

Groupement d'intérêt scientifique

INED - IRD - PARIS I - PARIS V - PARIS X

Les politiques de planification familiale

Cinq expériences nationales



Éditrice scientifique

Arlette GAUTIER

IRD

Laboratoire Population-Environnement-Développement


Centre
Population
et Développement

RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Les politiques
de
planification familiale

Cinq expériences nationales

Les politiques de planification familiale

Cinq expériences nationales

Éditrice scientifique

Arlette Gautier

IRD

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence



L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Ibis Press et Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © 2000 Rick Maiman/David and Lucile Packard Foundation,
Courtesy of Photoshare

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>

Liste des auteurs

Amoakon Anoh	UFRSEG, Université de Cocody, et ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire anoh_akon@yahoo.fr
Isabelle Attané	INED, 133 Boulevard Davout, 75980 Paris cedex 20 attane@ined.fr
Carole Brugeilles	CERPOS, Université Paris X, 200 Avenue de la République, 92001 Nanterre cbrugeil@u-paris10.fr
Raïmi Fassassi	ENSEA, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire fassassi@ensea.ed.ci
Bénédicte Gastineau	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement Centre Saint-Charles, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3 benedicte.gastineau@ird.mg
Arlette Gautier	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement Centre Saint-Charles, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3 Arlette.Gautier@ird.fr
Christophe Guilmoto	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence, Laboratoire Population-Environnement-Développement CEIAS-EHESS, 54 boulevard Raspail, 75006 Paris guilmoto@ird.fr
Purushottam M. Kulkarni	Centre for the Study of Regional Development School of Social Sciences, Jawaharlal Nehru University New Delhi 110 067, Inde Purushottam_kulkarni@hotmail.com
Frédéric Sandron	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence Laboratoire Population-Environnement-Développement, Centre Saint-Charles, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex 3 fred.sandron@ird.mg
Patrice Vimard	IRD, UMR 151 IRD-Université de Provence Laboratoire Population-Environnement-Développement, Centre Saint-Charles, 3 place Victor Hugo, 13331 Marseille cedex3 Patrice.Vimard@ird.fr

Sommaire

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

Introduction

Arlette Gautier¹

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

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

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

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

⁴ Je remercie Christophe Guilmoto pour ces informations.

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

Le développement des programmes de planification familiale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

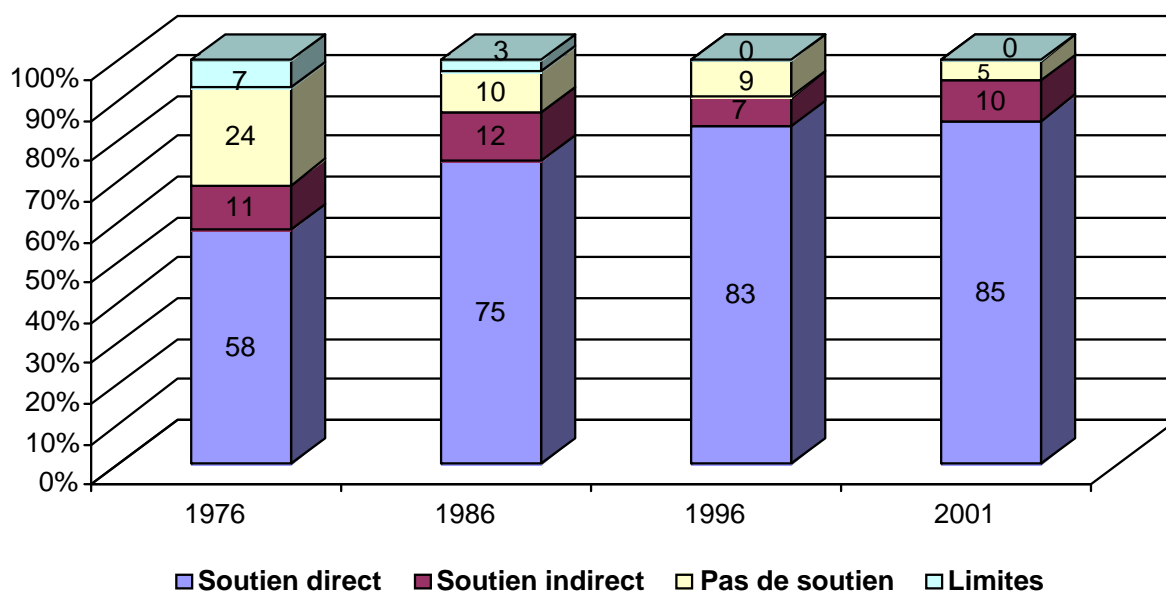
¹⁰ N'apportent pas de soutien à l'accès à la contraception : Gabon, Guinée équatoriale, Laos, Turkménistan, Brunei Darussalam, Libye, l'Iraq, Émirats Arabes Unis, Oman et Qatar.

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

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

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

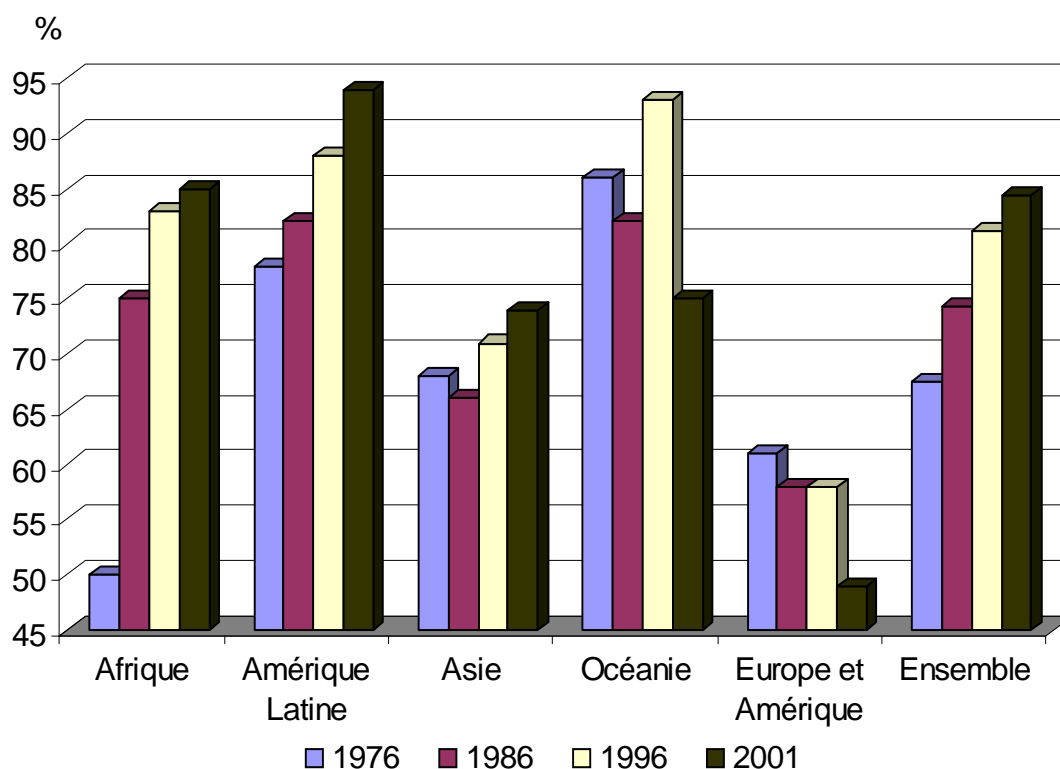
Graphique 1 – Evolution (en %) de la position des pays en développement par rapport à la contraception entre 1976 et 2001



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

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

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

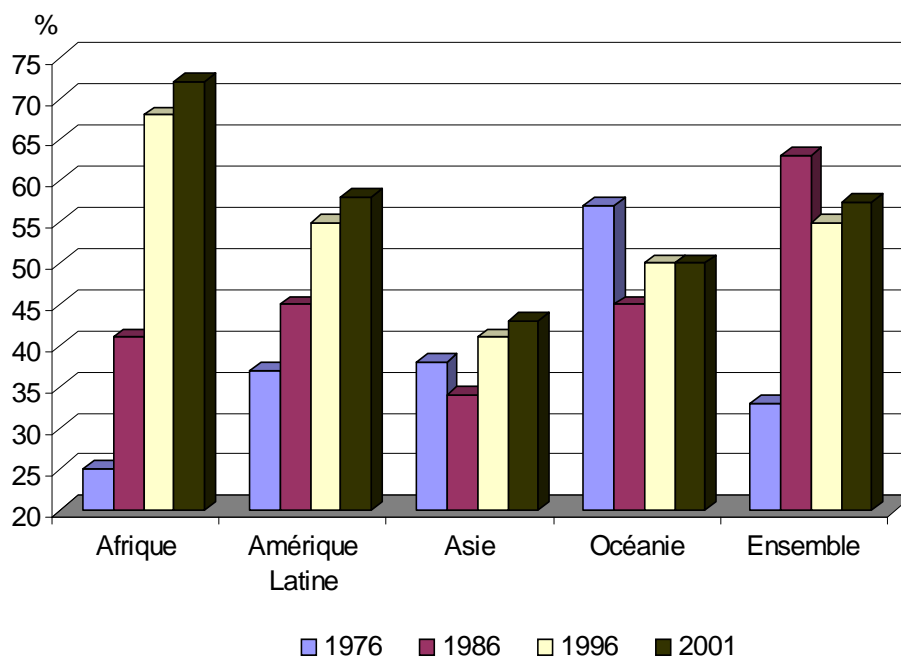


Source : United Nations, Division de la Population et des Affaires Sociales, 2001, *National population policies data base*. Ce tableau est calculé à partir des données par région.

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

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

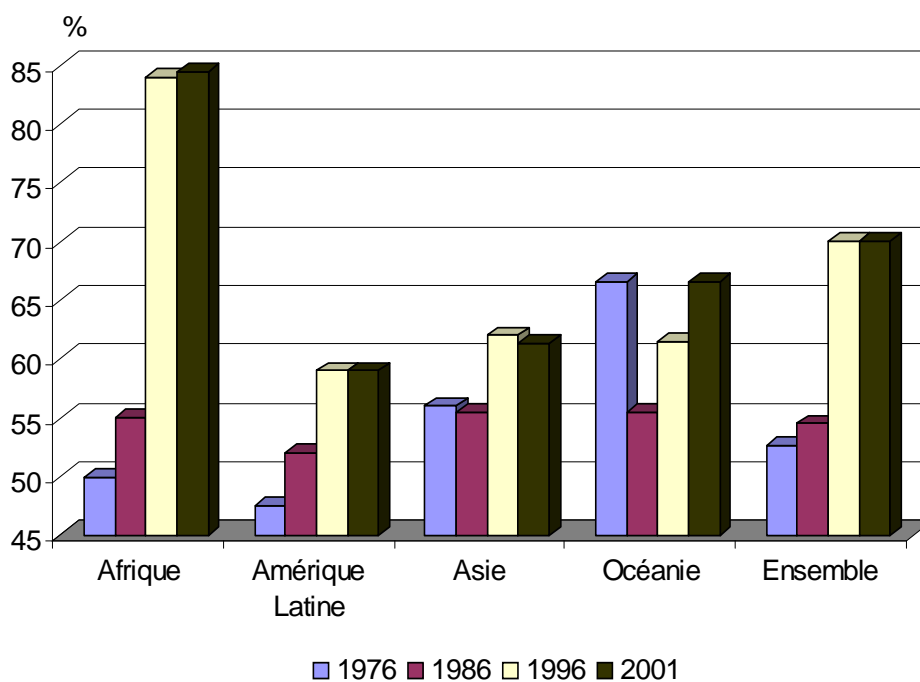
Graphique 3 – Distribution (en %) des pays qui déclarent mener des politiques antinatalistes par continent entre 1976 et 2001



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

Ce tableau est calculé à partir des données par région.

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



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

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

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

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

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

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

Cinq expériences nationales

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

La nature des politiques et programmes de planification familiale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les conséquences des programmes de planification familiale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IDH : Index de développement humain.

MIJ : Mortalité infanto-juvénile.

Sources : ¹UNFPA, 2002. État de la population mondiale. Population, pauvreté et potentialités, UNFPA : 70-76 (www.unfpa.org consulté le 20.1.2003). C'est la source utilisée sauf indication contraire. ²PNUD, 2002. Rapport sur le développement humain, New York (www.undp.org consulté le 20.1.2003).

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

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

Sources : Chine : Attané ; Mexique 1995 Ross et Stover 2000 : 8 et A 3.
Autres pays : www.measureDHS.com/Stat-builder.

BIBLIOGRAPHIE

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

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

United Nations and E.C.f. Africa, 1995 - Experts and NGOs workshop on the implementation of the Dakar/NGOR declaration and the ICPD programme of action. Abidjan.

United Nations and E. a. S. Council, 2001 - Concise report on world population monitoring, 2002 : reproductive rights and reproductive health with special reference to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrom (HIV/AIDS). New York, United Nations.

Vimard P. et Zanou B., 2001 - *Les politiques démographiques en Afrique sub-saharienne*. Paris, L'Harmattan.

Xuejun Z., 2002 - "Amendment of the marriage law in China". *International Journal of Law, Policy, and the Family*, (16) : 399-409.

Zuraik H., Younis N. et al., 1994 - "Comment repenser la politique de planification familiale à la lumière des recherches sur la santé génésique". *Revue internationale des sciences sociales* (141) : 493-513.

Les femmes, la caste et l'Etat. Cinquante ans de planification familiale en Inde¹

Christophe Z. Guilmoto
P. M. Kulkarni

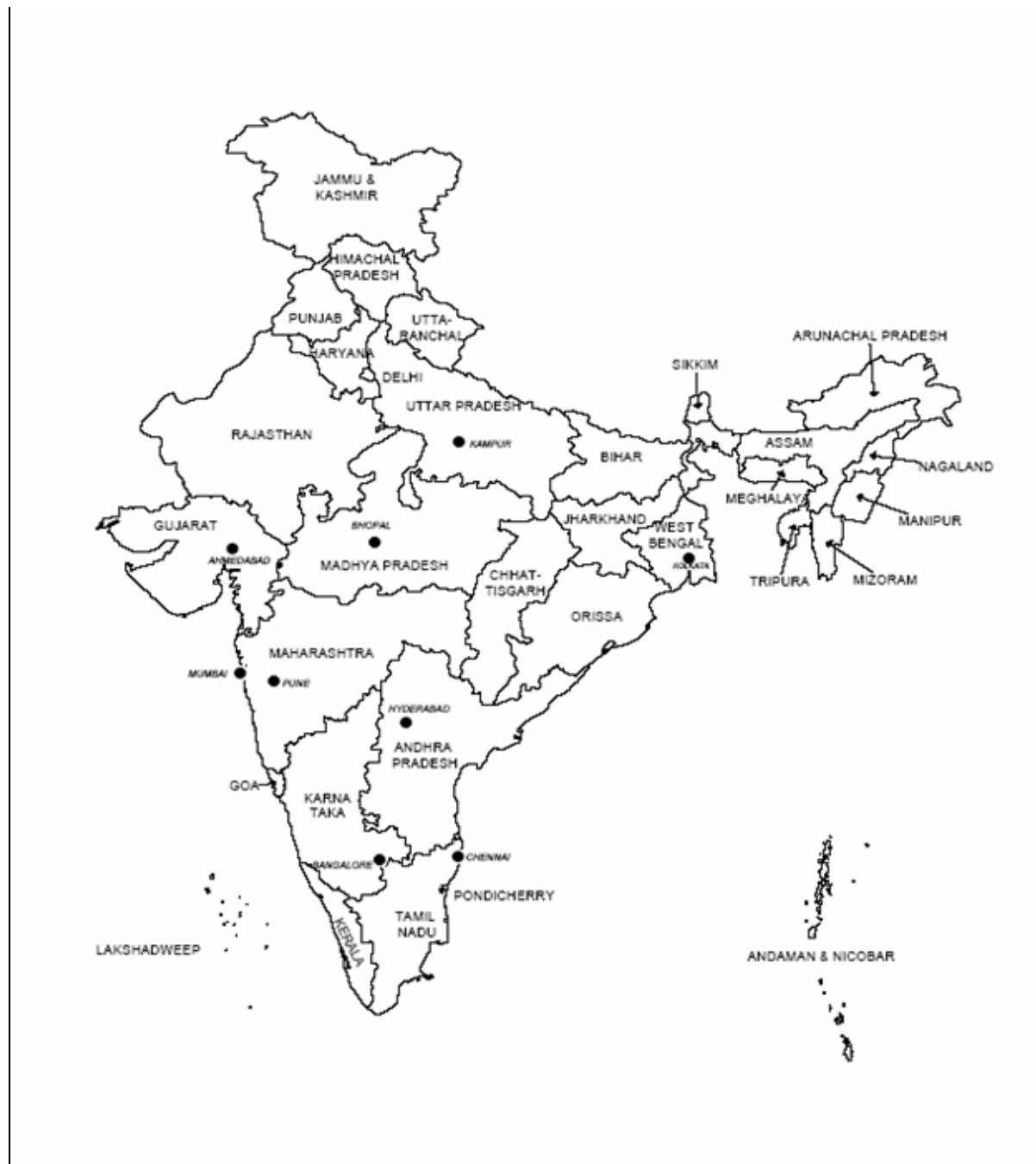
Les différentes échelles des politiques de fécondité

