pregnancy [Teman, 2010]. In these studies, some surrogates even mention the concept of a "gift": the "ultimate gift of love" [Ragoné, 1994]; a "gift relation" [Teman, 2010].

Surrogacy in India happens in a different context. While in the United States, Israel, and United Kingdom, surrogates and intended parents come from more or less the same socioeconomic background, surrogacy protagonists (intended parents and surrogates) in India generally come from different social and financial environments.

Becoming a surrogate

In India, surrogates are usually recruited through word of mouth: they often have a friend, a family member or a neighbour who previously was or still is surrogate herself. Recruitment is also facilitated by formal and informal surrogacy brokers or agents, employed by the surrogacy clinics¹ to recruit “desperate mothers” [Pande, 2010a]. India has not escaped the global phenomenon of the feminization of poverty. Men are considered as the breadwinners of the family, but they are no longer able to meet alone the needs of the family. Henceforth, women have to work to supplement family income. The women who become surrogates are usually poor and have no career prospects; they are generally uneducated and get casual work; they are sometimes migrants, and they often live in slum areas. The husbands of surrogates are employed in informal or contract work, or not employed at all. Therefore, the main motivations of Indian women for becoming surrogates may be related to immediate needs, paying debts, or buying a house. Surrogacy may emerge as a “survival strategy” [Pande, 2010a, p. 972].

Nevertheless, the sample from the studies highlights that the majority of the women engaged in surrogacy were not among the poorest women in the area studied, and that they had employment before surrogacy. The “new opportunity” of surrogacy leading to higher income in comparison to their previous job lured them to accept it. With their low level of education and lack of employment prospects, they could not hope to find a better opportunity to earn money. Sharmila Rudrappa quotes Dr Nayma Patel, who runs a very famous surrogacy clinic in Anand: “[...] and at the end, when they want to buy a house or a piece of land for farming, we get them the best deal” (quoted in Brenhouse, 2010) [2012a, p. 86]. For physicians, surrogacy is an infertility treatment like any other which, moreover, helps women who are in need.

In Pande’s study, surrogates worked at home, in a school, on a farm, or in a store. Their education level ranged from illiterate to high-school level (one had a professional law degree) [2011; 2010b]. The average family income was about 60 USD per month. The amount earned for a surrogacy was the equivalent of five times the annual income of the family [Pande, 2011]. Sheela Saravanan observed that surrogates earn between two times and six times more with surrogacy than with their previous job [2010]. In Sama’s documentary, a surrogate explains that

1. Agents are generally previous surrogates, egg donors, or candidates who were not selected to be surrogates. They are paid by the number of surrogates they “recruit”.

she was working in a garment company where she was earning 7,000 INR (around 110 USD), while as a surrogate she will earn in one year at least 3,200 USD.

Sharmila Rudrappa argues that financial necessity as the motivation for agreeing to act as a surrogate is not justifiable as “many surrogates [she interviewed] were part of dual – or multiple – income households earning more than the average working-class woman in the city” [2012a]. Surrogacy is here described as being a better option than factory work (the same was observed by Sama-Resource group for women and health, 2012) because the working conditions are also better. Many of the surrogates were employed as garment workers before and after their surrogacy contract. Their working conditions were described in terms of sexual humiliation and instability. For them, becoming a surrogate means doing something bigger and more worthwhile. Although surrogates are aware of the exploitative nature of surrogacy, they described it as a more meaningful and creative option than factory work: “Garments? You wear your shirt a few months and you throw it away. But I make you a baby? You keep that for life. I have made something so much bigger than anything that I could ever make in the factory” (Statement of one surrogate interviewed by Sharmila Rudrappa [2012b, p. 27]). Surrogates here posited that surrogacy was a reproductive choice: in the past, the majority of them would have resorted to permanent sterilization after giving birth to their dependent children, *i.e.* “once they felt they had achieved their reproductive goals” [Rudrappa, 2012a, p. 91]. In the same way, the majority of surrogates from Rudrappa’s study had first sold their eggs before becoming surrogates.

Financial and gender constraints

Surrogacy may then appear for Indian women as “the last decent resort to earn money” [CSR, p. 29]. According to Anne Donchin [2010], becoming a prostitute or a surrogate as a better option than being unemployed does not mean that this is a decision taken freely. Although surrogates appear to be making a subjective free choice, without coercion and violence, to enter into the surrogacy process (even though the CSR study evokes pressure from husbands to undergo surrogacy), the fact that this commitment is objectively motivated by financial constraints raises questions about surrogacy as a free reproductive choice.

On the other hand, intended parents are under the same economic constraints. In Pande’s study some intended parents decided to use surrogacy in India not for financial reasons but to help vulnerable women [2011]. Here, the author observes the same arguments as those developed in other studies on international adoption. More generally, the choice of India by intended parents is determined by the cheaper cost of surrogacy, between 25 000 to 35 000 USD, while in the United States surrogacy is about 70 000-100 000 USD. Intended parents from the United States prefer to increase their chances of having a child by several attempts in India instead of spending the same amount of money on only one attempt in their home country.

Financial constraints hide other, more implicit, forms of constraint: gender constraints resulting result in an injunction to maternity for both intended mothers and surrogates. Across the world, infertility leads to real stigmatization, especially for women [Rozée, Mazuy, 2012] and may lead to domestic violence, marginalization and exclusion [Rozée, 2013; Inhorn 2009; Nachtigall, 2006]. “Childless women are more likely to be the victims of domestic violence, and may also endure various forms of verbal and emotional abuse perpetrated by their husband and husband’s family members” [Inhorn, 2009, p. 173]. Using surrogacy, intended parents, and mainly intended mothers, may escape these negative impacts of infertility and childlessness.

The motivations of surrogates are also subject to gender constraints. They need money to maintain their families, to contribute to their own family’s well-being. The decision to become a surrogate is generally made to fulfil their duties as mothers and wives, thus reproducing the gender stereotyped roles of women (as does all reproductive labour according to Debra Satz [1992]). The money is primarily intended for the education of their children [Pande, 2011], to enable them to go to private school “so that they would not be garment workers”. According to Sharmila Rudrappa, surrogacy is motivated by “anxieties about their future, rather than current basic needs” [Rudrappa, 2012a, p. 92].

Money will also serve for the marriage of daughters. In India, the dowry was abolished by the government in 1961. However, it is still practised and has spread to all classes and castes of Indian society.² The mothers are seen as responsible for their daughter’s marriage and they are stigmatized if their daughters remain single. Moreover, some surrogates interviewed in the documentary “Made in India”³ declared they wanted to find a “good husband” for their daughter, to contract a “good marriage” [Haimowitz, Vaishali, 2010] which may mean that she lives in better conditions, as both woman and wife. In Pande’s study, surrogates consider that it is God who gave them the gift to become surrogates and to provide for their family, to perform family duties and improve their daughters’ future [2011]. Here, they “deny choice by highlighting their economic desperation, by appealing to higher motivations, or by emphasizing the role of a higher power in making decisions for them” [2010a, p. 988].

Because of financial and gender constraints, surrogacy in India is often described by physicians, lawyers, intended parents, and by surrogates themselves as a “win-win situation”, and considered as “beneficial for all parties involved as the needs of two desperate women are met” [CSR, p. 16]. Intended parents go home with their child and surrogates go home with an amount that will allow them to take care of their children and husband. But, according to associations, “the freedom of the surrogate mother is an illusion [...]. The supposed benefits of surrogacy are created by a capitalist patriarchal society” [CSR, p. 9].

2. In India the amount of the dowry ranges between 400 USD and 65,000 USD.

3. Documentary on the experience of both an American infertile couple and an Indian surrogate.

Is it a free choice to engage one's reproductive body in surrogacy when one is forced to do so by economic background and gender pressure? Although surrogates are constrained by an external context, they nevertheless make decisions about their reproductive bodies and lives, without violence or coercion that protect them from poverty and stigma in relation to the maternal and family role assigned to them. Does this free choice lead to empowerment, as reproductive rights are supposed to? In making the choice of surrogacy, surrogates may improve their living conditions. Apart from the CSR study which observes no real changes in the lives of women after being surrogates, there are no other long-term studies that have observed possible improvements in the households of surrogates. Nevertheless, women may gain decision-making power at home as a result of earning money, with positive impacts on family and children [Lundberg, Pollak, 1996]. Regarding intended mothers, surrogacy will protect them from the stigma of childlessness, but at the same time underline the fact that women have to become mothers, that motherhood is an unconditional condition of womanhood. In the same way, surrogates make this reproductive choice mostly to be a "good/better" mother: in this sense, this is a choice of mothers and wives more than a choice of emancipated women.

Controlled and supervised (reproductive) freedom

Surrogacy is a stigmatized practice in India, especially for surrogates. Catholicism and Islam do not permit surrogacy, but Hinduism, the main religion in India, allows it. Surrogacy is also permitted by Buddhism [Benshushan, Schenker, 1997]. Yet, religion aside, there is a popular conception in India that becoming a surrogate means having sexual relations with a man other than one's husband or partner. In that sense, surrogacy may be compared to adultery, even prostitution, which is particularly condemned in Indian society, and therefore fuels the stigmatization of this activity. Some feminists do compare surrogacy with prostitution: surrogates sell reproductive capacities while prostitutes sell sexual capacities. Surrogacy is also likened to baby trading and abandonment.