L'Inde indépendante (figure 1) fut le premier pays à se doter d'un programme public de limitation des naissances, dès le premier plan quinquennal en 1951². Il fut alors reconnu que le facteur démographique jouait un rôle important dans la croissance économique et qu'un accroissement démographique freinerait le développement des ressources productives. Le programme introduit visait à la fois à créer une prise de conscience sur les effets réputés néfastes de la croissance démographique et à promouvoir la norme de la petite famille, tout en mettant en place un système de distribution de contraceptifs. Les stratégies et le contenu de ce programme ont changé au fil des années en fonction des orientations politiques générales des gouvernements en place à New Delhi. Le programme s'est souvent fixé des objectifs démographiques précis, qui pour la plupart ne furent d'ailleurs pas atteints dans le calendrier prévu. De ce fait, il a été souvent en butte à de multiples critiques pour être trop « mou » ou trop ambitieux, incapable de se donner des objectifs réalistes. Il a également fait l'objet de vigoureuses dénonciations à d'autres périodes pour sa rigidité, voire sa brutalité, et son manque d'ajustement aux besoins des populations.

¹ Ce texte a bénéficié des commentaires critiques d'Arlette Gautier, de Stéphanie Vella et de Catherine Scornet. Les recherches conduites s'inscrivent dans le *South India Fertility Project* (financé par le Wellcome Trust) et ont bénéficié d'un financement complémentaire du CEPED.

² L'Inde fédérale est aujourd'hui découpée en 28 états et 7 territoires de l'Union, lesquels sont à nouveau subdivisés en 593 districts.

Figure I – Les états indiens en 2001



L'histoire du planning familial en Inde sera dans ce chapitre principalement reconstituée à l'échelle nationale, car les inflexions les plus importantes du programme ont été décidées à Delhi, au sein des ministères du gouvernement central. L'Etat fédéral apparaît alors comme l'acteur prééminent de ces politiques démographiques et il faut sans doute souligner dès à présent le renversement opéré dans la politique reproductive indienne que l'évolution du gouvernement à partir de l'indépendance a manifesté. Durant la période coloniale, du début du XIX^e siècle à 1947, la gestion des questions de fécondité était en effet laissée avant tout aux soins des institutions traditionnelles, d'interférer dans les arrangements sociaux des populations indiennes. La principale déviation à cette ligne a concerné les mariages précoces, que les autorités coloniales avaient tenté de contrôler notamment en fixant, en 1927, un âge minimum au mariage de quinze ans pour les filles (*Sarda Act*). N'était pour cette incursion limitée, et d'ailleurs largement ignorée par les populations rurales, dans le domaine des pratiques matrimoniales, l'Etat n'avait pris aucune mesure directe concernant la fécondité³.

En revanche, les pratiques reproductives étaient localement l'objet d'un grand nombre de régulations, concernant naturellement le régime matrimonial ou les comportements sexuels. Le domaine reproductif est régi par un grand nombre de règles, sous forme de prescriptions ou d'interdits. Le corps des femmes, de par son potentiel reproductif, est en effet en Inde l'objet d'une étroite surveillance par l'ensemble de la communauté. Car si les femmes sont valorisées comme mères, et notamment dans un système patriarcal comme mères de garçons appelés à prolonger les lignées familiales, la communauté entend contrôler étroitement leur vie génésique afin de s'assurer de la bonne naissance des héritiers. Les nombreuses règles présidant la nubilité, le choix du conjoint (endogamie de caste, mais exogamie de lignage ou de village), les célébrations et prestations matrimoniales (dont la dot) sont une des illustrations les plus évidentes de ce système de régulation et ont fait l'objet de nombreuses descriptions ethnographiques qui mettent en évidence le détail et la variété des dispositifs sociaux⁴. Le contrôle de la sexualité des femmes s'exerce durant toute leur vie féconde, avant comme pendant et après le mariage, et permet de faire du corps des femmes la matrice de reproduction communautaire et familiale. Il vise notamment à s'assurer qu'aucun doute n'existe sur la paternité de leurs enfants. Cette préoccupation est primordiale pour les groupes de statut supérieur, dont l'autorité dans la hiérarchie du système des castes repose précisément sur la naissance. Mais elle sanctionne également le clivage colonial entre Hindous et Musulmans qui émerge au XIX^e siècle en Inde septentrionale⁵. Le regard communautaire impose donc des cadres très stricts aux comportements des femmes, en particulier dans les groupes sociaux supérieurs qui défendent ainsi la préservation de

³ On peut également mentionner la lutte contre l'infanticide et contre l'immolation des veuves (*sati*) au XIX^e siècle.

⁴ Nous ne pouvons ici rendre compte brièvement de la variété des modes d'union en Inde selon les castes, les régions ou les affiliations sectaires.

⁵ On comparera les contextes variables du Nord et du Sud de l'Inde coloniale grâce à Anandhi (1998) et Gupta (2001). Pour un traitement plus général de l'identification nationale au corps de la mère, voir Assayag (2001).

leurs ressources et statut. Ces contraintes concernent notamment la stricte prohibition des rapports sexuels pour les femmes non mariées, célibataires ou veuves.

Dans le même temps, la régulation traditionnelle de la fécondité – par l'âge au mariage, la fréquence des rapports ou encore la durée de l'allaitement – tend à fixer la taille de la descendance. En certaines régions, des pratiques comme l'infanticide féminin visent également à réguler la masculinité de cette descendance. Comme nous l'indiquons plus bas, ces usages ne sont pas immuables et ont connu d'importantes transformations durant le XX^e siècle, sous l'influence notamment de la pénétration variable de l'économie coloniale et moderne dans les campagnes indiennes. Mais la force des normes collectives, dont tout écart peut être violemment sanctionné, reste considérable et constitue le premier socle dans l'analyse des politiques de fécondité.

Il ne serait pas forcément inutile, avant d'aborder l'introduction des méthodes modernes de contraception, de rappeler quelques instruments de régulation traditionnelle de la fécondité en Inde. Nous nous référons ici à la période coloniale, mais les pratiques observées alors marquent encore fortement les comportements d'aujourd'hui. L'âge au mariage n'a pas joué en Inde le rôle régulateur qu'il jouait en Europe à l'époque classique, permettant d'ajuster alors la nuptialité du moment à la situation économique en retardant ou au contraire en avançant l'âge aux premières noces. En fait, en raison de la pression sociale vers les mariages précoces, idéalement prépubertaires en de nombreux groupes sociaux, le mariage des femmes pouvait être difficilement retardé pour des raisons économiques ou familiales. Le statut de femme pubère et célibataire est en effet traditionnellement contradictoire et fait peser de graves risques sur la réputation de la famille et de la caste dans son ensemble : les fiançailles pouvaient être extrêmement précoces (avant 10 ans) et les cérémonies de mariage largement antérieures à la réelle cohabitation des époux. Les variations de l'âge au mariage (ou à la cohabitation conjugale) dépendaient donc plutôt du statut et de l'appartenance de caste, et semblent dès lors moins conjoncturelles et adaptables aux situations concrètes des familles.

En revanche, l'abstinence post-partum et rituelle était une pratique très développée et contribua longtemps à limiter la fécondité des femmes mariées. Le progressif affaiblissement de ces normes traditionnelles pourrait avoir provoqué le léger sursaut de la fécondité en Inde autour de 1960 : la moindre prévalence d'un certain nombre de tabous sur les rapports sexuels au sein des couples, joint à une possible réduction de la période de lactation, aurait alors raccourci les intervalles inter-génésiques et provoqué un relèvement général de la fécondité maritale (Srinivasan, 1995). Mais la fécondité pouvait également être ajustée à la marge par d'autres méthodes, comme l'avortement provoqué – technique très courante dans l'ensemble de l'Inde rurale –, la prise de médicaments locaux, le coït interrompu ou encore l'infanticide⁶.

L'ensemble de ces techniques explique pourquoi la fécondité en régime ancien a rarement dépassé les sept enfants par femme en Inde, en dépit de l'extrême précocité des

⁶ Voir par exemple Mandelbaum (1974) pour une présentation générale du régime traditionnel et Patel pour une mise en perspective ethnographique (1994).

mariages féminins et de l'idéologie nataliste qui prévaut. La vérité est qu'il n'y a pas plus en Inde ancienne qu'ailleurs de fécondité « naturelle » et que la vie féconde des femmes était entièrement conditionnée par les systèmes de normes collectives. L'idéologie procréatrice servait de principe directeur et encourageait les naissances précoces et nombreuses, se justifiant par les très nombreux aléas dans la naissance et la survie des enfants. Mais elle se doublait également de quelques mesures protégeant la santé des mères et des enfants, favorisant par exemple l'espacement des naissances par le biais de l'abstinence post-partum et de l'allaitement. On en prendra pour exemple la norme typiquement indienne, résumée par le « complexe de la grand-mère enceinte » (Mandelbaum 1974), qui condamne les femmes qui mettraient des enfants au monde alors qu'elles sont déjà grands-mères. Un tel événement, qui rassemblerait notamment différentes générations d'ayants droit dans une même classe d'âge, est l'objet d'un très fort rejet social et encourage les couples à interrompre leur vie féconde précocement. En raison de l'âge précoce à la maternité, l'effet de cette idéologie peut se faire sentir sur les femmes dès la quarantaine, quand elles deviennent à leur tour belles-mères. Les pressions de la famille découragent en particulier les rapports sexuels parmi les couples dont un enfant est marié. Il est important de souligner cette pratique, très commune à travers l'Inde, car elle correspond précisément à une contraception d'arrêt : en s'exerçant sur des couples dont la reproduction simple est déjà assurée, puisqu'ils deviennent grands-parents, cette norme suggère que le système traditionnel ne vise moins à une fécondité illimitée qu'à l'assurance de la reproduction de la lignée⁷.

Ce bref détour vise à rappeler que les politiques de fécondité se jouent à plusieurs échelles sociales et que l'action gouvernementale, plutôt récente en Inde, est avant tout un nouvel élément dans les processus de décision familiale qui commandent les comportements démographiques. Depuis les cinquante dernières années, le développement de la politique indienne de limitation des naissances doit par conséquent se comprendre comme la confrontation entre différentes instances régulatrices autour de la gestion de la reproduction, et notamment de la sexualité féminine. Les institutions traditionnelles ont vu progressivement leur rôle diminuer en raison de la pénétration progressive de l'Etat à travers les politiques familiales et sanitaires, mais ont offert une grande résistance à ces tentatives d'invasion. En certaines régions du pays, l'action gouvernementale en matière de choix reproductifs est d'ailleurs lettre morte jusqu'à la fin du siècle dernier. Mais la modernisation des conditions et des rapports socio-économiques, et notamment l'introduction de l'emploi salarié individuel, a fait en outre apparaître une nouvelle conscience familiale, autour de la famille nucléaire, et également réduit le rôle des instances collectives plus large, qu'il s'agisse de la famille élargie ou encore de la sous-caste locale. La promotion de la limitation des naissances par le gouvernement, dont l'objectif initial reste d'instrumentaliser les femmes au service du public (Kumar, 2002), a involontairement encouragé l'émergence de nouvelles instances décisionnelles, notamment autour des femmes et du noyau conjugal, en leur offrant à la

⁷ Cette pratique est à situer dans un complexe patrilocal ou virilocal, dans lequel les parents vivent avec ou auprès de leurs fils mariés, alors que les filles ont rejoint la famille de leur mari et éventuellement quitté le village. Le complexe de la grand-mère enceinte concerne donc avant tout les femmes ayant des enfants en même temps que leur *fills*, c'est-à-dire quand la lignée patrilatérale est assurée de sa reproduction.

fois un soutien idéologique et des moyens techniques pour explorer de nouvelles stratégies familiales. Pour simplifier, on dira que les institutions traditionnelles, caste et lignée, ont depuis cinquante ans cédé un terrain considérable face à la consolidation de la famille (nucléaire) et aux incursions multiples de l'Etat dans le domaine reproductif. Le poids respectif revenant à chacun de ces sites d'influence a en vérité été très variable selon les régions et les groupes sociaux, mais la tendance générale est puissante et couvre l'ensemble du pays.

Ce court chapitre ne peut malheureusement prétendre examiner simultanément ces trois plans de structuration sociale pour diverses raisons. Nous sommes en effet mieux renseignés sur les politiques de fécondité à l'échelle nationale, leur mise en place et leurs effets mesurables en termes de prévalence contraceptive ou de baisse de la fécondité, que sur les dynamiques familiales enclenchées par la pénétration de l'Etat. Les études statistiques ou démographiques sont en effet beaucoup plus exhaustives et nombreuses que les analyses socio-anthropologiques, lesquelles sont en outre difficilement transposables en raison de la plasticité singulière des contextes sociaux en Inde. Nous adopterons donc une perspective essentiellement globale, en retraçant l'évolution des politiques nationales, mais le cas d'un Etat indien sera l'objet d'une analyse plus fine.

Le programme de planification familiale, désormais quinquagénaire, se prête à une analyse historique que nous allons présenter ici, en divisant la période d'études en quatre segments : la période de mise en place de 1951 à 1966, l'intensification de 1966 à 1977, le repli et la modération de 1977 à 1993, et la période actuelle marquée par une réorientation globale du programme. Cette analyse est complétée par un examen des investissements publics (chiffres en annexe) et des résultats en matière de prévalence contraceptive, ainsi que par une réflexion sur l'efficacité du programme nourrie par l'expérience de l'Etat du Tamil Nadu. En fin de chapitre, nous essaierons de rapporter le succès très inégal de ces politiques à travers le pays aux régimes sociaux qui prévalent dans les différentes régions.

Le lancement (1951-1966)

Avant l'indépendance du pays en 1947, de nombreux débats avaient déjà traversé la société civile à propos du rôle de la croissance de la population dans le développement social et économique de l'Inde, que la littérature britannique coloniale, à connotation fortement malthusienne, tenait pour responsable d'un grand nombre des maux économiques dont souffrait le pays. De nombreuses personnalités et organisations, engagées dans les mouvements de réforme sociale durant la fin de la période coloniale, ont abordé ces questions, à l'instar du principal acteur politique, le Parti du Congrès. Son comité de planification nationale formula en 1935 un ensemble de recommandations concernant les questions de population. Il encourageait notamment l'Etat à adopter une politique démographique et proposait un contrôle des naissances, reposant à la fois sur la maîtrise

individuelle (l'abstinence) et l'introduction de moyens contraceptifs. Plus tard, la célèbre commission Bhore travaillant sur le personnel de santé et le développement pour le gouvernement souligna en 1946 les besoins en matière d'offre de contraceptifs⁸.

De même, des associations civiles comme la *Madras Neo-Malthusian League* ou la *Birth Control League* de Bombay avaient défendu la limitation des naissances durant l'entre-deux-guerres, s'adressant toutefois principalement aux élites urbaines. Ce discours rejoignait en partie le point de vue des nationalistes, privilégiant le rôle reproductif des femmes indiennes et délégitimant toute autre forme de sexualité. Mais l'ambition de régulation familiale propre aux couches supérieures de la population correspondait à leur propre mouvement d'ascension sociale au sein de la société coloniale, grâce notamment à l'éducation et à l'adoption de principes modernes inspirés des valeurs européennes. Cette stratégie reposait cependant sur une contradiction, car elle impliquait une croissance démographique disproportionnée des classes populaires qui n'auraient pas accès à l'instruction. Elle risquait ainsi de nourrir la menace représentée par un futur déséquilibre du statu quo socio-démographique. En Inde, la résistance à la diffusion de la contraception est souvent basée sur le péril que représentent les différentiels de croissance sur l'assiette démographique, locale ou nationale, et notamment les équilibres historiques entre groupes sociaux et religieux. De plus, l'idée de recourir à des moyens artificiels pour le contrôle des naissances rencontrait une certaine résistance dans des milieux « conservateurs », numériquement dominants et forts de la position du Mahatma Gandhi. Ce dernier défendait l'abstinence volontaire des couples comme solution à la « surpopulation » et répugnait à l'idée d'une prévention artificielle des naissances qui dissocierait la sexualité de la procréation. Il représentait la mouvance dominante de la société civile indienne, faisant écho aux franges les plus conservatrices qui voulaient préserver le statu quo social et la primauté de la communauté sur l'action individuelle. Mais il représenta aussi des courants modernistes, projetant une nouvelle identité de genre reposant sur la responsabilité individuelle et le *self-control*, dans une tradition gandhienne, et sur les devoirs du père producteur et de la mère reproductrice de l'Inde future. La contraception agitait en outre la peur d'une anarchie sexuelle et d'une érosion de la complémentarité des genres, risquant de faire dérailler la modernité indienne. Un député de Kochi s'indigna ainsi en 1943 à propos de limitation des naissances :

« *Some, who want to have the enjoyment of actions, want to avoid the obligations of it. Is it not immoral ? You want your passions to be satisfied and yet are not ready to bear the resultant burdens...* »⁹

De nombreuses réserves furent émises quant à l'opportunité de diffuser des contraceptifs à travers les infrastructures publiques. Il faut ajouter que la pression démographique n'était initialement pas ressentie comme dramatique : la croissance de la population était

⁸ Sur la période coloniale et la position des différents acteurs, voir notamment Gupta (2000), Srinivasan (1995), Anandhi (1998) et Krishnaji (1998).

⁹ « Certains, qui veulent jouir de leurs actions, veulent en éviter les obligations. N'est-ce pas immoral ? Vous voulez satisfaire vos passions sans pour autant être prêt à subir les conséquences... ». Cette citation vient de Devika (2000) qui fournit une analyse très fine de ces discours dans le contexte du Kerala du XX^e siècle. Voir aussi Chatterjee et Riley (2001).

restée modérée jusqu'en 1941, s'élevant rarement au-dessus d'une progression annuelle de 1 % et connaissant même des baisses comme durant la décennie 1911-1921 marquée par la dramatique épidémie de grippe qui emporta environ 20 millions de personnes (tableau 1). Les rares méthodes contraceptives existant à cette époque n'étaient en outre guère promues de par le monde et étaient au contraire explicitement interdites en de nombreux pays, rendant difficile tout plaidoyer pour la planification familiale.

Tableau 1 – Croissance de la population en Inde, 1901-2001

Année	Population (en milliers)	Durant la décennie précédente	
		Croissance en %	Taux d'accroissement annuel
1901	238,396		
1911	252,093	5,75	0,56
1921	251,321	- 0,31	- 0,03
1931	278,977	11,00	1,04
1941	318,661	14,22	1,33
1951	361,088	13,31	1,25
1961	439,235	21,51	1,96
1971	548,160	24,80	2,22
1981	683,329	24,66	2,20
1991	846,303	23,86	2,14
2001*	1 027,015	21,34	1,94

*Chiffres provisoires du recensement de 2001.

Source : India, Registrar General (1993) ; India, Registrar General (2001a).

Durant les années qui suivirent la fin du régime colonial, la première tâche fut de réformer les structures de gouvernance pour doter le pays d'une administration démocratique, munie d'une constitution prenant effet dès 1950 et d'un plan économique quinquennal à partir de 1951. La population n'avait alors pas enregistré de croissance exceptionnelle et de nombreuses provinces, comme le Bengale ou le Punjab, avaient au contraire subi les effets dévastateurs de la famine et de la partition du sous-continent indien, entre l'Inde et le Pakistan, qui causèrent la mort de plusieurs millions de personnes. En dépit de ce contexte équivoque, la variable démographique fut intégrée dans le premier plan quinquennal et l'infléchissement de la croissance démographique considéré comme nécessaire pour l'amélioration du niveau de vie. Anticipant la baisse attendue de la mortalité, la maîtrise de la croissance démographique reposait donc sur une réduction de la fécondité. Cette dernière fut alors identifiée comme un des objectifs pour la nation et un comité fut constitué à cet effet en 1953 (*Family Planning Research*

and Programme Committee ou FPRPC), au sein de la direction générale des services de santé (Raina, 1988). La planification familiale dépendait alors du Ministère de la santé, même si la ministre d'alors, Rajkumari Amrit Kaur, à l'instar d'autres personnalités, éprouvait certaines réserves face aux méthodes artificielles, chirurgicales ou chimiques notamment. L'accent se porta ainsi sur les méthodes dites naturelles, telles les questions des rythmes féminins, même si les cliniques de planification familiale fournirent également quelques contraceptifs comme le diaphragme ou les gels. Le modèle prévalant encore était celui d'une responsabilisation des individus face à leurs devoirs familiaux (bien élever une progéniture réduite) ou nationaux (limiter la pression démographique de la jeune nation indienne). Le succès rencontré durant cette période fut modeste, mais le principe de l'intervention officielle dans ce domaine se trouva entériné par une discussion régulière des questions démographiques dans les instances gouvernementales.

Le second plan de 1956-1961 suscita un nouveau développement du programme de planification familiale et vit le jour du *Central Family Planning Board* (CFPB), instance consultative élargissant les prérogatives du FPRPC qu'il remplaça. De nombreux Etats instaurèrent également des conseils de planification familiale et nommèrent des administrateurs pour les activités de régulation des naissances, alors que des centres de planification familiale s'ouvrirent en de nombreux endroits, le plus souvent au sein d'hôpitaux ou de dispensaires publics afin d'en faciliter l'accès. La stérilisation chirurgicale fut acceptée comme méthode de limitation des naissances et quelques innovations apparurent : ainsi, l'Etat de Madras (aujourd'hui Tamil Nadu) proposa une prime monétaire aux personnes stérilisées, afin de compenser les pertes dues à un congé de repos à la suite de l'intervention. Cette formule sera plus tard adoptée par de nombreux Etats, devenant finalement un élément du programme national. D'autres Etats offrirent aux couples des primes en nature ou d'autres avantages monétaires (vêtements, nourriture, ustensiles courants, etc.) et des « camps de stérilisation » furent plus tard mis en place afin de venir au-devant des demandeurs résidant trop loin des cliniques de planification familiale installées dans les grandes villes.

En 1961, alors que le troisième plan quinquennal était inauguré, la pression démographique se fit soudain sentir à travers les résultats inquiétants du recensement faisant état d'une croissance record de près de 2 % par an. Le décollage démographique était, certes, avant tout attribuable à la baisse de la mortalité, mais la fécondité ne baissant pas, la pression malthusienne devint évidente (tableau 2)¹⁰.

Les études démo-économiques, comme celle de Coale et Hoover (1958), aboutissaient d'ailleurs à des prévisions démographiques beaucoup plus hautes, et plus exactes, que celles des autorités indiennes et soulignaient le ralentissement potentiel sur le développement économique de cette croissance de la population : réduction de l'épargne publique et privée, accroissement des charges sociales du gouvernement, ralentissement des gains de productivité. L'étude formalisait en quelque sorte la mise en garde contre les effets néfastes d'une croissance démographique trop forte exprimée dans la conclusion de

¹⁰ Les données utilisées pour l'évaluation des tendances démographiques en Inde – fécondité, mortalité – sont dérivées de l'état civil par échantillon (SRS, *Sample Registration System*).

l'ouvrage classique de Davis (1951). A partir de cette période, une mobilisation très large en faveur du contrôle des naissances dans les pays pauvres se mettait d'ailleurs en place, impliquant des démographes, des médecins ou des économistes, et allait alimenter les institutions internationales comme le FNUAP, l'USAID, l'OMS ou l'Unicef. Il serait trompeur de faire dépendre l'action indienne de la formation de ces groupes de pression, car le cheminement politique de l'Inde en matière de population est, on l'a vu, ancien et, sur bien des points, précéda le discours néomalthusien des années 1960.

Tableau 2 – Indicateurs de fécondité et de mortalité, Inde

Période	Natalité	Mortalité	Espérance de vie à la naissance	
			Homme	Femme
Estimations basées sur le recensement				
1901-1911	49,2	42,6	22,6	23,3
1911-1921	48,1	47,2	19,4	20,9
1921-1931	46,4	36,3	26,9	26,6
1931-1941	45,2	31,2	32,1	31,4
1941-1951	39,9	27,4	32,4	31,7
1951-1961	41,7	22,8	41,9	40,6
1961-1971	41,2	19,0	46,4	44,7
Estimations du SRS				
1971-1975	35,6	15,5	50,5	49,0
1976-1980	33,4	13,8	52,5	52,1
1981-1985	33,6	12,1	55,4	55,7
1986-1990	31,4	10,6	57,7	58,1
1991-1995	28,9	9,5	59,7	60,9
1996-1999	26,8	8,9	60,1*	61,4*
2002	25,0	8,1	<i>Non disponible</i>	

*Pour la période 1992-1996. Sources : 1901-1971 : Estimations indirectes à partir des données censitaires par le *Registrar General, India* ; citées dans India, Ministry of Health and Family Welfare (1999). 1971-1999 : Les taux de mortalité et de natalité sont les moyennes des taux annuels estimés par Sample Registration System (SRS). Les espérances de vie viennent des tables de mortalité du SRS ; India, Registrar General (1999, 2001c). Les chiffres de 2002 proviennent du *Sample Registration System Bulletin*, d'octobre 2003, et sont des estimations provisoires.

Cette mobilisation relayée progressivement par la classe politique reposait désormais sur une inquiétude des classes moyennes montantes dont l'émergence politique et économique se trouvait à terme menacée par la pression démographique des classes

populaires, encore marginalement bénéficiaires des profits de l'essor national. La régulation des naissances apparut alors comme la recette indispensable pour contrôler la croissance démographique, et indirectement comme une solution apolitique à la question de la pauvreté (Devika, 2002). Il était en même temps apparent qu'en dépit des premiers efforts du programme de planification familiale, seule une infime proportion des couples recourait à la contraception. Parmi les 70 millions de couples en âge reproductif de 1961, moins de 300 000 avaient opté pour la stérilisation et parmi eux, une majorité émanant des classes moyennes urbaines. Même si les données pour les autres méthodes manquent, on peut considérer sans risque d'erreur que la prévalence contraceptive demeurait alors pour ainsi dire négligeable et que les efforts volontaires en la matière étaient insuffisants pour avoir des répercussions démographiques visibles.

Cette situation appelait une réaction plus forte en termes d'efforts pour la planification familiale, car la mise en place des premières cliniques ne semblait pas suffire en l'absence d'une large approbation de l'idée de contrôle des naissances. Ce besoin de prise de conscience des questions démographiques et de mobilisation sociale conduisit à une politique d'approche « extensive », qui « implique des méthodes d'identification des leaders influents dans les différentes catégories de populations, des méthodes pour les encourager à s'informer et s'intéresser à la promotion de la norme de la petite famille dans leurs communautés, des méthodes pour leur transmettre toute autre information sur la planification familiale et les aider à promouvoir activement les pratiques contraceptives au sein de leurs groupes » (Raina, 1988). Des programmes d'orientation furent ainsi organisés pour les responsables politiques et sociaux ainsi que les bureaucrates. En outre, les personnels de santé étaient également incités à contacter les couples d'âge reproductif et à les motiver en faveur de la planification familiale. Le programme fut renforcé par la suite, permettant notamment d'augmenter sensiblement le nombre des centres de planification familiale et de travailleurs sociaux afférents.

Le problème de la population devint alors un sujet favori des médias (presse, radio, campagne d'affichage, etc.), chargés de propager le message néomalthusien, et l'image autrefois positive de la grande famille allait progressivement se transformer en source originelle de la pauvreté, de l'ignorance, puis de la mauvaise santé de la population. L'iconographie de la planification familiale a reposé initialement sur le triomphe symbolique de la petite famille moderniste sur la famille pléthorique d'antan : cette dernière était représentée comme affligée de tous les maux – analphabétisme, manque d'hygiène et de soins, discorde familiale, dénuement matériel, etc. (Chatterjee et Riley, 2001). Cette allégorie des bienfaits de la limitation des naissances, déclinée sur de nombreux modes, faisait apparemment de la famille moderne le support naturel des progrès économiques de la nation.

Le gouvernement se fixa un premier objectif démographique, celui de réduire à 25 pour 1000 le taux de natalité en 1973 (objectif finalement atteint 25 ans plus tard)¹¹. Le niveau d'acceptation de la planification familiale commença à progresser durant la

¹¹ Voir Srinivasan (1982) pour un relevé systématique des objectifs démographiques au fil des années.

période quinquennale. A la fin du troisième plan, les services de planification familiale étaient en effet devenus nombreux et plus accessibles grâce aux officines publiques aussi bien en ville que dans les campagnes. Le réseau des centres de soins primaires (*primary health centres* ou PHC), sur lequel se greffa la politique de restriction des naissances, était en effet en train de s'étendre considérablement dans le pays, se répartissant de manière équilibrée afin de couvrir environ cent mille personnes dans les zones rurales. Même si les niveaux de prévalence contraceptive restaient encore très bas, l'idée malthusienne de limitation du nombre d'enfants avait largement progressé dans l'opinion, devenant en premier lieu familière, puis progressivement acceptée. Les connaissances en matière de disponibilité et de gratuité de l'offre contraceptive, même réduite, firent de larges progrès durant cette période.

L'intensification et le dérapage (1966-1977)

Plusieurs développements importants, technologiques aussi bien que stratégiques, intervinrent au milieu des années soixante. Le premier dispositif intra-utérin (Lippes' loop) devint disponible et une mission des Nations unies en Inde recommanda en 1965 un programme renforcé fondé sur une promotion plus énergique du stérilet, des condoms et de la stérilisation. Une approche en termes de cibles (*target approach*), définissant des objectifs numériques précis pour la diffusion des contraceptifs, fut introduite par l'administration qui se constitua alors en un département autonome de planification familiale au sein du Ministère de la santé. On procéda au recrutement de femmes et d'hommes pour assurer les services de limitation des naissances et motiver les couples, au niveau local des centres de soins primaires, et on renforça la hiérarchie administrative par des superviseurs à différents niveaux. L'approche par cible exigeait des résultats concrets, en fixant des objectifs numériques par Etat du nombre annuel d'utilisateurs, qui seraient répercutés à l'échelle des districts puis des centres de planification familiale. Les travailleurs sociaux recrutés devaient atteindre des quotas précis en termes de stérilisations, de stérilets ou de pilules et leur évaluation en dépendait. Ceci créa une pression réelle sur les personnels de santé en les poussant à un recrutement élargi de nouveaux acceptants. L'accent fut alors mis sur la stérilisation qui devint l'objectif premier de leurs efforts.