Because of this "public imagination" [Pande, 2010a, p. 975], surrogacy is not accepted in India as work. Some feminists also argue that neither surrogacy (nor prostitution) is a professional activity. The French philosopher Sylviane Agacinski considers that the body is actually a working instrument, and that it is the services and products this body generates that are generally paid for, and not what this body is. She cites Emanuel Kant in stating that things have a price, and humans have a dignity (Sylviane Agacinski, cited in the French National academy of medicine report [Henrion, Bergoignan-Esper, 2009]). However, all authors who have studied surrogacy in India, as well as the majority of physicians and experts on surrogacy, agree in interpreting surrogacy as labour, a "gendered, exploitative and stigmatized labour, but labour nonetheless" [Marwah, Sarojini, 2011, p. 109].

Surrogacy as labour

According to Amrita Pande, surrogacy is a new kind of labour as it is an activity, a “capacity to produce and reproduce”, in order to earn money. She argues “by analysing surrogacy as a new form of labour, we can develop some knowledge of the complex realities of women’s experience. Further, by identifying commercial surrogacy as labour, susceptible to exploitation like other forms of labour, and by simultaneously recognizing the women as critical agents, we can deconstruct the image of the victim that is inevitably evoked whenever bodies of third-world women are in focus” [2010a, p. 972]. She uses the concept of “the dirty work” to define part of it. The dirty work represents all tasks and occupations that are likely to be perceived as degrading; physically disgusting; or offensive to moral conceptions (such as prostitution, topless dancing) [2010b]. This parallel between surrogacy and labour is also made by the surrogates themselves: those interviewed in Sama’s documentary and by Sharmila Rudrappa stated that they “convert pregnancy into a form of wage labour and the baby into a commodity” [2012a, p. 79].

Engaging in what they consider to be a new form of wage labour, surrogates develop certain strategies of resistance and valorisation of their work. “These women create a discourse about surrogacy that remediates the stigma attached to it, and they simultaneously resist the subordinate position to which women are assigned in dominant discourses” [Pande, 2010b, p. 294].

Amrita Pande analyses four specific strategies employed by surrogates that we examine here with the support of other studies. The first strategy is to create “moral boundaries”, that is a moral difference between surrogacy and sex work and between surrogacy and child abandonment. In this respect, surrogates also defend their husbands, who may appear to the community as “not men enough” because they cannot provide for their family and allow their wives to become pregnant for some other man [Pande, 2010b]. The second strategy is to highlight that it was the woman’s choice to become a surrogate, and to speak about surrogacy as a “team effort”, as a family decision and a strategy to improve the family’s living conditions [Pande, 2010b]. However, this second strategy from Pande’s study, may on the contrary represent an element of “unfreedom” because “her body and her reproductive capacities [are seen as] as belonging to the group rather than the individual woman” [DasGupta, DasGupta, 2010, p. 137].

The third strategy described by Amrita Pande is to deny disposability and create the narrative of “being special”. In this way, surrogates resist the commercial nature of the contract by constructing special and positive relationships with intended parents [Pande, 2011], even if these relations remain hierarchical. One surrogate interviewed by Sharmila Rudrappa, for example, declared that “she was etched forever in the minds of the intended parents who took those twins with them” [2012a, p. 93]. Thus, developing such strategies may strengthen the self-esteem of surrogates and may lead them to think that they will be rewarded in the next life for their good deeds (in accordance to Hinduism) [DasGupta,

DasGupta, 2010]. It can also be a way of negotiating with desperate childless couples/men/women and then grateful parents, and of asking for more or ongoing money. In “Made in India”, the surrogate finally asked for more money because she had twins and complications during childbirth [Haimowitz, Vaishali, 2010].

The last strategy outlined by Amrita Pande is to create distance and simultaneously make claims on the baby. In this sense, surrogates deny being only a “vessel”: the baby will be special because they are special, but it will not be theirs. As indicated in the title of Amrita Pande’s article [2009], surrogates declare that “it may be her eggs but it’s my blood”, meaning that they consider that they have an important role in the production of the child. Here, surrogates draw “parallels between the act of giving away the newborn and giving away one’s daughter at marriage” [Pande, 2010b, p. 309]. Just as a daughter is relinquished upon marriage, so too they will have to relinquish the newborn. Paradoxically, through these strategies, women appear more as “selfless mothers rather than as wage-earning workers” [2010, p. 985]. Similarly, Sharmila Rudrappa adds that many surrogates “believed they were modern citizens, participating in a medical revolution” [2012a, p. 95]. The same observations have been made in India (southern India in particular) regarding delivery in the medical institution perceived as “being modern” [Hancart Petitot, 2008].

If we consider engagement in surrogacy as an expression of reproductive rights, here exercise of such rights is clearly condemned by the negative way others look at it. Surrogate women who were interviewed in the studies cited counteract these stigmas with narrative and discursive strategies enhancing their engagement, synonymous with a certain form of subjective empowerment and self-esteem. They don’t see themselves as victims but as actors exercising free will. Nevertheless, this subjective empowerment may turn into objective subordination and domination.

A monitored and closed environment

A surrogacy agreement gives no decision-making power to the surrogate. Its contents is wholly decided and negotiated between the clinic and the intended parents, and clearly indicates the decision-making powers of physicians and intended parents during the entire surrogacy process. No negotiation and no discussion are possible from surrogates regarding the contract [Sama-Resource group for women and health, 2012; Qadeer, John, 2009]. “The surrogacy contract ensures that the decisions related to pregnancy are made by the intended parents or physicians” [Saravanan, 2010, p. 27]. Surrogates, unilaterally chosen by intended parents (unlike in the United Kingdom, for instance), are not allowed to make any decisions on the pregnancy, including abortion or when/where to relinquish the newborn; and have to relinquish all parental rights over the child. The birth certificate will bear only the name(s) of the intended parents. “It is interesting to note that the decision when to hand the child over was made by the commissioning parents [*i.e.* intended parents] or the clinic authorities while the surrogate mother

hardly had any say in this regard” [CSR, p. 72]. Moreover, in the studies considered here, the majority of the surrogates didn’t receive a copy of the agreement.

During the whole surrogacy process and until the act of relinquishment, surrogates are under the supervision of someone. First of all, if surrogates are married, the consent and signature of their husband is required, which creates a first form of dependence and domination of their reproductive body: women cannot opt for surrogacy if their partner refuses. Intended parents have then to choose a local guardian to be responsible for the surrogate during pregnancy. At the same time, during the entirety of the surrogacy process, from before pregnancy until delivery, they are under the supervision of physicians or a medical team.

Surrogates are “not consulted about their place of stay, the medical procedures and the compensation appropriate for this service” [Saravanan, 2010, p. 27]. Indeed, during the surrogacy process, the majority of surrogates stayed in special houses, rented by the clinic. In cases where surrogates go home during the pregnancy, then they are paid less [Saravanan, 2010]. “Here, we just sleep and eat” repeat the surrogates interviewed in Sama’s documentary. They are not allowed to go out, but their family can come and visit them. Limiting women’s movement and behaviour and putting the woman’s body under permanent supervision may appear as a concrete manifestation of control, as is the fact that there is no separation between work and home [Pande, 2010a]. The constant supervision exercised by medical staff highlights a clear bio-power over both women and women’s bodies.

The stay of surrogates in special houses is analysed as a way to perform “perfect mothers” [Pande, 2010a], given that during the stay they have English and computer lessons, prayer sessions, etc. It is also justified by agents and physicians as being a way to escape stigmatisation and also to protect surrogates from outside eyes. Here, Amrita Pande observes a perverse effect of this permanent and controlled stay: surrogates develop resistance within the physical space of the enclosure: “the gendered space of the surrogacy hostel becomes an avenue for resistance” [2010, p. 985], creating strong emotional ties and an important bond between surrogates, as has been observed in other closed and controlled environments [Goffman, 1961]. We can observe some of these strategies in the Sama documentary: surrogates interviewed in their closed dormitory together evoke mockingly and very critically the requirements of some parents during their pregnancy, such as listening to religious songs every day.

Keeping women in a confined space, away from their home and daily life, aims to optimize the performance of the reproductive body, to improve the success of the pregnancy and the chances of having a healthy baby. The priority is given to the (unborn) child. “The well-being of the baby takes precedence over her health and the pregnant woman becomes the property of the medical practitioners and the intended parents and subject to their monitoring and control” [Saravanan, 2010, p. 27]. Surrogate women in the process become a productive/reproductive machine. There is here a permanent pressure of performance. Some surrogates claim that they get a financial bonus (around 160 USD) if the newborn has a

“good weight”, *i.e.* around 4 kg; to reach this objective, they force themselves to eat many dry cookies [Sharma, 2013].

On the other hand, this permanent control may be a way to avoid medical complications. In India, there is still a high rate of maternal mortality (301 women died for every 100 000 live births between 2001 and 2003). Even if there is a clear progression of the medicalization of pregnancy [Chasles, 2009], the majority of maternal mortalities happen because of the lack of medical control and follow-up by medical infrastructure and services. Fewer than 40% of deliveries happen in medical centres [NFSH India, 2005-2006]. Maternal mortality is mainly due to indirect causes: lack of access to contraceptive services and structures practising abortion, rare access to care, under-utilization of health services, and the lack of facilities, personnel, medical equipment and medicines. There are also direct causes of maternal mortality such as haemorrhage, infection, toxæmia, eclampsia, and bleeding [Hancart Petitet, 2005]. These complications may happen in surrogate pregnancies as in all ordinary pregnancies. But indirect causes are here avoided because women’s bodies are permanently monitored.

Medical risks are thus minimized, but at the same time some practices and decisions increase medical risks. In this respect, the medicalization of healthy bodies with important treatments before and after the embryo transfer is often criticized by women’s organizations. Moreover, the number of embryos generally transferred is about three to four, increasing the rate of multiple pregnancy. According to Saravanan’s observations, many surrogates have a twin pregnancy. Some international physicians argue that multiple pregnancies are unsafe for women and unborn children. Sharmila Rudrappa and Sheela Saravanan also mention a high rate of caesareans among surrogates “in order to conform to the scheduling needs of potential parents” [Rudrappa, 2012b]. Demand for caesarean sections is not specific to surrogacy in India: there are also demands for caesarean sections for ordinary pregnancies for astrological reasons, *i.e.* to give birth to the child in a “good” astral sky [Hancart Petitet, 2008].