Une sévère sécheresse dans le milieu des années 1960 provoqua une baisse sensible de la production alimentaire en Inde et les disettes furent évitées grâce aux importations de grain. Le revenu moyen par tête baissa de 8 % en 1965-1967 (India, Central Statistical Organisation, 2000) et la pression démographique apparut de manière encore plus forte par la population et les leaders politiques. Les questions de population, et notamment l'impact de la croissance sur l'économie et la société indiennes, furent alors l'objet de discussions plus larges dans la société civile, alors que de nombreuses instances internationales, intergouvernementales ou non gouvernementales, appuyaient les programmes de planification familiale. Un consensus émergea parmi les élites sur les

besoins de régulation de la fécondité et l'approche par cible, d'esprit similaire aux objectifs que se fixait régulièrement la planification économique, ne suscita aucune critique.

C'est à cette époque qu'intervint la libéralisation de l'avortement provoqué en Inde, en l'absence de toute mobilisation féministe à ce sujet et largement en avance sur de nombreux occidentaux en la matière. La mesure ratifiée en 1972 (*Medical Termination of Pregnancy Act, 1971*) autorisait les avortements conduits par des praticiens qualifiés, notamment en cas d'échec d'autres méthodes contraceptives (Chandrasekhar, 1994). Même si l'avortement fut légalisé pour des raisons sanitaires, afin de protéger notamment les femmes des avortements clandestins, il vint se rajouter aux choix possibles de limitation des naissances et constituait donc un instrument de la politique de limitation des naissances. Un programme *post-partum* fut également introduit dans de nombreux hôpitaux pour faciliter la contraception et la stérilisation après l'accouchement.

Un autre développement important est lié au succès d'une initiative d'un préfet (*district collector*) d'Ernakulam au Kerala en 1970-1971. Il organisa un camp de stérilisation de masse, avec l'appui du gouvernement régional communiste, et en généralisant les stimulants monétaires pour les participants, il parvint à doubler son objectif initial en enregistrant non moins de 65 000 vasectomies en deux semaines sans problèmes sanitaires notables. Le gouvernement central alors convaincu encouragea la tenue de nouvelles initiatives ailleurs en Inde sur le modèle d'Ernakulam, comme par exemple en plusieurs localités au Gujarat dès la fin de l'année 1971. Ces camps, organisés sur le mode de la foire, parvenaient toutefois à donner une image banalisée, voire festive, aux campagnes officielles de limitation des naissances. De même, la distribution des condoms prit de l'ampleur grâce à la stratégie de mise à disposition gratuite auprès de détaillants de biens de consommation courants, autorisés ensuite à les revendre à un prix modique. Les préservatifs furent ainsi largement disponibles et le secteur privé joua par conséquent un rôle dans la diffusion des méthodes contraceptives, diversifiant également les supports de pénétration de l'idéologie malthusienne.

La planification familiale fut intégrée dans les programmes sanitaires, d'autant qu'il semblait inefficace de séparer les employés de la planification familiale de ceux qui étaient engagés dans les divers secteurs de la santé. La formation des cadres de la santé devient polyvalente, combinant les besoins dans les différents domaines à l'échelle locale. De plus, le financement par des agences internationales augmenta très sensiblement. En 1973, une première série des *India Population Projects* fut inaugurée dans deux Etats, l'Uttar Pradesh et le Karnataka, sur financement de la Banque Mondiale et de l'agence suédoise SIDA. D'autres projets furent lancés ultérieurement en d'autres régions, grâce au soutien de diverses organisations internationales. Ces projets visaient à fournir des infrastructures supplémentaires et un soutien technique pour les programmes de planification familiale, mais certains observateurs n'hésitent pas à les considérer comme de formidables gaspillages financiers (Banerjee, 1996).

Les mesures disponibles (tableau 3) indiquent que la contraceptionregistra une sérieuse progression durant la fin des années 1960 et le début de la décennie suivante, même si cette progression a été irrégulière. Le nombre de stérilisations passa de moins d'un demi million en 1964 à 3 millions en 1972-1973, pour retomber l'année suivante et

se redresser ensuite¹². Le stérilet connut un certain succès initial, jusqu'en 1966-1967, mais sa progression s'interrompit ensuite du fait des effets secondaires rencontrés par les femmes et leur absence de suivi dans les infrastructures de santé. La progression de la contraception classique (pour l'essentiel, le condom) fut, elle, plutôt constante.

La plus sévère intensification du programme eut lieu en 1975-1976, à la suite de l'Etat d'urgence déclaré en juin 1975 par le Premier Ministre Indira Gandhi en raison de la situation politique intérieure. Durant l'Etat d'urgence, qui signifia la suspension provisoire des institutions démocratiques (élections, contrôle du politique par la justice, etc.) et l'emprisonnement d'un grand nombre d'opposants, la machine administrative s'arrogea des pouvoirs énormes, et les programmes de planification familiale reçurent un coup de fouet, étant considérés comme prioritaires. La pression sur les travailleurs de santé s'accrut pour qu'ils atteignent leurs quotas de nouveaux acceptants de la contraception, et surtout en matière de vasectomies. A de nombreuses échelles de la hiérarchie administrative, l'accomplissement des objectifs fixés en nombre de stérilisations servit de moyens de pression sur les fonctionnaires et sur les populations. Le certificat de stérilisation devint nécessaire en différents endroits pour obtenir des permis ou des emplois gouvernementaux.

Le climat politique et les encouragements venant du gouvernement central favorisèrent de nombreux excès. Ainsi, des raids, appuyés par la police, furent organisés en certaines localités dans les Etats les plus inféodés au gouvernement central, afin d'identifier des volontaires pour la stérilisation dans des conditions parfois violentes. Ce sont naturellement les couches les plus modestes, travailleurs agricoles ou résidents des bidonvilles, qui en furent les premières victimes. Cette tendance révélait au grand jour l'angoisse des classes moyennes urbaines face à la forte croissance démographique des populations pauvres et la volonté d'étendre au plus vite la baisse de la fécondité aux « classes laborieuses ».

¹² Depuis 1966, les statistiques apparaissent par année financière, c'est-à-dire du mois d'avril à la fin mars de l'année suivante.

Tableau 3 – Nombre d'utilisateurs de la contraception en Inde, 1956-2000
(en milliers)

Année	Stérilisation			DIU	CC	P	Total
	V	T	Total				
1956-1961	135	122	257				257
1962	112	46	158				158
1963	115	56	170		298		468
1964	201	68	270		439		709
1965-1966	577	94	671	813	582		2 066
1966-1967	785	102	887	910	465		2 262
1967-1968	1 648	192	1 840	669	475		2 984
1968-1969	1 383	282	1 665	479	961		3 105
1969-1970	1 056	366	1 422	459	1 509		3 390
1970-1971	879	451	1 330	476	1 963		3 769
1971-1972	1 620	567	2 187	488	2 354		5 029
1972-1973	2 613	509	3 122	355	2 398		5 875
1973-1974	403	539	942	372	3 010		4 324
1974-1975	612	742	1 354	433	2 521		4 308
1975-1976	1 438	1 230	2 669	607	3 495	32	6 804
1976-1977	6 199	2 062	8 261	581	3 634	58	12534
1977-1978	188	761	949	326	3 175	78	4 528
1978-1979	391	1 093	1 484	552	3 387	82	5 505
1979-1980	473	1 305	1 778	635	2 987	82	5 482
1980-1981	439	1 614	2 053	628	3 718	91	6 490
1981-1982	573	2 219	2 792	751	4 439	120	8 102
1982-1983	585	3 398	3 983	1 097	5 765	183	11 028
1983-1984	661	3 871	4 532	2 134	7 661	720	15 056
1984-1985	550	3 535	4 085	2 562	8 505	1 290	16 442
1985-1986	639	4 262	4 902	3 274	9 387	1 358	18 920
1986-1987	810	4 233	5 043	3 935	9 825	1 829	20 632
1987-1988	754	4 186	4 940	4 356	11 342	2 064	22702
1988-1989	617	4 061	4 678	4 851	12 422	2 416	24 368
1989-1990	341	3 840	4 181	4 937	14 186	2 740	26044
1990-1991	255	3 871	4 126	5 370	14 735	3 125	27 356
1991-1992	174	3 916	4 090	4 386	13 875	3 366	25 717
1992-1993	151	4 136	4 286	4 740	15 004	3 001	27 031
1993-1994	150	4 347	4 497	6 017	17 283	4 302	32 099
1994-1995	144	4 436	4 580	6 702	17 707	4 873	33 862
1995-1996	124	4 299	4 422	6 858	17 297	5 091	33 668
1996-1997	72	3 798	3 870	5 681	17 214	5 250	32 015
1997-1998	71	4 167	4 329	6 173	16 795	6 395	33 602
1998-1999*			4 207	6 083	17 308	6 944	34 542
1999-2000*			4 591	6 191	18 360	7 859	37 000

*Données provisoires. Source : India, Department of Family Welfare (1999) et données de son site web.

V : Vasectomie, T : Tubectomie ; DIU : dispositif intra-utérin (stérilet) ;

CC : équivalent en utilisateurs de contraceptifs conventionnels (condoms, diaphragme) ;

P : équivalent en utilisatrices de la pilule.

La censure de la presse empêcha que s'élèvent les protestations organisées contre tous les abus du gouvernement. La position officielle du gouvernement, énoncée par le ministre de la Santé et de la Planification Familiale, le Dr Karan Singh, se traduisit par une première Politique Nationale de Population annoncée en avril 1976. Celle-ci, en accord avec les conclusions de la Conférence de Bucarest en 1974, défendait le rôle de l'éducation et du développement dans la baisse de la fécondité. Mais elle indiquait pourtant qu'il ne serait pas raisonnable d'attendre de tels développements pour favoriser le changement démographique. Selon la politique de 1976, « [...] *it is clear that simply to wait for education and economic development to bring about a drop on fertility is not a practical solution. The very increase in population makes economic development slow and more difficult of achievement. The time factor is so pressing, and the population growth so formidable, that we have to get out of the vicious circle through a direct assault upon this problem as a national commitment* » (India, Department of Family Welfare, 1977).

Cette politique proposait un train de mesures propres à réduire la natalité de 10 pour 1000 en 1984, parmi lesquelles l'élévation à 18 ans de l'âge minimum au mariage pour les jeunes femmes, des mesures d'appui à l'éducation pour les filles et la nutrition. On décida également de geler la répartition des sièges au Parlement et des financements fédéraux sur la base des répartitions démographiques de 1971, afin de ne pas pénaliser les Etats dont la croissance démographique devait baisser. Cette mesure visait à anticiper les oppositions politiques régionales au programme. De manière plus immédiate, 8 % de l'assistance fédérale aux Etats devaient être liés au succès de leurs programmes de planification familiale. En Inde, une part des revenus du gouvernement central est distribuée aux Etats selon certains critères, sociaux ou économiques notamment, et le gouvernement en introduisant ce couplage entre transferts et résultats en matière de planification familiale força la main à de nombreux Etats. La politique nationale proposa également de fixer les primes aux utilisateurs de la contraception en fonction inverse de leur nombre d'enfants, encourageant ainsi la planification familiale parmi les petites familles. Quant aux mesures de stérilisation obligatoire, elles furent approuvées explicitement dans la déclaration de 1976, mais sans être prônées à l'échelle nationale, elles furent laissées à l'appréciation des Etats qui voudraient l'introduire. Karan Singh n'hésita pas à l'époque à assimiler la politique démographique à la défense nationale, en faisant de la limitation des naissances une affaire de survie nationale allant au-delà des débats politiques (Gupta, 2000).

La politique de 1976 fut suivie par l'introduction de la planification familiale dans le programme (dit programme en cinq points) du Youth Congress, aile du parti du Congrès au pouvoir, et alors emmené par Sanjay Gandhi, le fils cadet du Premier Ministre. Le mouvement de Sanjay Gandhi bénéficia durant l'Etat d'urgence de pouvoirs extra-constitutionnels, mis à contribution pour exercer une pression considérable sur l'appareil d'Etat afin d'arriver à des progrès importants en matière de planification familiale, notamment de stérilisation. En quelques mois, de nombreux gouvernements régionaux, en particulier ceux dominés par le Parti du Congrès, réalisèrent leur quota annuel et doublèrent leurs objectifs cibles afin de satisfaire les requêtes de Sanjay Gandhi.

Différentes instances des ministères s'attelèrent au programme en favorisant les stérilisations.

On observa un accroissement phénoménal des stérilisations durant cette période, et principalement des vasectomies masculines. Le chiffre annuel passe de 2,7 millions en 1975-1976 à 8,3 millions l'année suivante, dont 6 millions de vasectomies. Dans certaines régions où la planification familiale n'avait rencontré jusqu'alors qu'un très faible succès, la progression fut encore plus étonnante : en Uttar Pradesh et au Madhya Pradesh, les chiffres annuels se multiplièrent respectivement par 6 et par 8 en une année. D'une manière générale, c'est dans le nord et le centre de l'Inde que l'effet de l'Etat d'urgence a été le plus drastique, alors que les Etats du reste de l'Inde ont connu des changements plus modérés¹³.

Le repli et la modération (1977-1993)

Le prix payé pour ces excès durant l'Etat d'urgence fut lourd. En premier, la pression sur le nombre de nouveaux acceptants ne correspondit pas à une augmentation concomitante des infrastructures et le système sanitaire se trouva en état de stress. Les violents efforts pour motiver les couples se fondaient sur des méthodes souvent dépourvues de sanction légale, au point que la distinction entre persuasion et coercition se réduisit brutalement. Les protestations contre les excès, stérilisations forcées ou décès à la suite des stérilisations, se firent entendre et se transformèrent progressivement en vaste rumeur contre le programme de planification familiale, programme imposé par le gouvernement contre l'avis des populations, notamment dans les Etats ayant connu l'intensification la plus autoritaire. Encore aujourd'hui, les villageois de nombreuses régions en Inde se rappellent l'époque de l'Etat d'urgence où ils devaient fuir quand arrivaient dans leurs localités les équipes de planification familiale¹⁴.

Les partis d'opposition, lors des élections de 1977, firent de la planification familiale un de leurs principaux griefs contre Mme Gandhi et son fils cadet, lesquels ne parvinrent pas à se faire réélire dans leurs circonscriptions alors que le Parti du Congrès connut une déroute historique. Cette défaite était particulièrement accusée dans le nord du pays qui avait mis le plus d'empressement à atteindre de nouveaux quotas de stérilisations pour satisfaire Sanjay Gandhi. Au-delà du ressentiment contre la gestion autoritaire de Mme Gandhi, les résultats de ces élections montraient combien, de par le jeu démocratique, les positions malthusiennes des classes moyennes restaient minoritaires. Ceci confirmait de manière extrême qu'en Inde, comme dans les autres pays démocratiques,

¹³ Pour une description et une analyse de cette période: Pai Panandiker *et al.*, (1978); Gwatkin (1979); Pai Panandiker and Umashankar (1994) ; Cassen (1978).

¹⁴ Voir par exemple les récits recueillis en 2002 au Karnataka par l'équipe du South India Fertility Project : www.demographie.net/sifp/phase2 .

les politiques de limitation des naissances ne sont que très rarement récompensées par des succès électoraux et que les politiciens prennent beaucoup de risques à s'en faire les porte-parole. Plusieurs gouvernements régionaux, en exerçant durant l'Etat d'urgence des pressions directes sur leur propre bureaucratie en les forçant à produire un certificat de stérilisation ou d'assurer la « motivation » d'autres personnes, s'assurèrent un retour de flamme électoral¹⁵.

En Uttar Pradesh, c'est Raj Narain, un des critiques les plus sévères de l'Etat d'urgence, qui devait personnellement battre Mme Gandhi en 1977, pour devenir ensuite ministre de la Santé et de la Planification familiale du nouveau gouvernement. Une nouvelle déclaration de politique de population, en 1977, exclut toute mesure coercitive et si le programme précédent ne fut pas abandonné entièrement, l'accent se déplaça vers son élargissement à toutes les questions de santé familiale. Le Ministère devint celui de la « santé et du bien-être familial ». La nouvelle politique maintenait toutefois le cap de la promotion de la réduction des naissances, conservant des mesures telles que le gel de la redistribution de l'Etat central vers les régions, même si la disposition visant à en lier 8 % au progrès de la planification familiale dans les régions ne fut pas réellement mise en œuvre (Mitra 1978).