According to Saravanan, because of the permanent domination and control of surrogates there is no decision-making during the surrogacy process: “The asymmetric power relationship within surrogacy hardly gives decision-making power to GMs ‘gestational mothers’, *i.e.* surrogates, as compared to the intended parents and medical practitioners” [2010, p. 28]. It is however important here to highlight that medical domination is not specific to surrogacy: in India, as elsewhere, medical power is generally exercised over the economically disadvantaged and socially marginalized people [Cohen, 2008].

Conclusion

20 years after the Cairo conference, reproductive rights still pertain to a person’s ability to choose when, with whom, and how many children to have, but do not include the ability to produce [Rudrappa, 2012a; Inhorn, 2009].

Surrogacy represents an interesting field for studying reproductive rights and it is under-analysed through the discourse and experience of women themselves. Regarding intended parents, especially intended mothers, surrogacy as a medicalized practice, has made it possible to overcome the problems of infertility. The surrogacy option may be analysed as a reproductive right because it allows women to conceive a child and at the same time to escape possible discrimination associated with childlessness. In the case of India, surrogacy, as all other infertility treatments, is legal and mainly available in the private sector. The majority of Indian women do not have access to ART because of its high cost. In this perspective, the inaccessibility of ART can be seen as a human rights violation. However, it creates and develops a real fertility “market” and business, which mainly captures foreign women, men and couples. Surrogacy also allows gay couples or single men to have a child: adoption is generally difficult, even forbidden, for them and surrogacy is the only medical way they can conceive a child. It therefore leads to more equality in reproductive rights.⁴ But what is the counterpart [Sarojini, Marwah, Sheno, 2011]? It seems that the reproductive rights of some encroach on the reproductive rights of others.

All the elements are in place to consider surrogacy as a reproductive right in India. Women engage in surrogacy without coercion or violence, in order to improve their living conditions (material and also spiritual). As Amrita Pande reported, the “rhetoric of ‘gift’, ‘sisterhood’ and ‘mission’, popular in the USA and in Israel, is evoked in the Indian context” [2011, p. 624]. However, women’s autonomy of reproductive availability and free decisions over their reproductive bodies are subordinated to socioeconomic and gender conditions. They become surrogates by necessity, even if this is not the only reason and motivation. Is this a limitation of the exercise of reproductive rights? The answer mainly lies in the way surrogacy is organized. Surrogates are permanently under control and domination. They may have entered freely in the surrogacy process, but once the agreement is signed, they remain without decision-making power, and without autonomy as women, as reproductive performers, and as workers. According to Sheela Saravanan [2010], three main characteristics describe surrogacy in India: inertia, denial of subjectivity, and submission, which are not compatible with how reproductive rights are defined and recognised. According to Jyotsna A. Gupta: “one’s privileges in the world-system are always linked to another woman’s oppression or exploitation” [2006, p. 34].

The risk of exploitation is real in India. But is it exploitation of women as reproductive subjects and bodies, or as workers? Conditions for surrogates as workers may be similar to labour conditions for other workers in India and elsewhere. As for those working in garment factories or as housemaids, their bodies are constantly under pressure, control, and sometimes domination by employers. Sharmila Rudrappa explains here that “justice in transnational surrogacy cannot

4. In India, however, the Supreme Court has just reinstated the ban on homosexuality (December 2013).

be adequately addressed under the rubric of reproductive rights” but under “the workers’ rights of surrogate mothers” [Rudrappa, 2012a, p. 96]. Should surrogacy be understood and configured as a reproductive right or as a labour right?

One thing appears clearly in studies on surrogacy in India: there is no sense in discussing morality, nor seeking to ban surrogacy, as it has become a reality. “A ban on commercial surrogacy may be neither desirable nor effective” [Marwah, Sarojini, 2011, p. 109] because it would create a black market and therefore more exploitation. According to an opinion survey from the ministry of Health and Family welfare [Sharma R.S., 2013], the majority of people interviewed agreed with commercial surrogacy (more than 90%). Nevertheless, women’s organizations seek to diminish the power of the clinics and physicians and to give more decision-making power and autonomy to surrogates as women and workers. Surrogacy in India might lead to empowerment for women if their reproductive and labour rights are respected. According to scholars such as Imrana Qadeer and Mary John, surrogacy should be an opportunity to question “patriarchal norms of the family and the stigmatization of infertility” [2009, p. 12]. Exploring its gender and socioeconomic impacts requires further, deeper and longer-term studies.

Bibliography

- AGACINSKI S. [2009], *Corps en miettes*, Paris, Flammarion, 138 p.
- BANERJEE S. [2012], “Emergence of the ‘surrogacy industry’”, *Economic and political weekly*, vol. 47, n° 11, p. 27-29.
- BENSHUSHAN A., SCHENKER J.G. [1997], “Legitimizing surrogacy in Israel”, *Human reproduction*, vol. 12, n° 8, p. 1832-1834.
- BLYTH E. [1994], “I wanted to be interesting. I wanted to be able to say ‘I’ve done something interesting with my life’: interviews with surrogate mothers in Britain”, *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 12, n° 3, p. 189-198.
- BLYTH E. [1995], “‘Not a primrose path’: commissioning parents’ experiences of surrogacy arrangements in Britain”, *Journal of reproductive and infant psychology*, vol. 13, n° 3-4, p. 185-196.
- CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH (CSR) [n.d.], “Surrogate motherhood – ethical or commercial”, *Surrogacy online report*, Delhi, 88 p.: <http://www.womenleadership.in/Csr/SurrogacyReport.pdf> (last accessed 22 February 2013).
- CHASLES V. [2009], « Inégalités de genre et restrictions spatiales. L’exemple du recours aux soins des femmes en Inde rurale », *Sciences sociales et santé*, vol. 27, n° 2, p. 37-45.
- COHEN P. (ed.) [2008], *Figures contemporaines de la santé en Inde*, Paris, L’Harmattan, 291 p.
- COREA G. [1985], *The Mother Machine: reproductive technologies from artificial insemination to artificial wombs*, New York, Harper and Row, 374 p.
- CROZIER G.K., MARTIN D. [2012], “How to address the ethics of reproductive travel to developing countries: a comparison of national self-sufficiency and regulated market approaches”, *Developing world bioethics*, vol. 12, n° 1, p. 45-54.

- DASGUPTA S. [2010], "Motherhood jeopardized: reproductive technologies in Indian communities", in CHAVKIN W., MAHER J.-M. (dir.), *The globalization of motherhood. Deconstructions and reconstructions of biology and care*, London, Routledge, p. 131-153.
- DELAISI DE PARSEVAL G., COLLARD C. [2007], « La gestation pour autrui. Un bricolage des représentations de la paternité et de la maternité euro-américaine », *L'Homme*, n° 183, p. 29-54.
- DONCHIN A. [2010], "Reproductive tourism and the quest for global gender justice", *Bioethics*, vol. 24, n° 7, p. 323-332.
- GOFFMAN E. [1961], *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*, New York, Anchor Books-Doubleday, 386 p.
- GUPTA J.A. [2006], "Towards transnational feminisms: some reflections and concerns in relation to the globalization of reproductive technologies", *European journal of women's studies*, vol. 13, n° 1, p. 23-38.
- GURTIN Z.B., INHORN M.C. [2011], "Introduction: travelling for conception and the global assisted reproduction market", *Reproductive biomedicine online*, vol. 23, n° 5, p. 535-537.
- HAIMOWITZ R., VAISHALI S. (dir.) [2010], *Made in India*, 2nd flashpoint human rights film festival, LLC, 97 min.
- HANCART PETITET P. [2005], « Mortalité maternelle au Ladakh: de la santé publique à l'anthropologie », in PORDIE L. (dir.), *Panser le monde, penser les médecines. Traditions et développement sanitaire*, Paris, Karthala, p. 123-143.
- HANCART PETITET P. [2008], *Maternités en Inde du Sud (des savoirs autour de la naissance au temps du sida)*, Paris, Edilivre, 448 p.
- HENRION R., BERGOIGNAN-ESPER C. [2009], « La Gestation pour autrui », *Rapport*, Paris, Académie nationale de médecine, 32 p.
- INHORN M.C. [2009], "Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries", *International journal of gynecology and obstetrics*, vol. 106, n° 2, p. 172-174.
- JADVA V., MURRAY C., LYCETT E., MACCALLUM F., GOLOMBOK S. [2003], "Surrogacy: the experiences of surrogate mothers", *Human reproduction*, vol. 18, n° 10, p. 2196-2204.
- JEJEBHOY S.J. [1998], "Infertility in India – levels, patterns and consequences: priorities for social science research", *The journal of family welfare*, Family Planning Association of India (FPAI), vol. 44, n° 2, p. 15-24.
- KAHN S.M. [2000], *Reproducing Jews: a cultural account of assisted conception in Israel*, Durham, Duke University Press, 240 p.
- LUNDBERG S., POLLAK R.A. [1996], "Bargaining and distribution in marriage", *Journal of economic perspectives*, vol. 10, n° 4, p. 139-158.
- MACCALLUM F., LYCETT E., MURRAY C., JADVA V., GOLOMBOK S. [2003], "Surrogacy: the experience of commissioning couples", *Human reproduction*, vol. 18, n° 6, p. 1334-1342.
- MARWAH V., SAROJINI N. [2011], "Reinventing reproduction, re-conceiving challenges: an examination of assisted reproductive technologies in India", *Economic and political weekly*, vol. 46, n° 43, p. 104-111.
- NACHTIGALL R.D. [2006], "International disparities in access to infertility services", *Fertility and sterility*, vol. 85, n° 4, p. 871-875.