Dans un contexte dominé par un fort ressentiment face à l'approche coercitive de 1976, les déclarations politiques du nouveau gouvernement, favorables à la poursuite du programme de planification familiale, ne réussirent pas à être crédibles. Le programme de planification familiale restait totalement discrédité et personne ne pensa le gouvernement réellement en faveur de sa consolidation. Les objectifs ciblés d'autrefois devinrent de simples directives et les intervenants de santé ne reçurent plus de quotas. De plus, après la débâcle électorale, plus aucun parti ne voulait s'avancer en faveur d'une politique dynamique de restriction des naissances. Comme l'indiquent les données officielles, le nombre de stérilisations chuta en 1977-1978 encore plus rapidement qu'il n'avait crû l'année précédente. Ce fiasco fut encore plus prononcé dans les Etats dont les gouvernements locaux avaient activement soutenu la nouvelle politique de planification familiale en 1976. Ce retournement de tendance inaugure aussi le déclin rapide des stérilisations masculines dans l'ensemble des stérilisations pratiquées que nous décrivons plus loin.

Les méthodes réversibles ne souffrirent pas d'un recul aussi brutal et purent même continuer de progresser, d'autant qu'elles n'avaient pas fait l'objet de la même publicité négative que les stérilisations pendant l'Etat d'urgence. La pilule anticonceptionnelle, introduite à cette époque, enregistra une progression graduelle et au bout de quelques années, le niveau de prévalence rattrapa puis dépassa celui de 1975. Un groupe de travail sur la population recommanda en 1979 un objectif de niveau de remplacement des générations (taux de reproduction nette unitaire) en 2001-2002 pour le pays dans son ensemble, certains Etats étant susceptibles de l'atteindre dès 1991-1992.

¹⁵ Le refus de la stérilisation pour les fonctionnaires ayant plus de trois enfants devint ainsi un motif de sanction dans de nombreux Etats qui avaient décidé d'opter pour les mesures autoritaires évoquées par la déclaration politique de 1976 (Pai Panandiker *et al.*, 1978).

Après les échecs des coalitions qui lui avaient succédé, Mme Gandhi revient au pouvoir en 1979, mais cette fois-ci sans mettre l'accent sur sa politique démographique, ce qui aurait été fort risqué (Kocher 1980). L'intégration de la planification familiale aux services de santé se poursuivit et à la suite des déclarations d'Alma-Ata sur la santé pour tous en 2000. Le gouvernement annonça une nouvelle politique démographique en 1983. Celle-ci se fixait des objectifs pour l'an 2000 et appelait au renforcement du programme de santé. En augmentant le nombre de centres de soins primaires par habitant, le gouvernement favorisa la création de nombreux dispensaires publics, qu'il s'agisse de *Community Health Centres* ou de *Primary health Centres*. Cette période est marquée par une progression modérée du nombre des acceptants, dans un climat traduisant un très faible investissement des acteurs politiques dans ce domaine. Toutefois, cette reprise se fit aux dépens des vasectomies, qui ne se relevèrent jamais des excès des années 1970 et des rumeurs qu'elles avaient suscitées. Le poids de la stérilisation revint alors aux femmes et le nombre des tubectomies, opérations pourtant plus délicates que les vasectomies, augmenta très vite (voir les statistiques présentées plus bas).

La réorientation depuis 1993

Au début des années 1990, si l'ensemble de la population du pays était désormais familier de la planification familiale et de ses techniques, le niveau de prévalence n'atteignait que 40 % des couples. Avec une croissance toujours autour de 2 % par an, en raison de la baisse concomitante de la natalité et de la mortalité, le sentiment d'un échec relatif du programme était fréquent. Pourtant, la baisse de la fécondité, engagée partout en Inde, était confirmée aussi bien par les estimations annuelles du SRS (*Sample Registration System*) que celle de l'enquête nationale du NFHS (*National Family and Health Survey*)¹⁶. Dans plusieurs régions, la fécondité était d'ailleurs tombée au niveau du seuil de remplacement des générations ou s'en rapprochait. Ce résultat avait été obtenu sans politique contraignante et en l'absence de développement économique exceptionnelle, contrastant ainsi avec plusieurs pays d'Asie du Sud-Est dont la progression économique fut spectaculaire ou avec la Chine qui introduisit des mesures particulièrement coercitives.

Les groupes de pression internationaux, si actifs précédemment, virent également leur voix s'affaiblir durant les années 1980, d'autant que certaines de leurs prédictions apocalyptiques sur les effets de la croissance démographique dans les pays en développement ne se matérialisèrent point. Si l'encouragement aux politiques de population demeurait, l'accent fut désormais mis sur la mère et l'enfant, notamment à partir des concepts de santé reproductive ; les gouvernements doivent désormais se contenter d'aider les couples à atteindre leur objectif démographique, plutôt qu'imposer une norme

¹⁶ Estimations du NFHS-2 dans IIPS and ORC Macro (2000). Pour les chiffres du SRS, voir la publication synthétique de 1999 (India, Registrar General, 1999).

de petite famille. Les délibérations et les recommandations de la Conférence du Caire (ICPD) en 1994 ont reproduit ce nouveau consensus, reconnaissant en son préambule : « *the basic right and responsibility of couples and individuals to make informed choices about child-bearing and on the responsibilities of societies to help them achieve their reproductive goals* ». ¹⁷ Ce thème récurrent de l'ICPD revendique pour les individus le droit à une fécondité choisie, excluant toute mesure coercitive y compris les quotas et objectifs numériques à atteindre. Pour autant, la politique prônée n'est pas nataliste, puisqu'il appartient aux couples de prendre leurs responsabilités pour assurer les besoins fondamentaux d'éducation et de protection sanitaire à leur progéniture à leur progéniture.

La Conférence du Caire, au lieu de faire de la croissance démographique un « problème » devant être réglé par les gouvernements, opta pour une approche holistique, s'attaquant aux questions de droits reproductifs, d'équité de genre, de développement soutenable, de lutte contre la pauvreté, etc. La santé reproductive et ses différentes composantes reçoivent ainsi une place importante dans cette perspective, et de nombreux Etats reconnaissent l'existence d'une demande non satisfaite en moyens de contraception. Les implications de ces changements d'orientation sont alors nombreuses.

En 1993, le gouvernement constitue un comité d'experts, communément appelé le comité Swaminathan, pour formuler une nouvelle politique de population et dont le rapport sera soumis en 1994 (India, Expert Group on Population Policy, 1994), simultanément à tous les débats s'instaurant autour de la Conférence du Caire. Les questions abordées sont de fait largement similaires et comme le forum du Caire, le comité Swaminathan reflète un nouvel état d'esprit sur les questions démographiques. Tout en prônant la norme de la famille de deux enfants, le comité laisse aux couples le soin de fixer leurs propres objectifs, fixant à 2010 le niveau de fécondité de remplacement (soit 2,1 enfants par femme) à atteindre. Il propose le démantèlement du système des quotas et des objectifs numériques par méthodes contraceptives, s'opposant en outre aux primes et récompenses en nature ou en cash revenant aux acceptants et aux personnels de la santé. L'approche doit désormais venir des populations (*bottom-up*), et non de la hiérarchie (*top-down*). Le rapport du comité réclame une politique plus compréhensive, intégrant la santé maternelle et infantile, et la planification familiale. Il aborde dans le même temps les questions de pauvreté, de qualité de vie, ou encore de discrimination sexuelle.

Après le dépôt de ce rapport, quelques changements intervinrent dans le fonctionnement du Ministère de la santé et du bien-être familial et certaines recommandations furent intégrées dans le programme de planification familiale national. Ainsi, le principe ancien des *targets* fut abandonné en 1996 et un schéma d'évaluation des besoins communautaires par les acteurs locaux remplaça la planification hiérarchique. Mais en l'absence de politique nationale de population formulée par le gouvernement, un certain scepticisme demeurait, notamment à propos des évaluations communautaires des besoins et le

¹⁷ "Le droit et la responsabilité fondamentaux des couples et des individus à faire des choix informés en matière de procréation et la responsabilité des sociétés à les aider à atteindre leurs objectifs reproductifs". Extrait de United Nations (1994).

système des cibles a persisté en l'absence de solutions de remplacement efficaces (Visaria and Chari, 1998). En 2000, le gouvernement a finalement annoncé officiellement sa nouvelle politique, la *National Population Policy 2000* (India, Department of Family Welfare, 2000). Celle-ci reprend des éléments recommandés par le comité Swaminathan et s'inspire des conclusions du Caire, tout en s'en écartant de manière sensible sur d'autres points. Tout en mentionnant les débats sociaux plus larges, elle prolonge clairement la politique de 1983, restant centrée sur les questions démographiques et notamment celles qui relèvent de la planification familiale.

La nouvelle politique affirme l'engagement du gouvernement pour le caractère volontaire et informé des choix contraceptifs, entérinant les droits reproductifs des couples et l'abandon de l'approche par quotas. Un thème récurrent dans le document recouvre la question de la demande non satisfaite de contraception. De plus, l'effet de la baisse de la fécondité, à savoir la croissance de la population âgée, est également clairement identifié. De nombreux traits de ces formulations sont effectivement empruntés aux conclusions de la Conférence du Caire. Toutefois, il est écrit que les groupes en âge reproductif doivent impérativement adopter la norme des petites familles, « sans délai ni exception » (India, Department of Family Welfare, 2000, paragraphe 9) et le gouvernement entend la promouvoir vigoureusement. Des formules récompensant les couples et les instances locales (Panchayats ou Zilla Parishad) sont également proposées à cette fin, ce qui distingue clairement le document politique indien des recommandations du comité Swaminathan ou de la Conférence du Caire.

Si la nouvelle politique nationale de population est influencée par les nouvelles orientations données par la Conférence du Caire et le comité Swaminathan, elle reste également marquée par un héritage antérieur qui la porte à encourager la promotion vigoureuse de la norme néomalthusienne et le système de gratifications qui caractérisait l'ancien système. Elle reste ancrée dans une perspective démographique, centrée sur la santé reproductive, à la différence des discours plus récents mettant en avant une perspective des changements démographiques au carrefour de questions sociales et politiques plus larges. Cela provient sans doute du lien originel entre la planification familiale en Inde et le domaine de la santé, et plus précisément le Ministère de tutelle qui a été à l'origine de toutes les initiatives concernant la politique démographique depuis l'indépendance.

Récemment, de nombreux Etats indiens ont avancé à leur tour des politiques de population suite aux encouragements du gouvernement central en 2000 à constituer des commissions régionales de population (state population commission). Si tous les Etats cherchent à réduire leur croissance et stabiliser leur population, leur calendrier et leur stratégie sont très variables, comme il est fréquent dans le régime politique très décentralisé qui caractérise l'Inde. Certains Etats ont introduit des systèmes de primes individuelles ou collectives pour récompenser les bonnes performances en matière de santé de la reproduction, voire des pénalités pour les grandes familles : plusieurs Etats, comme le Madhya Pradesh ou le Haryana, interdisent ainsi aux parents de trois enfants ou plus de se présenter aux élections locales (*panchayat*), dispositions actuellement contestées auprès des tribunaux. Le premier document de politique démographique du

Rajasthan évoque en 1999 l'inéligibilité de candidats ayant deux enfants ou plus, alors que la fécondité moyenne y est alors estimée à presque quatre enfants par femme. En Uttar Pradesh, dont la politique de population recommande l'enregistrement des mariages (qui n'existe pas en Inde), seraient inéligibles les candidats mariés avant l'âge légal. L'Andhra Pradesh a adopté pour sa part une politique active de suivi local, récompensant les districts qui enregistrent les meilleurs succès dans le domaine de la santé reproductive et pénalisant les autres. Prenant en compte l'effet de la baisse de la fécondité, le Kerala se démarque : son document préliminaire de politique démographique insiste au contraire sur les questions de santé maternelle, du troisième âge ou de transmission du HIV. Il se fixe pour objectifs affichés de maintenir la croissance démographique à un niveau annuel de 7 pour 1000 et d'enrayer la chute de la fécondité, propositions qui rejoignent comme on le voit les principes de nombreuses politiques démographiques des pays industrialisés. Ces politiques régionales sont très récentes et n'ont encore été qu'imparfaitement appliquées ; il serait sans doute prématuré de leur consacrer trop de place ici, mais on aura noté qu'elles incluent certaines mesures répressives, abandonnées à ce titre depuis longtemps par la politique nationale¹⁸.

Il demeure évident que la diversité des contextes régionaux indiens, socioculturels ou économiques, justifie des approches plurielles, adaptées aux besoins locaux, y compris les particularismes de religion et de caste. En effet, les groupes sociaux adoptent sur les questions de population des positions très variées et cet aspect de la complexité des politiques démographiques appropriées en Inde a déjà été reconnu (Pai Panandiker and Umashankar, 1994 ; Jain, 1998). La nouvelle politique nationale propose d'ailleurs des formules particulières pour les populations tribales (alias *scheduled tribes*), et pour les habitants des bidonvilles urbains (*slums*). Mais le gouvernement n'a pas encore tenté d'intégrer directement les questions de caste dans les documents officiels. De toute façon, il est trop tôt pour évaluer la mise en œuvre concrète des principes de la nouvelle politique nationale et leur impact éventuel sur le devenir démographique du pays.

La planification familiale à l'échelle locale

La description des politiques nationales fournit les grands contours de l'évolution de la planification familiale en Inde, mais il est vrai que le corps des dispositions arrêtées par les gouvernements successifs ne s'est pas répercuté mécaniquement dans la société. La mise en place concrète du dispositif, à l'échelon local, a été victime de nombreuses inerties ou incompétences bureaucratiques. La complexité du dispositif administratif et le fort degré de centralisme qui a prévalu longtemps en matière de planning familial, perçu parfois à Delhi comme une affaire de sécurité nationale, ont couramment été tenus

¹⁸ Site de la commission nationale de population : (<http://populationcommission.nic.in>). On y trouvera notamment un comparatif des mesures proposées par les Etats indiens. Les documents de politique régionale que nous évoquons toutefois proviennent pour la plupart des sites web des gouvernements régionaux.

responsables d'un grand nombre de dysfonctionnements et d'échecs opérationnels. On a ainsi observé que le lancement de certains contraceptifs, comme le stérilet, a échoué en raison du manque d'information sur le besoin des utilisatrices et l'inadéquation du produit. L'imperfection de l'action gouvernementale est particulièrement aiguë dans un pays comme l'Inde dont l'appareil administratif a, sur la société rurale, moins de prise qu'ailleurs en Asie. On contrastera la situation indienne de celle de pays comme l'Indonésie ou la Chine où les gouvernements ont joué un rôle capital dans la régulation des processus démographiques, de la fécondité comme de la migration. L'Etat indien exige en effet très peu de ses concitoyens et intervient en retour assez peu sur l'organisation sociale. Il joue un rôle de protection paternaliste, simplement complémentaire aux structures de la société locale qui régulent notamment l'essentiel des rapports sociaux et économiques entre les personnes. La mobilisation des citoyens face à l'Etat est relativement limitée, car les attentes sont réduites et l'action des pouvoirs publics n'est guère l'objet de négociations concrètes. En matière de planification familiale, les programmes ont été conçus sans la participation des gens ou de leurs représentants locaux.

A l'échelle des Etats régionaux, la marge de manœuvre est faible, car à la différence de la santé, qui est prérogative régionale, la politique de limitation des naissances est nationale et les fonds attribués par New Delhi pour la mettre en œuvre doivent être utilisés selon les décisions centrales. L'Etat régional joue par conséquent un rôle de relais et d'administrateur. S'il souhaite des aménagements ou des rajouts, il lui revient de les financer sur ses propres ressources, avec l'accord du gouvernement central. La vérité est que, pendant longtemps, les autorités régionales n'ont pas souhaité s'impliquer dans la politique démographique qui, d'un strict point de vue électoral, ne rapporte pas grand-chose, sinon parfois des ennuis.