- NATIONAL FAMILY HEALTH SURVEY (NFHS-3) [2007], *INDIA 2005-2006 (vol. 1)*, International institute for population sciences, Mumbai, Ministry of health and family welfare, Government of India, 47 p.
- PANDE A. [2009], "It may be her eggs but it's my blood: surrogates and everyday forms of kinship in India", *Qualitative sociology*, n° 32, p. 379-397.
- PANDE A. [2010a] "Commercial surrogacy in India: manufacturing a perfect mother-worker", *Signs*, vol. 35, n° 4, p. 969-992.
- PANDE A. [2010b], "At least I am not sleeping with anyone': resisting the stigma of commercial surrogacy in India", *Feminist studies*, vol. 36, n° 2, p. 292-314.
- PANDE A. [2011], "Transnational commercial surrogacy in India: gifts for global sisters?", *Reproductive biomedicine online*, n° 23, p. 618-625.
- PFEFFER N. [2011], "Eggs-ploiting women: a critical feminist analysis of the different principles in transplant and fertility tourism", *Reproductive biomedicine online*, n° 23, p. 634-641.
- QADEER I., JOHN M.E. [2009], "The business and ethics of surrogacy", *Economic and political weekly*, vol. 44, n° 2, p. 10-12.
- QADEER I., REDDY S. [2010], "Medical tourism in India: progress or predicament?", *Economic and political weekly*, vol. 45, n° 20, p. 69-75.
- RAGONÉ H. [1994], *Surrogate Motherhood: Conception in the Heart*, Oxford, Westview Press, 215 p.
- ROMAN D. [2012], « La gestation pour autrui, un débat féministe? », *Travail, genre et sociétés*, vol. 2, n° 28, p. 191-197.
- ROZÉE V. [2013], « Les nouvelles techniques de reproduction en Méditerranée: vers un nouveau genre procréatif? », in CHEVALLIER D., BOZON M., PERROT M., ROCHEFORT F. (eds), *Le Bazar du genre. Féminin masculin en méditerranée*, Marseille, MuCEM, p. 70-73.
- ROZÉE V., DE LA ROCHEBROCHARD E. [2013], "Cross-border reproductive care among French patients: experiences in Greece, Spain and Belgium", *Human reproduction*, vol. 28, n° 11, p. 3103-3110.
- ROZÉE V., MAZUY M. [2012], « L'infertilité dans les couples hétérosexuels: genre et "gestion" de l'échec », *Sciences sociales et santé*, vol. 30, n° 4, p. 5-29.
- RUDRAPPA S. [2012a], "Working India's reproduction assembly line: surrogacy and reproductive rights", *Western humanities review*, vol. 66, n° 3, p. 77-101.
- RUDRAPPA S. [2012b], "India's reproductive assembly line", *Contexts*, vol. 11, n° 22, p. 23-27.
- SAMA-RESOURCE GROUP FOR WOMEN AND HEALTH [2008], "Assisted reproductive technologies: autonomy or subjugation? A case study from India", *Women's studies international forum*, n° 31, p. 319-325.
- SAMA-RESOURCE GROUP FOR WOMEN AND HEALTH [2012], *Birthing a market: a study on commercial surrogacy*, New Delhi, Impulsive creations, 156 pp.
- SAMA TEAM [2007], "Assisted reproductive technologies in India: implications for women", *Economic and political weekly*, vol. 42, n° 23, p. 2184-2189.
- SARAVANAN S. [2010], "Transnational surrogacy and objectification of gestational mothers", *Economic and political weekly*, vol. 45, n° 16, p. 26-29.
- SAROJINI N., MARWAH V., SHENOI A. [2011], "Globalisation of birth markets: a case study of assisted reproductive technologies in India", *Globalization and health*, vol. 7, n° 27, 9 p.
- SATZ D. [1992], "Markets in women's reproductive labour", *Philosophy and public affairs*, vol. 21, n° 2, p. 107-131.

- SHARMA R.S. [2013], *Aspects légaux, médicaux éthiques et sociaux de la gestation pour autrui ou substitution : un scénario indien*, Table ronde "Gestation pour autrui, réglementation et pratique. Regards croisés France/Inde", Commission Inde, Paris, 5 April.
- SHARMA S. (dir.) [2013], *Can we see the baby bump please?* SAMA-Resource group for women and health, India, Magic lantern movies LLP, English/Hindi, 49 minutes.
- TABET P. [1998], *La Construction sociale de l'inégalité des sexes. Des outils et des corps*, Paris, L'Harmattan, 206 p.
- TEMAN E. [2010], *Birthing a mother: the surrogate body and the pregnant self*, Oakland, University of California Press, 362 p.
- THOMPSON C. [2005], *Making parents: the ontological choreography of reproductive technologies*, Cambridge, MIT Press, 380 p.
- UNISA S. [1999], "Childlessness in Andhra Pradesh, India: treatment-seeking and consequences", *Reproductive health matters*, vol. 7, n° 13, p. 54-64.
- UNISA S. [2010], "Infertility and treatment seeking in India: findings from district level household survey", *Facts views & vision in obgyn: issues on obstetrics, gynaecology and reproductive health (monograph)*, European society of human reproduction and embryology, Belgium.

Notes de lecture

« Avec une touche d'équité de genre... » :
Les politiques publiques dans les champs de la santé et du développement au Yucatán
Arlette GAUTIER, Marie-France LABRECQUE,
Presses de l'université de Laval, 2013, 359 p.

Synthèse d'une recherche en sociodémographie et d'une autre en anthropologie, l'ouvrage d'Arlette Gautier et Marie-France Labrecque propose une analyse nuancée d'une problématique à la fois très actuelle et relativement peu élaborée dans les travaux existants. Il s'agit de la circulation des normes en matière d'égalité entre les sexes diffusées par des organismes internationaux depuis plusieurs décennies, voire de leurs retombées dues à la transposition dans des répertoires nationaux juridiques et d'action publique. Adaptées sous forme de lois, politiques et programmes gouvernementaux, les mesures formulées notamment au niveau onusien sont intégrées dans des contextes socio-économiques spécifiques, elles s'inscrivent dans des histoires nationales de luttes pour les droits des femmes et elles sont aussi appropriées via des expériences sociales situées, finissant par intervenir dans la construction de nouveaux « ordres de genre » tout aussi bien que de nouvelles subjectivités individuelles.

Pour répondre à la question des effets localisés des répertoires globaux sur le genre, les deux chercheuses ont mené en 2004-2005 des enquêtes de terrain à Yucatán, un des 32 États composant le Mexique. Ce choix ne se justifie pas uniquement par leur familiarité de longue date avec ce terrain, mais aussi par des éléments historiques, sociopolitiques et économiques propres au pays : anciennement colonisé et devenu indépendant en 1821, le Mexique a

connu de longues périodes d'instabilité ainsi qu'une révolution, pour mener par la suite des politiques originales et devenir, après une grave crise économique, un « élève modèle du néolibéralisme » (p. 29) – donc un terrain de prédilection pour l'importation des normes internationales ; par ailleurs, en tant qu'État fédéral, il permet d'analyser les contrastes entre les programmes nationaux et leurs versions régionales. Le Yucatán, enfin, qui concentre une importante population autochtone (*maya*), fait partie des zones en situation de « marginalité » économique tout en étant une « région mondialisée » grâce au nombre important d'entreprises fonctionnant selon un régime de libre-échange (*maquiladoras*, qui emploient une majorité de femmes). Ce terrain se prête donc parfaitement à une analyse des formes et modalités de la gouvernance globalisée du genre, que les auteures développent en s'appuyant sur l'économie politique, d'une part, et sur la pensée féministe d'orientation postcoloniale et intersectionnelle, de l'autre.

Le livre s'ouvre par un chapitre retraçant l'émergence des politiques internationales d'équité et égalité de genre et leurs rapports avec les agendas néolibéraux. Il est suivi par la présentation synthétique de l'histoire sociopolitique et économique mexicaine, qui permet de situer les politiques publiques contemporaines d'inspiration internationale par rapport aux traditions nationales et régionales yucatèques. La première partie de l'ouvrage introduit aussi une problématique d'inspiration constructiviste et des concepts et notions analytiques tels que « régime (local/mondial) de genre », « ordre (local) de genre », « égalité/équité de genre », « effets de genre ». Le corps du travail porte sur plusieurs programmes rattachés à deux secteurs

d'action publique dont il s'agit de mesurer le degré et les modalités d'intégration des normes internationales sur le genre : des politiques de santé (II^e partie), respectivement des politiques anti-pauvreté et de développement (III^e partie).

La partie consacrée aux politiques de santé présente les résultats d'un travail quantitatif portant sur un échantillon représentatif de la population du Yucatán, complétée par une étude qualitative du système de santé. L'étude des politiques de développement s'appuie sur une enquête combinant ethnographie institutionnelle et analyse documentaire (textes officiels, budgets et rapports) avec l'examen approfondi d'un programme alimenté par des supports fédéraux et régionaux. Des récits de vie recueillis auprès de femmes bénéficiaires restituent, enfin, le vécu subjectif et les pratiques rattachés à ces programmes. À part la pluridisciplinarité et le croisement de deux enquêtes contrastées¹, l'originalité de la démarche consiste à aborder simultanément le contenu des lois et programmes d'action publique et leur mise en œuvre, tout comme la réception par les populations cibles. La variation systématique des échelles d'observation et d'analyse et les sources diversifiées permettent aux auteures de révéler les ambiguïtés des politiques publiques ciblant les femmes et les tensions liées à leur diffusion multiscalaire. Dans un contexte traversé par des logiques à la fois locales et globalisées, ces politiques sont un support d'innovation sociale, car elles ouvrent de nouveaux espaces d'action et des possibilités pour refaçonner les identités de genre ; cependant, elles font aussi l'objet de résistances de la part des acteurs composant la chaîne de la décision publique tout aussi bien que des bénéficiaires, ce qui entraîne de nombreuses distorsions.

L'ouvrage brosse un tableau nuancé des effets de la globalisation économique et normative

et il restitue aussi en toile de fond les formes historiques successives des programmes mexicains adressés aux femmes depuis les années 1970-1980. Il retrace de la sorte le processus de cristallisation de modalités et d'espaces de socialisation (y compris politique) qui ont fourni à certaines femmes des moyens pour apprendre l'initiative économique et la liberté individuelle – ce qui correspond à un déplacement partiel de l'« ordre local de genre » (chapitre IX, notamment). Cet ordre évolue donc par suite de l'adaptation des normes internationales, bien que le travail du personnel en charge de leur traduction et de leur application peut véhiculer des stéréotypes et des réflexes de domination culturelle ou de genre, tandis que les représentations portées par les fonctionnaires responsables de la mise en œuvre tout aussi bien que par les bénéficiaires des programmes peuvent être en tension avec les normes égalitaires. Les deux exemples suivants en témoignent. Des savoir-faire traditionnels liés au corps et à la santé des femmes sont « déjugés » et évacués par des pratiques médicales d'inspiration occidentale, diffusées sous couvert de promotion des droits reproductifs. Les programmes gouvernementaux d'aide aux « femmes paysannes autochtones » gommant la diversité des expériences de ces dernières et ciblent les groupes de bénéficiaires comme s'ils étaient homogènes – d'où leur caractère performatif et l'effet de susciter des identifications stratégiques visant notamment l'accès aux ressources dispensées.

Prenant une position engagée, les auteures critiquent la « transversalisation » dépolitisée du genre promue par quelques-uns des programmes étudiés. Elles recommandent que les organisations recourent à une interrogation systématique des rapports structurels de pouvoir et que les politiques publiques s'ouvrent aux perspectives des groupes dominés

1. Un effort considérable a été nécessaire aux auteures pour harmoniser leurs instruments et leurs données de natures différentes, ce dont témoigne l'écart temporel entre la réalisation des enquêtes et la restitution des résultats. En effet, si les questionnements au cœur des deux recherches individuelles sont similaires, leur complémentarité est patiemment construite dans un ample sous-chapitre méthodologique (I.3.3) dont il faut souligner la dimension pédagogique ; relevons en ce sens aussi l'appel systématique à des revues problématisées de littérature, tout comme l'usage systématique d'extraits de documents iconographiques, de tableaux quantitatifs, de fragments d'entretien et de récits de vie.

(femmes des milieux populaires, autochtones, féministes). Selon elles, en absence de tels changements, les inégalités sont perpétuées sous couvert de politiques progressistes et les femmes sont assujetties sous couvert d'émancipation. Enfin, cette analyse bien dense et très structurée aurait profité d'une intégration plus systématique de références en provenance de la sociologie politique de l'action publique et peut-être aussi de quelques renvois comparatifs à des recherches qui ont abordé dans une optique similaire d'autres cas nationaux et d'autres secteurs d'action publique. En même temps, grâce à sa richesse, l'ouvrage invite précisément à la comparaison et offre de la matière pour approfondir la réflexion théorique sur les circulations « multi-niveaux » des normes de genre à l'âge de la globalisation.

Ioana Cîrstocea, CNRS, SAGE Strasbourg

De la population au genre. Philanthropie, ONG et biopolitiques dans la globalisation

Mathieu CAULIER, Paris, L'Harmattan, collection anthropologie critique, 192 p.

Mathieu Caulier s'intéresse à la promotion des normes de l'action étatique par les États-Unis, notamment à celles encadrant les biopolitiques et les rapports sociaux de sexe. Pour ce faire, il commence par étudier les politiques eugénistes, qui visaient la « qualité » des populations. Il s'intéresse ensuite aux biopolitiques qui cherchent à contrôler la population d'un point de vue quantitatif et sont fondées sur des thèses néomalthusiennes déjà fort bien étudiées par de nombreux auteurs, dont Hartman (1995) et Connelly (2008). Ces biopolitiques ont été préconisées par des ONG et fondations qui ont réussi à convertir le gouvernement des États-Unis, au départ très réticent, à leurs inquiétudes démographiques. L'auteur s'intéresse ensuite à la prise de pouvoir par des féministes au sein de ces institutions, laquelle a permis une « révolution » et notamment la reconnaissance du Programme d'action du Caire en 1994 qui promeut le contrôle de leur corps par les femmes. Enfin, M. Caulier s'intéresse aux ONG de santé

reproductive de la ville de Mexico, lesquelles travaillent prioritairement avec d'anciennes organisations antinatalistes reconverties dans la production de services de santé reproductive (p. 127). Ces organisations auraient transformé le féminisme en ONG puis en petites entreprises recherchant des financements (p. 131-132).

Les références théoriques de l'ouvrage sont doubles : Foucault pour les concepts de gouvernementalité, de population et de biopolitiques ; Bourdieu pour l'analyse des intérêts cachés derrière les discours militants, soit deux auteurs pour lesquels l'horizon de la domination est indépassable. Sa méthodologie relève de l'analyse prosopographique : l'auteur suit les militantes à travers leurs trajectoires et leurs rencontres. Ses sources sont essentiellement des ouvrages de seconde main, uniquement américains pour les deux premières périodes, des entretiens archivés pour la troisième et enfin des entretiens qu'il a réalisés par lui-même avec les dirigeantes féministes de la ville de Mexico.

Sa méthode et ses approches théoriques conduisent à certaines limitations, car les contextes des actions militantes sont peu évoqués. Ainsi évoque-t-il le père de Margaret Sanger, libre-penseur, mais pas sa mère qui mourut épuisée par de trop nombreuses naissances, et qui fut sans doute tout autant que son père à l'origine de son militantisme pour le contrôle des naissances par les femmes elles-mêmes. Il évoque « [...] les autres de l'intérieur... constitués de tous les groupes anormaux et marginaux de la population états-unienne » (p. 29), soit la population des Appalaches (une région pauvre des États-Unis) et les noirs, reprenant des stéréotypes sur ces populations que les historiens et les anthropologues ont largement remis en question. Il réfère la naissance des droits reproductifs exclusivement à deux organisations féministes, plutôt issues des classes moyennes blanches, qui luttaient pour l'avortement conçu comme un droit civil. Or, ces organisations ont été contestées et combattues par des féministes « blacks » et « latinas », souvent socialistes, qui demandaient la fin des stérilisations forcées et aspiraient à des

services de santé de qualité, c'est-à-dire à des droits sociaux. Ces dernières ont eu gain de cause et obtenu que ce soient les droits reproductifs, à la fois civils, sociaux et contre la discrimination, qui soient revendiqués², proposition qui a été reprise ensuite par le mouvement transnational pour les droits reproductifs. De même, Mathieu Caulier cite plusieurs fois le fait que plusieurs militantes pour les droits reproductifs ont étudié avec des démographes célèbres de Berkeley, en oubliant de mentionner que le campus de Berkeley était l'un des plus revendicatifs du moment. Il n'évoque pas non plus le tribunal contre les crimes envers les femmes, dont les stérilisations forcées à Mexico. L'auteur postule que les droits reproductifs sont devenus une norme internationale (p. 124), occultant le fait que les mêmes chefs d'Etat qui les avaient acceptés en 1994 ont totalement oublié de les inclure dans les Objectifs du millénaire pour le développement. Cette norme n'est en tout cas pas revendiquée, comme l'auteur le mentionne lui-même, par les nouveaux bailleurs internationaux du champ de la santé qui ont pris la relève de l'OMS.

Pour Mathieu Caulier, l'action des militantes, que ce soit Sanger pour le droit à la contraception ou d'autres pour les droits reproductifs, n'a fait que permettre l'emprise d'une norme « américaine ». Il ne s'intéresse pas au fait que des femmes et des hommes souhaitent limiter leur descendance, bénéficier de programmes de santé de qualité, et que 250 000 femmes meurent encore en couches des suites d'une grossesse.

Il critique « la priorité à la seule santé reproductive » (p. 181), y voyant une « réduction des femmes à leur appareil reproductif » alors que le mouvement pour les droits reproductifs, repris par le Programme d'action du Caire, demande que ces questions soient intégrées dans les services de santé primaire. Pour

lui, l'attention à la santé reproductive est un frein au développement d'un véritable mouvement planétaire pour la santé des femmes, alors même que le Women's Global Network for Reproductive Rights mène des campagnes dans ce sens³.

Par ailleurs, M. Caulier prétend « apporter une approche historique et sociologique de la globalisation des politiques "du genre" en lien avec une analyse des groupes sociaux qui l'ont portée et produite des années 1980 à 2000 » (p. 181) et qui seraient seulement en lien avec la population. Là encore, ses conclusions sont hâtives, fondées sur les financements accordés par le Lobby population aux départements de *Gender studies* de quelques grandes universités. Or, de tels départements existent dans toutes les universités américaines, ce qu'il note d'ailleurs.

Le livre est relativement bien écrit et se lit facilement, car il suit des personnages, raconte des histoires, et peut permettre de familiariser le lecteur qui ne le serait pas avec les histoires contradictoires des politiques de population et des droits reproductifs. Néanmoins, sa vision par le haut, certains manques dans la documentation et de nombreuses contradictions internes en limitent la portée.