A une échelle plus locale, les institutions traditionnelles sont suffisamment solides pour s'opposer durablement aux incursions de l'Etat ; un grand nombre de dispositifs légaux mis en place – qu'il s'agisse de l'âge au mariage, de l'interdiction de l'intouchabilité ou encore du travail des enfants – reste totalement inappliqué, sinon largement détourné. Le raidissement administratif durant l'Etat d'urgence, connu comme « l'époque où les trains arrivaient à l'heure », n'a été que de courte durée et immédiatement censuré par l'électorat, prouvant bien la difficulté avec laquelle le gouvernement essaya d'imposer une politique autoritaire affectant directement la sphère privée.

Différentes analyses ont souligné le rôle crucial de relais joués par les gouvernements régionaux ou les autorités locales dans l'exécution des politiques démographiques, expliquant certains succès surprenants dans le sud ou au contraire les échecs rencontrés dans le nord de l'Inde. Mais nous reviendrons en fin de chapitre sur ces questions, car nous voulons plutôt mettre ici l'accent sur la réception de la planification familiale à l'échelle locale¹⁹. L'infrastructure sanitaire de référence en milieu rural est le centre secondaire de soins (*sub-centres*), dépendant des centres de soins primaires (PHC). Les centres de soins primaires couvrent aujourd'hui en théorie 30 000 personnes. Mais, dans

¹⁹ Une intéressante collection d'études de terrain se trouve dans le recueil de Koenig and Khan (1999) dont nous tirons les informations qui suivent. Sur les personnels de santé, voir également Narayanan and Kantner (1992).

de nombreuses zones, cette population peut se multiplier par cinq, induisant une tension extrême sur les personnels qui y travaillent, en raison tant de la clientèle que de l'étendue des villages concernés.

L'infrastructure du PHC est souvent médiocre, dépourvue de toilettes, d'eau potable ou du personnel médical et paramédical en principe requis, mais il a l'avantage d'être très bon marché, sinon gratuit.²⁰ C'est la raison pour laquelle son rôle reste dominant en matière de planification familiale et de soins prénataux. Mais pour les accouchements et les soins aux jeunes enfants, le public se dirige plus souvent vers des centres de soins privés ou vers les plus grandes structures hospitalières.

L'acteur central dans ce dispositif est aujourd'hui l'infirmière auxiliaire (ANM, *Auxiliary Nurse-Midwife*) rattachée au centre secondaire. Une part importante de ses fonctions consiste à promouvoir la limitation des naissances parmi les femmes de sa circonscription. Elle met souvent l'accent sur la stérilisation féminine, recevant au passage une prime à chaque opération alors qu'elle ne reçoit pas de prime par exemple pour les vaccinations des enfants. Les infirmières auxiliaires furent longtemps soumises par leur hiérarchie à des objectifs chiffrés à atteindre. Leur action est systématiquement pondérée par les effets de caste, de classe et de distance. Castes et classes supérieures sont l'objet de traitement plus attentionné que les autres groupes, mais leurs ressortissants tendent naturellement à migrer vers le système privé. Les hameaux périphériques, parfois difficilement accessibles, souffrent d'une qualité de soins bien inférieure, les visites des infirmières y étant beaucoup plus rares. Le temps passé par les infirmières auxiliaires dans les trajets entre leur lieu de résidence, le centre de soins et les villages qu'elles couvrent, peut réduire sévèrement celui qu'elles accordent à leurs clientes.

Les infirmières auxiliaires ne recommandent généralement qu'un nombre limité de méthodes anticonceptionnelles (la stérilisation féminine arrivant toujours en tête des options offertes) et la question des effets secondaires des contraceptifs proposés est ainsi rarement abordée comme elle devrait l'être. La pilule contraceptive est rarement proposée et les infirmières s'avèrent d'ailleurs plutôt mal informées de ses conditions d'utilisation. Le suivi des femmes « contraceptantes » est en général défaillant et les infirmières n'ont pas toujours le temps de rendre une nouvelle visite à leurs clientes rencontrant un problème de santé. Il reste que des variations importantes existent entre régions et que le rôle des ANM dans la santé reproductive est beaucoup plus marqué dans les régions avancées du Sud.

C'est dans la très grande majorité des cas les infirmières auxiliaires, plutôt que leurs clientes, qui décident de la méthode contraceptive adoptée et leur rôle est donc crucial dans la viabilité des programmes. Naturellement, les choix contraceptifs sont négociés avec les femmes elles-mêmes, qui doivent en référer à leur belle-famille. Les résultats de l'enquête NFHS-2 indiquent qu'en 1998-1999, à peine 25 % des femmes rurales sont

²⁰ On pourra se rapporter aux résultats de l'enquête Facility Survey conduite en 1998 sur la qualité des infrastructures de santé (<http://health.nic.in/fsnfhs.htm>). Ainsi, 37 % des PHC sont dépourvues d'eau et seuls 28 % disposent d'un véhicule. La situation est encore plus déplorable dans certains Etats, comme l'Uttar Pradesh où 60 % des centres de soins primaires n'ont pas d'électricité.

seules à décider de leurs propres soins de santé, alors que pour 50 % d'entre elles, la décision appartient avant tout au mari et sa famille. En matière de contraception, et d'après la même source, les chiffres semblent inverses et seule une fraction des femmes déclare avoir discuté de leurs choix contraceptifs avec leur mari ou le reste de la famille. Dans des milieux plus traditionnels du nord, comme ceux décrits par Patel (1994), le rejet de la stérilisation par la belle-mère est d'ailleurs systématique et conduit les femmes à des stratégies de dissimulation. En Inde du sud, la stérilisation féminine a d'ailleurs été décrite comme une forme de résistance au pouvoir de la belle-famille : les épouses prennent l'initiative, contre l'avis de la famille de leur mari, d'arrêter leur fécondité assez tôt pour limiter leurs charges familiales et marquer l'émancipation de leur famille conjugale (Säävälä, 2001). On entrevoit ici la complexité sociologique du jeu des acteurs, puisque l'offre gouvernementale peut désormais constituer un outil de promotion individuelle face à des institutions, comme la famille ou la caste, dont l'idéologie est plus ouvertement nataliste.

Dans de tels contextes, placées sous une étroite surveillance patriarcale, les infirmières auxiliaires permettent d'assurer une relative intimité de décision aux femmes et leur place rappelle celle autrefois dévolue aux sages-femmes traditionnelles (les *dais*) auxquelles elles se sont en partie substituées dans la gestion au quotidien de la vie génésique des femmes. Même si elles participent encore aux nombreux accouchements sans surveillance médicale, les *dais*, originaires de basses castes comme celles des barbiers, avaient autrefois une position importante de médiateur entre la femme en train de donner naissance et la communauté²¹. Leurs prérogatives se sont depuis réduites et les efforts pour les intégrer à l'appareil sanitaire ont eu un effet limité. Aujourd'hui, les infirmières auxiliaires ont substitué aux savoirs et au statut traditionnel des *dais* leur accès même incomplet aux infrastructures de la médecine allopathique, mais elles ménagent également aux femmes un espace de négociation entre la sphère familiale patriarcale et les directives abstraites de l'État. Se plaçant à la rencontre de l'offre, contraintes par les limites des infrastructures sanitaires, et de la demande potentielle des femmes, elles représentent à ce titre le rouage le plus subtil de l'action gouvernementale et permettent aux femmes ou aux couples d'atténuer les pressions du monde patriarcal²².

En plus du travail d'information et de motivation qu'elles accomplissent, les infirmières accompagnent également les femmes qui optent pour la stérilisation²³. Celle-ci se déroule souvent dans des camps où sont installés les nouveaux équipements de laparoscopie (voir plus bas) qui permettent des opérations moins invasives que par le passé. Cette technologie restant très chère, des sessions de stérilisation sont organisées périodiquement dans des camps mobiles, installés dans des endroits accessibles, ou accueillis par des centres de soins, et des moyens de transport sont mis à la disposition des femmes des villages éloignés. Ces camps accueilleraient auparavant un nombre consi-

²¹ Pour une description de la place des *dais*, voir par exemple la monographie de Patel (1994).

²² On trouvera des échantillons de dialogue entre personnel de santé et clientes dans Gupta (2000) et certaines études rassemblées par Koenig and Khan (1999).

²³ Un article récent à propos du Tamil Nadu souligne également le rôle d'accompagnateur des ANM dans la quête d'avortement pour les femmes rurales (Ramachandar and Perlo, 2002).

dérable de femmes et pratiquaient les tubectomies dans des conditions industrielles. Actuellement, les cadences journalières sont plus faibles et permettent parfois aux chirurgiens de respecter toutes les consignes d'hygiène²⁴. Mais il reste que l'expérience est éprouvante pour les femmes, car la qualité de ces infrastructures est systématiquement médiocre. Les enquêtes font état de locaux sans eau courante, sans toilettes et sans électricité. Le personnel d'assistance, en majorité masculin, est rarement formé et sans grande empathie pour les femmes venues se faire stériliser. L'ambiance reste profondément déshumanisante. On rajoutera que les conditions d'hygiène prescrites sont rarement respectées, notamment en ce qui concerne les instruments chirurgicaux.

Aussi mauvaises soient-elles, ces conditions de fonctionnement des camps de stérilisation ne sont pas nécessairement très différentes de celles que l'on rencontre dans les centres de soins à la campagne. Le traitement des patientes est souvent mécanique, sans grand respect pour leur intimité. Les multiples contraintes matérielles qui pèsent souvent sur le fonctionnement des infrastructures rurales (équipement insuffisant, personnel non qualifié, locaux inadéquats, manque de médicaments) sont responsables de la très médiocre qualité des soins offerts. Ce contexte global explique peut-être pourquoi une partie des femmes n'ont pas recours à la contraception quand elles en ont besoin. Il reste difficile d'évaluer l'effet négatif de la qualité de l'offre face à celui d'autres facteurs sociaux²⁵. Les chiffres du NFHS-2 indiquent que parmi les raisons données contre la contraception, un nombre égal de femmes évoque l'opposition de leur famille et l'inadéquation des méthodes et services.

L'analyse sévère de Foo et Koenig (2000) résume les difficultés concrètes de mise en place de services de planification familiale de bonne qualité. En premier lieu, le sous-développement et l'inadéquation des infrastructures publiques sont patents en Inde. La mauvaise formation des personnels est un facteur aggravant qui entraîne le non-respect des consignes. La pression artificiellement créée par l'ancien système des quotas à respecter était une source complémentaire de dysfonctionnement. Enfin, la marginalisation des femmes explique qu'elles sont très peu nombreuses à se plaindre de conditions que d'autres jugeraient choquantes. A l'instar des accouchements, la stérilisation et ses complications peuvent ainsi faire partie des épreuves que les femmes doivent affronter stoïquement (Säävälä, 2001). Leur relative indulgence à l'égard de la qualité médiocre des soins reçus représente à son tour une limite à l'amélioration des relations entre services et clientes.

En conclusion, on rappellera qu'une partie des femmes peut désormais s'adresser à des services privés selon leur choix, y compris dans les zones rurales. C'est par exemple le cas croissant de celles qui ont recours à des avortements sélectifs afin d'éviter la naissance de filles. Mais la part de la clientèle pauvre va toutefois en s'accroissant, car la

²⁴ Pour des descriptions détaillées de la situation récente, on se rapportera notamment à des études sur des camps de stérilisation au Gujarat, au Madhya Pradesh et en Uttar Pradesh qui figurent dans l'ouvrage de Koenig and Khan (1999).

²⁵ Certaines études concernant les méthodes réversibles montrent toutefois que l'amélioration de la qualité des soins peut diminuer les risques d'abandon (Patel *et al.*, 1999).

contraception se propage à présent au sein de l'ensemble de la société indienne et atteint désormais une part considérable de femmes de milieux défavorisés : le rôle des infrastructures publiques restera par conséquent essentiel dans le futur et la médiocre qualité des services de planification familiale représente un obstacle à l'amélioration des conditions de prévention des naissances, alors même que l'idéologie malthusienne progresse rapidement dans le pays.

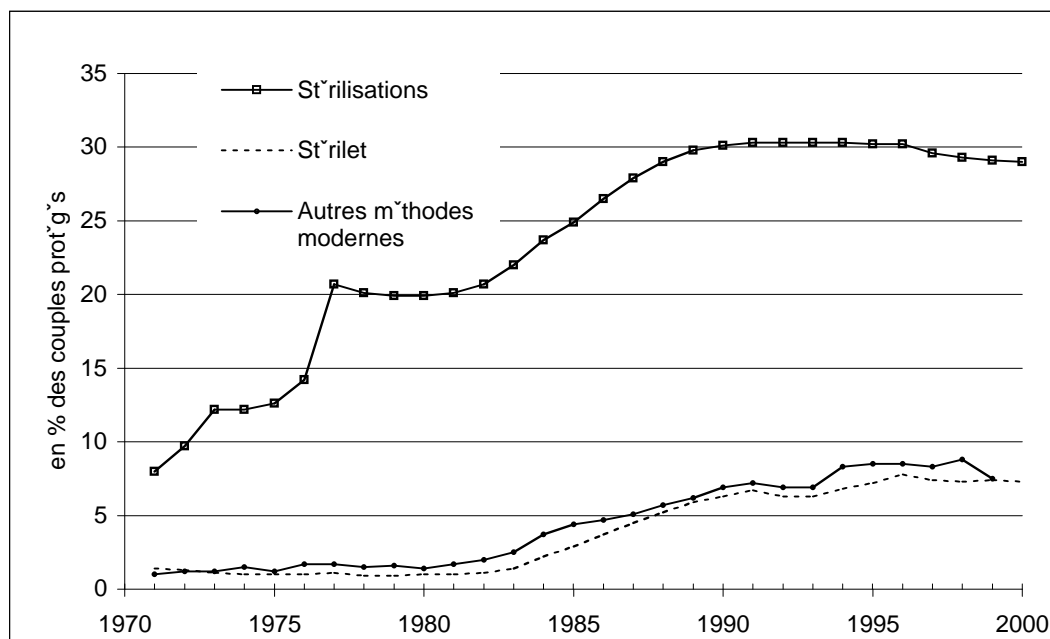
La prévalence contraceptive

L'objectif premier du programme de planification familiale indien a toujours été d'accroître le taux de prévalence contraceptive dans le pays, afin de provoquer une baisse de la fécondité et une réduction de l'accroissement naturel. La hausse de l'âge au mariage, souvent mentionnée comme un instrument de cette politique, a rarement été l'activité la plus promue par rapport au domaine de la contraception, car le gouvernement aurait bien été en mal de la faire respecter. Il releva officiellement à 18 ans l'âge au mariage minimal des femmes lors de l'Etat d'urgence, mais le contrôle matrimonial appartient pleinement à la famille et à la sous-caste. Toute intrusion frontale de l'Etat dans ces questions domestiques, dans un pays où les mariages prépubertaires n'ont pas entièrement disparus²⁶, eût été vouée à l'échec, à la différence une fois encore de l'exemple chinois où les pouvoirs publics ont une autorité bien plus considérable. Le programme indien visait avant tout à distribuer des contraceptifs, tout en favorisant leur acceptabilité dans la population. La motivation des couples devint, à partir de la phase « extensive », une composante clé de ces politiques. De ce fait, un des meilleurs indicateurs du succès du programme est le niveau de prévalence contraceptive, mesuré en pourcentage de couples d'âge reproducteur protégés par la contraception. Le département de la planification familiale a produit régulièrement des mesures de ce taux de prévalence, utilisant un jeu d'hypothèses sur les effets perturbateurs de l'âge et de l'abandon des méthodes réversibles (India, Department of Family Welfare, 1999). De plus, un indice d'efficacité est appliqué qui est spécifique à chaque moyen contraceptif pris en compte. Les chiffres sont obtenus à partir des statistiques officielles, recouvrant principalement l'action gouvernementale de planification familiale. C'est la raison pour laquelle existent de sérieux écarts entre ces statistiques et les niveaux de prévalence calculés à partir des enquêtes démographiques. Les estimations annuelles par méthode contraceptive proviennent des estimations officielles du programme de planification

²⁶ En 1998-99, l'âge médian au mariage des femmes s'établit à 16,4 ans, en dépit de la limite légale placée à 18 ans. Il est de moins de 15 ans au Madhya Pradesh ou au Bihar, mais atteint ou dépasse 20 ans au Punjab, au Kérala et en plusieurs autres Etats (chiffres du NFHS-2).

familiale et peuvent être comparées avec les chiffres des enquêtes NFHS regroupés dans le tableau 4. L'évolution depuis les années 1970 est également sur la figure 2²⁷.