Une véritable étude anthropologique des actions des ONG pour les droits reproductifs resituées dans leurs contextes, et non pas écrite à partir du Lobby population, aurait sans doute conduit à une vision plus fine des interactions entre mouvements féministes, revendications populaires et fondations. Il faut d'ailleurs noter qu'après y avoir consacré tout un livre, l'auteur reproche à la perspective des droits sexuels et reproductifs de se limiter à l'avortement et de ne pas inclure les cancers reproductifs, qui en font pourtant partie (p. 181).

Arlette Gautier

2. MERCHANT J. [2003], « Féminismes américains et reproductive rights/droits de la procréation », *Le Mouvement Social*, n° 203, p. 55-87.

3. <http://wgrr.org/dayofaction/may-28-international-day-of-action-for-womens-health/>

Résumés

Fabiola MIRANDA-PÉREZ, Angélica GÓMEZ-MEDINA, **Quelle reconnaissance des droits sexuels et reproductifs au Chili et en Colombie ?**

Nous nous proposons de réfléchir sur le lien établi entre les droits sexuels et reproductifs et la santé dans les contextes chilien et colombien. Il s'agit de se demander si, dans ces deux systèmes de santé qui se caractérisent par l'existence de fortes inégalités sociales, la notion de droits reproductifs et sexuels permet l'exercice d'une citoyenneté autonome, ou bien si elle opère comme un instrument du gouvernement des corps et de la reproduction venant accroître les rapports de pouvoir, de classe, de genre, de race, ainsi que les rapports Nord-Sud. Nous présentons des données autour du pouvoir médical exercé par des fonctionnaires professionnels de la santé, et des acteurs institutionnels qui, au sein de ces deux pays, véhiculent des discours sur les droits sexuels et reproductifs définis par leurs propres croyances et représentations du monde.

• Mots clés : droits sexuels et reproductifs – santé sexuelle – gouvernement des corps – inégalités – Chili – Colombie.

Josephine DIALLO, **La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme**

Donner ou refuser la contraception ? Le personnel de santé assure un rôle clé dans la délivrance des méthodes contraceptives et se voit en même temps confronté à une multitude de normes. Se basant sur une recherche de terrain à Dakar, cet article s'interroge sur le rôle de l'orientation de la politique contraceptive

sénégalaise dans la gestion du carrefour normatif par le prestataire. Si le prisme sanitaire de la politique a pu légitimer un recours à la technologie pour un espacement des naissances, l'absence de toute notion de droit encourage le prestataire à agir comme filtre des demandes contraceptives. Nous argumentons que le prestataire ne se réfère pas automatiquement aux normes socioculturelles et religieuses. En s'appuyant sur la norme médicale forgée par la politique, il est parfois même prêt à aller à leur rencontre. L'article vise à interroger le mythe de l'impuissance politique devant l'environnement socioculturel et tente d'ouvrir des pistes pour une recherche engagée.

• Mots clés : planification familiale – contraception – droits de l'homme – droits reproductifs – droit à la maîtrise de la fécondité – approche sanitaire – Sénégal.

Josiane NGO MAYACK, **Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ?**

Au Cameroun, les jeunes de 15-24 ans représentent une tranche de la population particulièrement exposée aux risques liés à l'activité sexuelle. La sexualité et la fécondité précoces, la pratique d'avortements clandestins, l'exposition au VIH-SIDA fragilisent la santé de cette sous-population. À partir d'une analyse des choix politiques et programmatiques effectués par les décideurs politiques, cet article questionne la prise en compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des jeunes au Cameroun. La situation est telle que les réponses politiques, les mentalités et les comportements en matière de sexualité et

de fécondité évoluent à des rythmes différents.

• **Mots clés :** jeunes – sexualité à risque – droits sexuels et reproductifs – accès aux services de planification familiale – facteurs institutionnels politiques – Cameroun.

Karina FELITTI, L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains

En 2010, l'Argentine a reconnu le mariage entre des personnes de même sexe et deux ans plus tard, elle a approuvé une loi d'identité de genre qui donne des droits aux transgenres sans les médicaliser. Ces nouvelles normes s'inscrivent dans un processus de démocratisation et d'élargissement de la citoyenneté qui cependant, ne s'est pas étendu à l'avortement. Malgré les revendications sociales et les actions militantes, l'avortement reste illégal, sauf quelques cas spécifiques et, dans la pratique, restrictifs. Cet article analyse le débat sur les propositions de légalisation en s'intéressant à trois acteurs : l'État, les militants religieux et le mouvement féministe, à partir d'une perspective historique sur la longue durée. Chaque interprétation de l'avortement comme limite pour le développement, comme crime contre l'humanité ou comme droit des femmes, relève de politiques nationales et internationales, de doctrines religieuses, des mémoires de la répression, de discours et pratiques féministes ainsi que de différentes formes d'appréhension et de mise en œuvre des droits humains.

• **Mots clés :** avortement – politique – religions – droits humains.

Noël Solange NGO YEBGA, La conciliation, une procédure locale de contournement d'une norme juridique : l'expérience des droits reproductifs autour de l'avortement au Cameroun

Les droits reproductifs ont suscité un intérêt certain au niveau international depuis la décennie 1990. Avec la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994, il a surtout été question de

garantir, d'assurer et de protéger les droits liés à la reproduction de tous les individus, surtout les femmes et à l'avortement médicalisé (en termes d'accès aux services, aux conseils ou aux informations, par exemple) si la loi l'autorise. Bien que ces recommandations fournissent un cadre d'intervention, leur mise en œuvre par les institutions locales ou leurs représentants est confrontée à des difficultés de terrain. C'est à travers le cas du Cameroun que nous allons illustrer le décalage entre les recommandations et leur mise en œuvre, notamment en matière d'avortement, pratique fortement encadrée dans ce pays. Le recours à une procédure locale (ici la conciliation) dans le cas de l'avortement par des responsables des services judiciaires, bien que non indiquée par le code pénal camerounais, traduit la difficulté de mise en œuvre des recommandations relatives aux droits reproductifs et à la protection des droits reproductifs des femmes à l'échelle locale.

• **Mots clés :** droits reproductifs – avortement – services judiciaires – conciliation – Cameroun.

Fatoumata OUATTARA, Katerini TAGMATARCHI STORENG, L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social

Au Burkina Faso comme dans de nombreux autres pays africains, l'avortement provoqué se caractérise par une réprobation sociale et une restriction légale. Cependant, l'avortement non médicalisé est un problème de santé publique majeur qui constitue l'une des causes principales de la mortalité maternelle. Non seulement il est dramatique pour les femmes concernées et pour les travailleurs de la santé en contact avec elles, mais les acteurs de la sphère institutionnelle sont également confrontés à sa nature multidimensionnelle : problème de santé publique, question juridique, politique et sociale.

À partir d'entretiens semi-directifs approfondis avec des responsables du ministère de la Santé, d'organisations non gouvernementales (nationales et internationales) et d'organisations

multilatérales impliquées sur cette question, nous proposons ici une anthropologie politique de l'avortement au Burkina Faso.

Nous montrerons comment une politique axée sur les soins post-avortement – traitement des conséquences médicales de l'avortement pratiqué dans des situations où la sécurité n'est pas assurée – est la principale réponse du gouvernement burkinabè par rapport à ce type d'avortement, considéré d'un point de vue médical comme étant avortement à risque. Notre analyse révèle en quoi l'adhésion des acteurs politiques nationaux aux normes sociales et religieuses influence le caractère avant tout technique de la réponse à ce problème. L'approche technique, justifiée dans la lutte contre la mortalité maternelle intra-hospitalière, se fait aux dépens d'un traitement de l'avortement en tant que problème de politique de santé publique. Cette analyse met en évidence la manière dont cette position de principe a émergé des rencontres entre les acteurs du ministère de la Santé et des organisations internationales agissant sous l'emprise des normes sanitaires à l'échelle mondiale, ainsi que de l'incertitude des positionnements des principaux décideurs.

• Mots clés : avortement – soins après avortement – politique – normes – Burkina Faso.

Bénédicte GASTINEAU, Agnès ADJAMAGBO, Les droits individuels face aux politiques de population. Regard sur trois pays africains : Bénin, Madagascar, Maroc

La maîtrise de la croissance démographique des pays africains connaît un regain d'intérêt ces dernières années dans les sphères politiques et scientifiques. S'il s'agit toujours de préserver la santé des mères et des enfants, d'autres enjeux, environnementaux ou climatiques, sont désormais invoqués pour justifier ce regain d'intérêt. Aujourd'hui encore, la régulation de la fécondité s'impose dans les politiques de population comme la principale stratégie d'action. Alors que des avancées importantes en matière de reconnaissance des droits reproductifs individuels ont été faites au début des années 1990 lors de la

conférence du Caire notamment, ceux-ci parviennent difficilement à s'imposer dans les pratiques. La planification familiale reste un moyen de ralentissement de la croissance démographique mais n'est, dans les faits, jamais reconnue comme un droit individuel à part entière. L'examen des itinéraires de trois pays africains (Bénin, Madagascar et Maroc) en matière de politique de population montre que l'efficacité relative de ces politiques est souvent représentative de l'incapacité des états à faire passer les droits individuels devant les logiques macroéconomiques de développement.

• Mots clés : politique de population – planification familiale – malthusianisme – droits individuels – Bénin – Maroc – Madagascar.

Carole BRUGEILLES, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?