Figure 2 – Evolution des taux de couverture contraceptive selon les méthodes modernes, 1968-2000



A l'époque du lancement du programme dans les années 1950, le niveau de couverture était pour ainsi dire négligeable, car la contraception n'était disponible qu'en quelques cliniques de métropoles gérées par des organisations non gouvernementales. La connaissance de la contraception dans la population était alors très modeste. Le Mysore Population Study, première étude démographique de grande envergure conduite en Inde en 1951-1952, montra que seuls 4 % des couples dans la ville de Bangalore (alors dans l'Etat de Mysore) utilisaient une méthode contraceptive moderne et que 8 % supplémentaires utilisaient une méthode traditionnelle, en l'occurrence l'abstinence (U.N. 1961). Le taux de prévalence resta très bas, en deçà de 10 % jusqu'à la fin des années 1960, se redressant dans la décennie suivante notamment en 1977. L'impact des méthodes définitives comme la stérilisation se fit sentir en dépit de la baisse brutale du nombre de nouveaux acceptants qui succéda à l'Etat d'urgence, en sorte que le taux de protection n'enregistra alors qu'une longue période de stagnation, durant plus de cinq années après 1977. Durant les années 1980, une hausse se manifesta et le taux moyen dépassa 40 % à la fin de la décennie. On notera que cette accélération a été plus importante que celle de la décennie précédente, en dépit d'un contexte politique beaucoup moins antinataliste.

²⁷ On notera que les statistiques les plus récentes de couples protégés font apparaître un bond inexplicable en 2000, du fait du calcul du nombre de couples protégés par les « autres méthodes » (pilule et préservatifs).

Tableau 4 – Prévalence contraceptive en Inde

Année	Couples protégés (en %) par méthode			
	Stérilisation	DIU	Autres méthodes modernes	Toute méthode moderne
Estimations officielles				
1971	8.0	1.4	1.0	10.4
1972	9.7	1.3	1.2	12.2
1973	12.2	1.1	1.2	14.5
1974	12.2	1.0	1.5	14.7
1975	12.6	1.0	1.2	14.8
1976	14.2	1.0	1.7	17.0
1977	20.7	1.1	1.7	23.5
1978	20.1	0.9	1.5	22.5
1979	19.9	0.9	1.6	22.4
1980	19.9	1.0	1.4	22.3
1981	20.1	1.0	1.7	22.8
1982	20.7	1.1	2.0	23.7
1983	22.0	1.4	2.5	25.9
1984	23.7	2.2	3.7	29.5
1985	24.9	2.9	4.4	32.1
1986	26.5	3.7	4.7	34.9
1987	27.9	4.5	5.1	37.5
1988	29.0	5.2	5.7	39.9
1989	29.8	5.9	6.2	41.9
1990	30.1	6.3	6.9	43.3
1991	30.3	6.7	7.2	44.1
1992	30.3	6.3	6.9	43.6
1993	30.3	6.3	6.9	43.5
1994	30.3	6.8	8.3	45.4
1995	30.2	7.2	8.5	45.8
1996	30.2	7.8	8.5	46.5
1997	29.6	7.4	8.3	45.4
1998	29.3	7.3	8.8	45.4
1999*	29.1	7.4	7.4	44.0
2000*	29.0	7.3	14.9	51.2
Estimations des enquêtes NFHS				
1992-1993 NFHS-1	30.7	1.9	3.6	36.3 (40.6)**
1998-1999 NFHS-2	36.1	1.6	5.2	42.8 (48.2)**

*: chiffres provisoires ; **: Comprend les méthodes traditionnelles. DIU : dispositif intra-utérin. Les estimations officielles sont basées sur les chiffres enregistrés par la planification familiale. Sources : Estimations officielles : India, Department of Family Welfare (1999). Estimations du National Family and Health Survey : NFHS-1 : International Institute for Population Sciences (1995) ; NFHS-2 : International Institute for Population Sciences and ORC Macro (2000).

En termes de méthode, la prépondérance de la stérilisation est la caractéristique du programme indien. Elle représente l'immense majorité des couples protégés et il faut attendre les années 1990 pour déceler un relatif ralentissement dans sa progression (figure 2). Les méthodes d'espacement des naissances, stérilet, pilule et préservatif, occupent désormais une place substantielle dans le dispositif. La plus grande transformation dans l'histoire du programme indien est sans doute le basculement de la stérilisation masculine vers la stérilisation féminine durant les années 1970. Alors que les vasectomies représentaient les trois quarts des stérilisations en début de décennie, leur part s'est effondrée à moins du quart du total après dix ans. Ce changement est consécutif à la politique de l'Etat d'urgence, qui avait fait de la stérilisation masculine une arme terrible de contrôle démographique et suscita par la suite une révolte profonde face à cette méthode. Le progrès des tubectomies est également dû à l'introduction de nouvelles techniques de stérilisations par laparoscopie et par mini-laparotomie et la stérilisation par laparoscopie a aujourd'hui supplanté la laparotomie²⁸. Ce renversement informe aussi le langage de la propagande, qui met alors en avant la responsabilité de la mère dans la limitation des naissances et les choix contraceptifs, y compris quand il s'agit des préservatifs masculins (Chatterjee et Riley, 2001). Il tend à faire reposer de plus en plus la planification familiale sur la participation des femmes, oblitérant ainsi en partie la responsabilité familiale et masculine pourtant centrale dans un régime fortement patriarcal.

Les chiffres officiels ne prennent pas en compte la diffusion des contraceptifs par le secteur privé quand il n'était pas enregistré par la statistique de la planification familiale. C'est le cas, pour une part, des préservatifs et des stérilets, disponibles également grâce à des distributeurs indépendants du gouvernement. De même, l'usage des méthodes dites naturelles telles que le rythme, n'est pas pris en compte, et on peut en définitive penser que ce taux sous-estime la prévalence réelle de la contraception dans la population. De plus, il faut souligner que les chiffres manquent pour un suivi fidèle du nombre annuel des interruptions de grossesse, qu'elles soient enregistrées dans les centres de soins publics ou privés ou encore conduites par des tradipraticiens²⁹. La fréquence des grossesses se terminant par un avortement provoqué est d'à peine 1,7 % d'après le NFHS-2, et du double dans les villes, mais ce chiffre a tout lieu d'être une sous-estimation. En revanche, on a observé au contraire des tendances systématiques à la surestimation de la prévalence de la contraception à partir des statistiques officielles annuelles, du fait d'un enregistrement excessif du nombre de nouveaux acceptants.

²⁸ La ligature des trompes est pratiquée à l'aide d'un instrument de vue (laparoscope) introduit dans une petite incision de l'abdomen. L'opération est très brève, mais la patiente doit rester en observation plusieurs heures après l'intervention, afin notamment de prévenir les complications provoquées par une atteinte au système sanguin ou intestinal.

²⁹ On notera que les avortements pratiqués sur les femmes non mariées (célibataires, veuves, etc.) sont impossibles dans le secteur public, car ils doivent demeurer strictement clandestins. Les femmes se tournent alors vers le secteur privé, qui n'hésite pas à tripler ses tarifs, ou vers les praticiens traditionnels, qui offrent des services moins chers, mais très risqués d'un point de vue sanitaire. Voir Ganatra and Hirve (2002) et Ramachander and Pelto (2002).

Une étude rigoureuse menée au Gujarat a corroboré ces craintes, notant que la surestimation était particulièrement fréquente pour les méthodes réversibles (Visaria *et al.*, 1994). En outre, les grandes enquêtes du NFHS, conduites durant les années 1990, ont également fait apparaître le caractère exagéré des estimations officielles de la prévalence des méthodes réversibles comme l'indique le tableau 4. En revanche, l'écart est moindre en matière de stérilisation et la seconde enquête du NFHS fait au contraire état d'une sous-estimation par les statistiques officielles de la stérilisation. L'accord entre les deux séries est assez bon en ce qui concerne le chiffre total de protection des couples par les méthodes modernes (essentiellement stérilisation, stérilet, pilule et préservatif), aux alentours de 43-45 % selon les derniers chiffres disponibles. En conclusion, si le détail par méthode semble relativement difficile à estimer correctement, le chiffre global fourni par le département de la planification familiale semble assez robuste au regard d'estimations indépendantes lors de grandes enquêtes nationales.

Cette moyenne nationale dissimule néanmoins d'importantes variations sociales ou régionales. Le taux de couverture contraceptive varie en effet, selon les chiffres officiels, de 17,6 % en Assam à 68,9 % au Punjab, pour ce qui est des Etats de plus de 20 millions d'habitants. Le tableau 5 rassemble des informations issues de différentes sources : estimations officielles, état civil par échantillon (SRS) et les grandes enquêtes du NFHS. On observe que la plupart des Etats du sud ou de l'ouest enregistrent des taux de prévalence contraceptive de près de 50 %. Les différences « verticales », entre groupes sociaux selon leur niveau de revenu ou leur degré d'instruction, ont certes une part explicative importante dans les différentiels de pratique contraceptive ou de fécondité. De même, les basses castes (Dalits) et les populations tribales enregistrent des taux inférieurs à la moyenne. Pour ces dernières, l'éloignement des structures de santé constitue un facteur aggravant.

La dimension régionale joue en outre un rôle déterminant et brouille considérablement le tableau à l'échelle de l'Inde. Ainsi, d'après le NFHS-2, le niveau de contraception est en Uttar Pradesh de 45,7 % parmi les femmes les plus éduquées ou parmi celles des couches supérieures, contre 24 % parmi les femmes illettrées. Au Kerala, ce niveau est de 74 % parmi les illettrées, soit largement au-dessus des taux observés dans les groupes privilégiés d'Uttar Pradesh. Ce paradoxe montre le décalage profond existant entre ces régions et comment il peut en définitive neutraliser l'effet attendu des différences sociales³⁰. Ce thème représente d'ailleurs un des fronts actuels de la recherche sur la baisse de la fécondité et les recherches récentes offrent de nombreuses pistes. Ainsi, les analyses multi-niveaux montrent que l'effet des variables éducatives semble moins important que prévu, alors que des variables contextuelles relatives à l'ensemble de la communauté ou aux normes locales ont une influence sensible. Des phénomènes de diffusion locale peuvent notamment rendre compte de la pénétration rapide des nouveaux

³⁰ De la même façon, les différences entre zones rurales et urbaines, ou encore entre groupes défavorisés comme les Dalits et castes supérieures, tendent à s'annuler dans les régions où la baisse de la fécondité est la plus prononcée.

Tableau 5 – Prévalence contraceptive et fécondité dans les principaux Etats en Inde

Région et Etat	Prévalence contraceptive (en %)					Indice de fécondité		Demande de contraception	
	Estimations officielles 1998		Estimations du NFHS-2 1998-1999			SRS 1997	NFHS-2 1996- 1999	NFHS-2 1998-1999	
	Stérili- sation	Toute méthode moderne	Stérili- sation	Toute méthode moderne	Toute méthode			Total %	Satis- faite %
<i>Nord</i>									
Haryana	32.7	50.7	40.8	53.2	62.4	3.4	2.88	70	89
Punjab	35.5	68.9	30.8	53.8	66.7	2.7	2.21	74	90
Rajasthan	22.5	34.6	32.3	38.1	40.3	4.2	3.78	58	70
<i>Centre</i>									
Madhya Pradesh	28.0	47.7	38.0	42.6	44.3	4.0	3.31	61	73
Uttar Pradesh	18.5	39.1	15.6	22.0	28.1	4.8	3.99	53	53
<i>Est</i>									
Assam	14.7	17.6	16.6	26.6	43.3	3.2	2.31	60	72
Bihar	18.3	20.9	20.2	22.4	24.5	4.4	3.49	49	50
Orissa	27.9	39.0	35.6	40.3	46.8	3.0	2.46	62	75
West Bengal	28.3	33.8	33.8	47.3	66.6	2.6	2.29	78	85
<i>Ouest</i>									
Gujarat	36.5	53.8	45.2	53.3	59.0	3.0	2.72	68	87
Maharashtra	40.4	50.7	52.2	59.9	60.9	2.7	2.52	74	82
<i>Sud</i>									
Andhra Pradesh	40.7	49.1	57.0	58.9	59.6	2.5	2.25	67	89
Karnataka	43.6	55.4	52.1	56.5	58.3	2.5	2.13	70	84
Kerala	35.5	41.3	51.0	56.1	63.7	1.8	1.96	76	84
Tamil Nadu	40.4	50.8	46.0	50.3	52.1	2.0	2.19	65	80
Inde	29.3	45.4	36.0	42.8	48.2	3.3	2.85	64	75

Note : Les estimations ne sont disponibles que pour les 15 plus grands Etats (population supérieure à 20 millions). Les estimations du NFHS-2 sont disponibles également pour les autres Etats.

Sources : Estimations officielles de la planification familiale : India, Department of Family Welfare (1999).

Estimations du NFHS : IIPS and ORC Macro (2000). Estimations du SRS : India, Registrar General (1999).

comportements démographiques dans des couches de populations pourtant défavorisées³¹.

Le NFHS fournit des estimations plus fines, incorporant également les méthodes traditionnelles et ces chiffres reflètent également d'importantes différences interrégionales. La stérilisation concerne ainsi près de la moitié des effectifs enquêtés dans le sud et l'ouest du pays, contre moins d'un cinquième dans des Etats importants comme le Bihar ou l'Uttar Pradesh. La mesure globale de la couverture contraceptive suit assez fidèlement celle de la stérilisation, opposant un ensemble d'Etats plus avancés comme le Punjab, le Kerala ou le Bengale occidental, à des Etats franchement en retrait comme l'Uttar Pradesh et le Bihar. Ces enquêtes ont fait également apparaître le rôle non négligeable des techniques traditionnelles de restriction des naissances (rythme, retrait, etc.) en certains Etats, comme l'Assam ou le Punjab, où elles représentent près de 10 %.