La possibilité d'accoucher par césarienne est souvent associée à l'amélioration de la santé de la reproduction et au respect des droits qui lui sont associés. Dans les pays du Sud, elle est rarement pratiquée dans certains contextes, ce qui est préjudiciable à la santé et ne garantit pas les droits reproductifs, alors que dans d'autres, sa fréquence élevée suscite des controverses. Cet article propose de discuter les relations complexes de l'accouchement par césarienne avec la santé et les droits reproductifs. L'utilisation massive de la césarienne représente-t-elle une limite à la santé reproductive et une entrave à l'exercice des droits reproductifs ? L'analyse est fondée sur une synthèse bibliographique de références principalement médicales, épidémiologiques et de santé publique, les sciences sociales étant relativement en retrait sur cette question. Une attention particulière est portée à l'Amérique latine, sous-continent très concerné par « l'épidémie de césariennes ».

• Mots clés : césarienne – accouchement – droits reproductifs – santé de la reproduction – fécondité – planification familiale.

Cristiane DA SILVA CABRAL, Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil

Au Brésil, la situation démographique actuelle est marquée par une fécondité précoce. La stérilisation des femmes est souvent désignée comme la cause et la conséquence de ce scénario. L'objectif de cet article est de comprendre « le choix » de la stérilisation volontaire ainsi que ses liens avec la sexualité. Nous avons réalisé une étude qualitative afin d'analyser, au travers de trajectoires biographiques, les parcours contraceptifs des jeunes femmes ayant fait une ligature des trompes. Prévenir la grossesse n'est pas la seule motivation du choix de cette méthode contraceptive. Dans certaines biographies, la stérilisation représente une stratégie visant à stabiliser un itinéraire reproductif souvent marqué par une certaine irrégularité dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Chez d'autres femmes, elle est liée à une plus grande autonomie dans la sphère sexuelle ou à une tentative de discipliner leurs corps. L'illégalité de l'avortement et les conditions d'accès à la stérilisation féminine sont les marques d'un contrôle du corps féminin et révèlent le conflit politique et idéologique existant autour de deux actes – avortement et stérilisation féminine – qui sont loin d'être uniquement biologiques.

• Mots clés : stérilisation – contraception – corps – avortement – Brésil.

Virginie ROZÉE GOMEZ, Sayeed UNISA, La gestation pour autrui sous l'angle des droits reproductifs : le cas de l'Inde

La gestation pour autrui, comme nouvelle technique de reproduction, est une pratique de plus en plus utilisée et un sujet d'actualité particulièrement discuté sur la scène transnationale. Elle fait l'objet de nombreuses controverses car elle induit désormais des relations complexes entre des populations riches du Nord et des populations plus vulnérables du Sud. La littérature à ce sujet aborde essentiellement les aspects éthiques, médicaux et familiaux de la pratique dans les pays occidentaux. Les études sur la gestation pour autrui dans les pays du Sud sont plus rares. L'objectif de l'article est ainsi d'analyser la gestation pour autrui dans le Sud depuis la perspective des droits reproductifs : si l'on se réfère aux définitions rédigées au Caire et à Beijing, la gestation pour autrui peut-elle être analysée comme un droit reproductif ? L'Inde est un cas intéressant pour une telle analyse car le pays est devenu un leader international en matière de gestation pour autrui. La question de cette pratique en Inde est discutée à partir de trois études de terrain basées sur des entretiens menés auprès de gestatrices : les études de A. Pande à Ahmedabad (2006-2008), de S. Saravanan au Gujarat (2009) et de S. Rudrappa au Bangalore (2011-2012).

• Mots clés : gestation pour autrui – droits reproductifs – infertilité – assistance médicale à la procréation – Inde.

Abstracts

Fabiola MIRANDA-PÉREZ, Angélica GÓMEZ-MEDINA, How far are sexual and reproductive rights recognised in Chile and Colombia?

This article considers the link between sexual and reproductive rights and health in the Chilean and Colombian contexts. Within these two health systems characterized by strong social inequalities, we investigate whether the notion of sexual rights allows for the exercise of autonomous citizenship, or if it rather operates as an instrument of the government of bodies and reproduction, serving to reinforce relations of power, class, gender, and race, as well as North/South relations. We focus on medical power as wielded by state health professionals and institutional actors who, in both these countries, promote discourses on sexual and reproductive rights which are defined by their own beliefs and representations of the world.

• **Keywords:** sexual and reproductive rights – sexual health – government of bodies – inequalities – Chile – Colombia.

Josephine DIALLO, Senegalese family planning policy: public health approach and norm conflicts

To give or to deny contraception? Healthcare workers assume a key role in the distribution of contraception. At the same time they are confronted with multiple norms. Based on field research in Dakar, this article asks how the orientation of Senegalese contraception policy influences the healthcare worker in the way he or she manages the intersection of norms. Although the public health focus has legitimized the use of technology for the

spacing of births, the absence of a rights dimension encourages health personnel to filter demands for contraception. We argue that health personnel do not automatically refer to sociocultural and religious norms but, drawing instead on the medical norm forged by policy, are sometimes even prepared to go against them. This article aims to challenge the myth of the state's powerlessness vis-à-vis the sociocultural environment and seeks to open perspectives for advocacy research.

• **Keywords:** family planning – contraception – human rights – reproductive rights – right to control one's fertility – public health approach – Senegal.

Josiane NGO MAYACK, What provision is made for young people within family planning policy in Cameroon?

Young people aged 15-24 years are at risk of unsafe sex in Cameroon. Early sex and child-bearing, clandestine abortion, and the risk of HIV-AIDS infection are all threats to their health. This article reviews political and programmatic choices made by decision makers in this field and seeks to analyse how the sexual and reproductive health needs of young people are taken into account within family planning policy. The context is such that policies, mentalities and behaviours regarding sexuality and fertility evolve at different rates.

• **Keywords:** young people – unsafe sex – sexual and reproductive rights – access to family planning services – political institutional factors – Cameroon.

Karina FELITTI, Abortion in Argentina: politics, religion and human rights

In 2010, Argentina recognized same sex marriage, and two years later passed a Gender identity law that gave rights to transgender identities. These laws are part of a process of democratization and expansion of citizenship that has however not yet extended to abortion. Despite social demand and activist action, abortion is illegal apart from certain exceptions that are in practice very restrictive. This paper analyses the current debate over the legalization of abortion focusing on three actors: the state, religious activists, and the feminist movement, situating their interventions within a long-term historical perspective. Every interpretation of abortion – as a limit to development, a crime against humanity, or as a woman’s human right – refers to national and international population policies, religious doctrines, memories of repression, feminist discourses and practices, and different ways of understanding and enforcing human rights.

- **Keywords:** abortion – politics – feminisms – religions – human rights.

Noël Solange NGO YEBGA, Conciliation, the circumventing a legal standard at the local level: the experience of reproductive rights around abortion in Cameroon

Since the 1990s, international interest has been aroused concerning reproductive rights. The international Conference on population and development held in Cairo in 1994, has emphasized guaranteeing, ensuring, and protecting rights linked with reproduction for all individuals, especially women, and with the right to medical abortion when permitted by law, for instance in cases of sexual abuse, rape, or incest. Although these recommendations provide a framework for intervention, their implementation by local organisations or by their representatives meets practical difficulties. Using Cameroon as a case study, I illustrate the gap between the recommendations and their implementation, particularly in terms of abortion, a practice strictly controlled

in this country. Resorting to a local procedure (here conciliation) by legal officials in the case of abortion, although not specified by the Cameroonian penal code, reflects the difficulty of implementing recommendations concerning reproductive rights and protecting women’s reproductive rights at local level.

- **Keywords:** reproductive rights – abortion – conciliation – legal services – Cameroon.

Fatoumata OUATTARA, Katerini TAGMATARCHI STORENG, Induced abortion in Burkina Faso: how technical responses prevent a social issue from being addressed

As in many other African countries, induced abortion in Burkina Faso is characterized by social stigma and legal restriction. At the same time, induced abortion is frequent, and unsafe abortions constitute a major public health problem and an important cause of maternal mortality. Not only is it dramatic for the women involved and for the health workers who come into contact with them, but actors in the institutional sphere must also manage the multi-dimensional nature of abortion as a public health, legal, political and social issue.

Based on semi-structured in-depth interviews with officials from the ministry of Health, non-governmental organizations (both national and international), and multilateral organizations, we develop a political anthropology of abortion in Burkina Faso.

This article focuses on how the Burkinabe state emphasizes post-abortion care (dealing with the consequences of unsafe abortion) at the expense of the question of abortion *per se*. We analyse the different levels of national policy-making relating to abortion in order to highlight how abortion is dealt with in multiple spaces of institutional decision-making. Our analysis reveals how policy actors are at an impasse, caught between their adherences to social and religious norms on the one hand, and, on the other, the technical actions required by post-abortion care, which disrupt these norms. Taking into account the perspectives of actors in relation to both their institutional functions and their personal

trajectories helps us to understand the articulation of a major public health issue within the public sphere.

- **Keywords:** abortion – post-abortion care – policy – standards – Burkina Faso.

Bénédicte GASTINEAU, Agnès ADJAMAGBO, Individual rights vs population policies. Reflections on three African countries: Benin, Madagascar, Morocco

Renewed interest in the demographic growth of African countries is evident in political and academic spheres. While the protection of mothers' and children's health is always cited as an objective, other environmental or climate issues are now used to justify this renewed interest. Regulation of fertility is still prioritised as the main strategy within population policies. While significant strides in the recognition of individual reproductive rights were made at the beginning of the 1990s – at the Cairo conference, for instance – these rights are hardly applied in practice. Family planning remains a way of slowing population growth but is in fact never recognized as a full individual right. The examination of three African countries' population policy (Benin, Madagascar and Morocco) shows that the relative efficiency of these policies is often representative of the inability of states to put individual rights before the macroeconomic logic of development.

- **Keywords:** population policy – family planning – malthusianism – individual rights – Benin – Morocco – Madagascar.

Carole BRUGELLES, Caesarean delivery, a risk for reproductive rights?

Caesarean section is often associated with improved reproductive health and the rights associated with it. In developing countries, it is seldom practised in certain contexts, placing women's health at risk and depriving them of their reproductive rights; while in others its high frequency is controversial. This article discusses the complex relationship between caesarean delivery and health and

reproductive rights. Is the widespread use of caesarean section a limit to reproductive health and an impediment to the exercise of reproductive rights? The analysis is based primarily on a review of the medical, epidemiological and public health literature, as this issue has rarely been addressed in the social sciences. The article focuses on the Latin American subcontinent, which is particularly concerned by the "epidemic of caesarean sections".

- **Keywords:** caesarean – childbirth – reproductive rights – reproductive health – fertility – family planning.

Cristiane DA SILVA CABRAL, Contraception and sterilization of young women in Brazil

The demographic situation in Brazil is characterised by early parenthood. Sterilization of women is often referred to as the cause and the product of this scenario. This article takes a biographical trajectory approach to examine the contraceptive pathways of young women with tubal ligation. Preventing pregnancy is not the only reason for choosing this contraceptive method. In some women's lives, sterilization is a strategy for stabilizing a reproductive trajectory often marked by a certain irregularity in the use of contraceptive methods. For others, it is related to greater autonomy in the sexual sphere, or to an attempt to discipline their bodies. The current situation, in which abortion is illegal and there are conditions for accessing female sterilization, demonstrates how female bodies are controlled and reveals the political and ideological battle around acts that are not solely biological.

- **Keywords:** sterilization – contraception – body – abortion – Brazil.

Virginie ROZÉE GOMEZ, Sayeed UNISA, Surrogacy from a reproductive rights perspective: the case of India

Surrogacy as a new reproductive technology is a growing practice and a burning issue on the transnational scene. The question of its

legitimacy gives rise to new controversies since it creates complex relationships between rich people from the North and vulnerable women from the South. However, the literature in this area essentially tackles ethical, medical, and family issues in Western countries. Very little is known about Southern countries due to the paucity of empirical studies focusing on them. The objective of this article is to analyse surrogacy in the South from the perspective of reproductive rights: in reference to the definitions drawn up in Cairo and Beijing, can surrogacy be analysed as a

reproductive right? India is a special case of interest as it has become an international leader in relation to surrogacy. This article draws on data, including interviews with surrogates, from the fieldwork conducted by Pande in Ahmadabad (2006-2008), Saravanan in Gujarat (2009), and Rudrappa in Bangalore (2011-2012) to discuss issues of surrogacy in India.

• **Keywords:** surrogacy – reproductive rights – infertility – assisted reproductive technologies – India.

Achévé d'imprimer en février 2015 sur rotative numérique Prosper
par Soregraph à Nanterre (Hauts-de-Seine).

Dépôt légal : février 2015
N° d'impression : 14259

Imprimé en France

CONDITIONS DE PUBLICATION

Vous pouvez à tout moment de l'année proposer soit un appel à contribution pour un numéro thématique (trois numéros par an), soit un article pour nos numéros « Varia » (un numéro par an).

Les manuscrits sont publiés en français et éventuellement en anglais. Toutefois, le Comité de rédaction accepte les manuscrits rédigés en espagnol et portugais, à charge pour l'auteur, quand le manuscrit est retenu pour publication, d'en assurer la traduction soit en français. Les manuscrits sont soumis à l'appréciation de deux référés anonymes. Les propositions de corrections sont transmises à l'auteur par le Comité de rédaction.

Recommandations générales

Les manuscrits doivent être adressés par mail à autrepart@ird.fr ou par courrier à l'adresse de la rédaction. Ils doivent impérativement comporter : le nom de l'auteur ; une adresse précise pour la correspondance ; la discipline ; l'institution de rattachement et un numéro de téléphone.

Présentation des manuscrits

Le titre est suivi des noms, prénoms, qualités, affiliations et adresses professionnelles du ou des auteurs. Les articles ne doivent pas excéder 50 000 signes (caractères + espaces) incluant : l'espace des figures (en moyenne 1 500 signes), les notes de bas de page, la bibliographie, un résumé (1 000 signes maximum), et des mots clés (10 maximum) en français et en anglais.

Le nombre maximum de notes infrapaginales est de 20.

Illustrations

Les figures (cartes, graphiques et tableaux) sont présentées en noir et blanc, elles sont numérotées en continu et, dans la mesure du possible, elles sont présentées sous forme de fichiers informatiques (préciser le logiciel utilisé) si possible dans les formats Excel (tableaux), Illustrator (graphiques schémas, etc.), Photoshop (photographies, résolution à 300 dpi), à défaut dans les formats de fichier : tiff, eps. De manière générale, il est demandé que les figures soient fournies achevées et sous leur forme finale dès le premier envoi du manuscrit. Par ailleurs il ne faut pas oublier de faire figurer sur les cartes ou croquis géographiques : l'orientation géographique (Nord-Sud), l'échelle géographique, le titre de la carte, la légende éventuelle et la provenance des données de base (source).

Bibliographie

Les appels bibliographiques apparaissent dans le texte entre crochets avec le nom de l'auteur en minuscules, l'année de parution et, dans le cas d'une citation, la page concernée. Exemple [Vidal, 1996, p. 72].

Ne pas inscrire les références bibliographiques en notes infrapaginales mais les regrouper en fin de manuscrit selon un classement alphabétique par noms d'auteurs en respectant la présentation suivante :

Muller S. [2009], « Les plantes à tubercules au Vanuatu », *Autrepart*, n° 50, p. 167-186.

Loriaux M. [2002], « Vieillir au Nord et au Sud : convergences ou divergences ? », in Gendreau F., Tabutin D. (dir.), *Jeunesses, vieillesse, démographies et sociétés*, Academia-Bruylant/L'Harmattan, p. 25-42.

Savignac E. [1996], *La Crise dans les ports*, Paris, La Documentation française, 200 p.

Walter J. [1978], « Le parc de M. Zola », *L'Œil*, n° 272, mars, p. 18-25.

Telisk L. H. [2006], « The Forgotten Drug War », *Council on foreign relations*, 6 avril 2006 : http://www.cfr.org/publication10373/#Online_Library_The_Forgotten (page consultée le 21 août).

ABONNEMENTS ET VENTE :

Les abonnements sont annuels et commencent au premier numéro de l'année en cours

TARIFS ABONNEMENT 2014 :

FRANCE 91 € (institutions) – 60 € (particuliers) – 55 € (étudiants)

ÉTRANGER 101 € (institutions) – 71 € (particuliers)

ABONNEMENTS ET VENTE AU NUMÉRO EN LIGNE :

Presses de Sciences Po
117, boulevard Saint-Germain
75006 Paris

<http://www.pressesdesciencespo.fr>

E-mail : info.presses@sciencespo.fr

ffusion / distribution CDE/SODIS

OMMANDE D'ANCIENS NUMÉROS :

IRD - Diffusion
32 avenue Henri Varagnat
93143 Bondy cedex
diffusion@ird.fr

autrepart

Revue de sciences sociales au Sud

Décès liés à des stérilisations et à des avortements, contrats de GPA non respectés, stagnation de l'accès à la contraception, utilisation massive des césariennes : l'actualité abonde en dénonciations et études démontrant que l'idéal des droits reproductifs, revendiqué dès les années 1970 et accepté par 179 chefs d'état en 1994 à la Conférence du Caire, est loin d'être réalisé. Les articles rassemblés ici présentent des études empiriques menées dans dix pays. Ils analysent la manière dont les gouvernements, comme les prestataires de services sanitaires ou judiciaires, affichent cette « norme » tout en la détournant, en la limitant, ou en ne l'appliquant qu'à certaines catégories. Ces pratiques ont des conséquences majeures sur la vie et la santé des individus, notamment des femmes, qui tentent de transformer en ressources les différentes contraintes qu'elles subissent.

SOMMAIRE

Éditeurs scientifiques :

Arlette Gautier, Chrystelle Grenier-Torres

• Fabiola Miranda-Pérez, Angélica Gómez-Medina
Quelle reconnaissance des droits sexuels et reproductifs au Chili et en Colombie ?

• Josephine Diallo

La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme

• Josiane Ngo Mayack

Politique de planification familiale au Cameroun : quelle place pour les jeunes ?

• Karina Felitti

L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains

• Noël Solange Ngo Yegba

La conciliation, une procédure locale de contournement d'une norme juridique : l'expérience des droits reproductifs autour de l'avortement au Cameroun

• Fatoumata Ouattara, Katerini Tagmatarchi Storeng

L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social

• Bénédicte Gastineau, Agnès Adjamagbo

Les droits individuels face aux politiques de population. Regard sur trois pays africains : Bénin, Madagascar, Maroc

• Carole Brugeilles

L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?

• Cristiane Da Silva Cabral

Contraception et stérilisation des jeunes femmes au Brésil

• Virginie Rozée Gomez, Sayeed Unisa

Surrogacy from a reproductive rights perspective : the case of India

PRESSES DE SCIENCES PO

117, Boulevard Saint-Germain - 75006 PARIS

tél. : +33 (0)1 45 49 83 64

fax : +33 (0)1 45 49 83 34

Abonnements et vente au numéro :

<http://www.pressdesciencespo.fr>

CDE / SODIS

Retrouvez la revue sur <http://www.cairn.info>

 **SciencesPo.**
Les Presses

 **IRD**
Éditions



CAIRN.INFO
chercher, repérer, avancer

25€

ISBN 978-2-7246-3345-0

SODIS 768 262.3