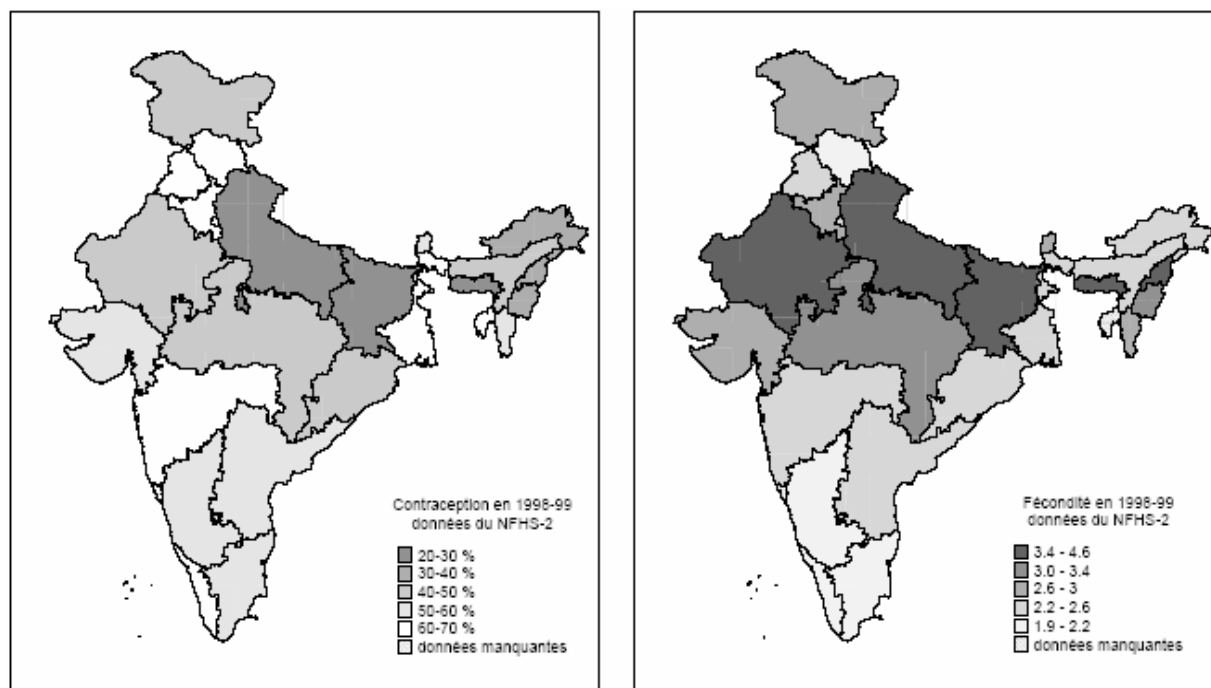
Ces données ont été reportées sur des cartes par Etat qui rappellent la géographie de la fécondité en Inde (figure 3). Le Sud fait figure de région pionnière, rejointe progressivement par les autres Etats côtiers et le Punjab au nord-ouest, alors que le cœur hindiphone de l'Inde (et notamment l'Uttar Pradesh, le Rajasthan, le Bihar et le Madhya Pradesh) regroupe les régions où les prévalences contraceptives sont les plus faibles et les niveaux de fécondité les plus élevés. Les analyses plus fines, à l'échelle des districts, précisent ces différences de manière saillante, notamment en matière de fécondité³².

Le lien entre basse fécondité et niveau contraceptif est affirmé, sans être toutefois absolu en raison notamment de la relative mauvaise qualité des estimations. On note ainsi que la prévalence contraceptive dans le sud n'est pas aussi élevée que ne le suggéreraient les indices de fécondité estimés. Mais il demeure que les efforts du gouvernement central ont donné des résultats très différents d'une région à une autre et que les facteurs d'offre ont sans doute plus accompagné la baisse de la fécondité qu'ils ne l'ont provoquée. La demande latente de contraception ou, si l'on préfère, la propension des groupes locaux à amorcer la réduction de la fécondité, eu égard aux rapports sociaux et économiques prévalants, a joué un rôle déterminant dans les formes observées de la transition de la fécondité indienne. La section qui suit aborde cette question de manière plus détaillée.

³¹ Pour de récents éléments, voir notamment les analyses de McNay *et al.* (2003) et de Moursund and Kravdal (2003). Voir aussi Guilмото and Rajan (à paraître).

³² Voir les récentes estimations par district dans Guilмото and Rajan (2002). Des estimations de la prévalence contraceptive par district seront bientôt dérivées des enquêtes *District Household Survey* de 1998-99, mais leur qualité est plus fragile.

Figure 3 – Contraception et fécondité en Inde, 1998-1999



Quel a été le succès des politiques de planification familiale en Inde ?

Le succès des politiques est naturellement apprécié à l'aune de la prévalence contraceptive. Les responsables de ces programmes considèrent ainsi que la diffusion des contraceptifs correspond aussi bien à un succès en termes d'offre de services que de demande de la part des couples (Demeny, 1992). Souvent, une stagnation dans la progression de la prévalence est conçue au contraire comme l'effet néfaste du contexte politique, social ou économique. Les auteurs les plus critiques ont fait observer que la demande de contraception pouvait être très faible, en dépit d'une offre abondante, car les avantages propres à la réduction de la taille des familles étaient inexistantes (Davis, 1967 ; Mamdani, 1973). Le changement des conditions socio-économiques, que l'on appelle le développement, serait le seul à même de transformer le rapport entre coûts et bénéfices des grandes familles et à inciter les couples à réduire la taille de leur progéniture. Le programme indien a toutefois considéré que la lenteur de ces mécanismes justifiait une approche plus agressive, afin de provoquer un changement dans les mentalités, propice à la propagation de la norme néomalthusienne et l'approche extensive indienne se fonde sur ce présupposé. Il est donc apparent que le programme indien visait tout autant à améliorer l'offre qu'à susciter une demande nouvelle en moyens contraceptifs, et qu'il doit être jugé selon ces deux aspects.

Les données des enquêtes récentes permettent un bilan de la réussite du programme indien dans la satisfaction des besoins contraceptifs. La seconde enquête NFHS a identifié les couples ne désirant plus d'enfants dans les deux prochaines années (ou plus) comme référence ; leur pourcentage, qui oscille dans une fourchette de 53-78 %, est porté dans l'avant-dernière colonne du tableau 5. La colonne suivante représente la part d'entre eux, en pourcentage, dont les besoins en planification familiale sont satisfaits. Ainsi, parmi les 64 % des couples indiens ne désirant pas d'enfants (dans l'immédiat), les trois quarts sont protégés par une méthode contraceptive. Ce pourcentage varie très sensiblement, allant de valeurs très élevées (environ 80 %) dans le sud et l'ouest, ainsi qu'au Punjab, en Haryana et au Bengale occidental, jusqu'à des valeurs beaucoup plus réduites en Uttar Pradesh ou au Bihar (environ 50 %).

D'après le NFHS-2, 76 % des utilisateurs de méthodes modernes ont eu recours aux structures publiques (IIPS and ORC Macro, 2000). En chiffres globaux, cela signifie qu'un tiers des couples a bénéficié des services gouvernementaux de contraception moderne, soit plus de la moitié des besoins déclarés en planification familiale. En outre, on observera que de nombreux centres privés ont également reçu l'appui du gouvernement, pour l'approvisionnement en contraceptifs, les primes pour les stérilisations ou encore la formation des personnels. En sorte qu'une part non négligeable des réussites du secteur non gouvernemental peut être indirectement attribuée à l'action de l'Etat.

Même si la fourniture des services contraceptifs représente la tâche première du programme public, l'action de la planification familiale et les transformations socio-économiques jouent certainement un rôle dans le changement des attitudes dans la société face à la taille des familles souhaitées. En pratique, il est plutôt malaisé d'estimer quantitativement la part de ces changements d'attitudes (la « demande » en planification familiale) dues respectivement à l'action des programmes et aux changements sociaux. Au lieu d'examiner les changements dans le nombre d'enfants souhaités, on peut essayer de mesurer l'impact sur le niveau de couverture contraceptive ou la fécondité en tant que telle. Une série de papiers par Mauldin, Lapham, Bongaarts, Ross et Stover tente de le faire en utilisant des comparaisons internationales : les pays sont classés par niveau de développement économique (voire contexte social ou institutionnel), et par niveau d'effort des programmes de planification familiale. Le travail récent de Ross et Stover (2001) montre que la baisse de la fécondité en Inde a été plus forte que la moyenne des pays de même niveau socio-économique. A ce titre, la planification familiale en Inde aurait été plus fructueuse qu'ailleurs, élevant le niveau de la pratique contraceptive à des niveaux supérieurs. Ross et Stover (2001) ont également tenté de mesurer l'effort national en matière de limitation des naissances. Pour l'Inde, la valeur obtenue est de 65, ce qui est supérieur au niveau du tiers-monde dans son ensemble ou de l'Asie en particulier, quoique néanmoins inférieur aux niveaux chinois (86), thaïlandais (75) ou bangladais (74).

En fin de compte, le but à long terme de la politique indienne a été de réduire la croissance démographique grâce à une baisse de la fécondité. A différentes étapes de son développement, le programme s'est fixé des objectifs de niveau de natalité ou de taux de reproduction nets à atteindre. Dans les années soixante, la natalité devait baisser à 25

pour 1000 en 1973. Ce taux fut retardé plus tard à 1979, puis encore une fois à 1984. En 1978, il était prévu que le niveau de reproduction net s'abaisserait jusqu'à la valeur de 1 dès 1996, et dans tous les Etats en 2001. Ces objectifs spécifiques n'ont jamais été atteints, comme l'évolution ultérieure des taux nous l'indique. Cependant, la baisse a été réelle et conséquente en de très nombreux endroits (cf. tableau 2). A la fin du siècle dernier, la fécondité en Inde se situe aux alentours de 3,4 enfants par femme, avec des valeurs beaucoup plus basses déjà atteintes en certaines régions. La fécondité est nettement en dessous du seuil de remplacement des générations en 2001, notamment au Kerala, à Goa ou encore au Tamil Nadu. Ce sera très bientôt le cas de l'Andhra Pradesh, du Maharashtra, du Bengale Occidental, du Punjab et du Karnataka, qui seront suivis par d'autres états dans les années à venir. Mais l'évolution démographique, notamment dans des grands Etats du nord, a été plus décevante et les niveaux atteints restent parfois proches de quatre enfants par femme après plus de 30 ans de campagnes intensives en faveur de la limitation des naissances.

On peut revenir à présent sur l'origine des différences régionales observées qui font varier la fécondité actuelle du simple au double. Le niveau de développement fournit une première clef explicative, car les disparités socio-économiques sont réelles entre les Etats indiens. Mais les Etats les plus avancés dans la transition, comme ceux du sud, ne sont pas nécessairement les plus prospères, ce qui brouille le tableau. A ce titre, la seule constatation que l'on puisse faire est que les Etats les plus pauvres sont clairement en retard sur le rythme de la baisse de la fécondité dans le reste du pays. Un ensemble plus disparate de variations en termes de niveau d'éducation, de revenu ou d'espérance de vie peut expliquer le calendrier variable du déclenchement de la baisse ainsi que son rythme. Nous classons dans le tableau 6 les différents Etats, selon des variables recouvrant l'évolution de la fécondité et niveau de développement humain, afin d'examiner le lien entre fécondité et caractéristiques régionales. Nous utilisons ici également l'indicateur de développement humain par Etat calculé par la fondation de recherche de la revue *Economic and Political Weekly*. Les zones où la contraception est la moins courante sont les Etats du centre nord (Uttar Pradesh, Rajasthan, Madhya Pradesh, Bihar), caractérisés également par les niveaux les plus médiocres d'alphabétisation féminine ou de mortalité infantile. On notera donc, sans vouloir tester statistiquement ce lien sur un tel échantillon, la correspondance globale entre baisse de fécondité et développement social. Mais les exceptions demeurent, tel l'Andhra Pradesh qui a connu récemment une baisse de fécondité accélérée, sans le développement économique ou social allant avec ; son cas rappelle l'évolution du Tamil Nadu voisin que nous examinons plus bas.

D'autres facteurs pourraient être à l'œuvre, rendant compte de l'efficacité des programmes de planification familiale. Ainsi, il a été récemment fait grand cas du concept de capital social, mis en avant notamment par Putnam, et de son rôle dans les politiques publiques. La mesure de ce capital social est très problématique en Inde, mais Senna (2001) a tenté une première estimation à partir d'une enquête post-électorale conduite par le Centre for the Study of Developing Societies de Delhi. A partir de l'analyse factorielle de onze indicateurs disponibles, Senna a retenu le premier facteur comme la composante centrale du capital social. Les Etats sont rangés par cette mesure du capital social dans la dernière colonne du tableau 6. Cet indicateur, qui suit de très près l'indice de développement humain, rend compte correctement d'une bonne part des différences de fécondité ou de niveau de contraception, sans toutefois expliquer les variations mieux que les autres indicateurs de développement. On aura noté au passage que l'énigme de l'Andhra Pradesh demeure.

Tableau 6 – Rang des Etats selon différents indices démographiques et développementaux

Etat	Rang selon					
	Indice de fécondité	Prévalence contraceptive	Education des femmes	Mortalité infantile	Indice de développement humain	Indice de capital social
Kerala	1	4	1	1	1	1
Tamil Nadu	2	8	3	3.5	6	5
Andhra Pradesh	3.5	2	10	9	9	10
Karnataka	3.5	3	7	6	7	6
West Bengal	5	9	5	3.5	8	8
Maharashtra	6.5	1	2	2	3	3
Punjab	6.5	5	4	5	2	2
Gujarat	8.5	6	6	7.5	5	7
Orissa	8.5	11	11	15	12	13
Assam	10	13	9	11	10	11
Haryana	11	7	8	10	4	4
Madhya Pradesh	12	10	12	14	13	15
Rajasthan	13	12	13	12	11	9
Bihar	14	14	15	7.5	14	12
Uttar Pradesh	15	15	14	13	15	14

Les rangs sont calculés pour les 15 grands Etats, allant du plus grand au plus petit (sauf pour la fécondité et la mortalité infantile)

Fécondité : estimations du SRS de 1997 : India, Registrar General (1999). Prévalence : pourcentage de couples utilisant une méthode moderne lors du NFHS-2 : IIPS and ORC Macro (2000).

Education féminine : Pourcentage de femmes alphabétisées de plus de 6 ans en 2001 : India, Registrar General (2001a).

Mortalité infantile du SRS en 1999 : India, Registrar General (2001c).

Indice de développement humain : EPW Research Foundation (1994).

Indice composite de capital social : Senna (2001).

La recherche démographique en Inde a souvent abordé le cas individuel des Etats et de l'évolution de leur fécondité, ce que la diversité socioculturelle du pays et la taille souvent considérable des Etats en question peuvent justifier. Le Kerala, qui fut le premier à entrer dans un régime à basse fécondité, a été l'objet de multiples recherches³³. De même pour le Tamil Nadu, le Karnataka et Goa, où un grand nombre d'études ont été conduites³⁴. Pour le Kerala, c'est le rôle des progrès de l'instruction et de la mobilisation sociale ou politique, exprimée notamment par des réformes agraires réussies, qui a été mis en avant pour expliquer son succès. Le Kerala est en effet en avance sur la Chine en matière de développement humain, tout en ayant fonctionné dans un cadre parfaitement démocratique (l'ironie supplémentaire étant que le gouvernement régional a été avant tout communiste au Kerala). Au Karnataka, c'est plus souvent la monétarisation des échanges et son impact sur la valeur des enfants qui sont évoqués, même si le rôle des politiques de planification familiale est reconnu. Mis à part pour Goa, le rôle positif des programmes de limitation des naissances semble établi, même si les analyses ne leur accordent pas toujours la même importance. Dans le cas du Tamil Nadu, certains ont ainsi attribué un rôle prépondérant à l'action de l'Etat régional en matière de prévention des naissances, alors qu'au contraire, selon d'autres, ce sont les mécanismes socio-économiques qui rendent compte de la rapidité de la transition de fécondité. Nous allons résumer dans la section qui suit la discussion du cas du Tamil Nadu qui a fait l'objet d'un long débat important en Inde.

Que s'est-il passé au Tamil Nadu ?

Le Tamil Nadu est la région tamoulophone, située au sud-est de la péninsule indienne, d'une population de 62 millions en 2001. L'Etat est aujourd'hui le plus urbanisé du pays, avec presque 44 % de la population vivant en zones urbaines³⁵. Le niveau de l'instruction y est supérieur à la moyenne nationale, mais largement en dessous du niveau du Kerala. La mortalité infantile reste élevée, à 52 pour 1000 en 1999, quoique inférieure à la moyenne nationale de 70 pour 1000, mais encore une fois beaucoup plus élevée qu'au Kerala (14 pour 1000).

Bien que le Tamil Nadu soit plus industrialisé que la moyenne et dispose d'un certain nombre de centres industriels (Chennai, Coimbatore, Madurai, Tiruchchirapalli, Salem, Hosur et Tiruppur), une majorité de la main-d'œuvre est engagée dans le secteur primaire. Le PIB régional est en deçà de celui de nombreux Etats (India, Central Statis-

³³ Krishnan (1976); Zachariah (1984); Bhat and Irudaya Rajan (1990); Zachariah *et al.* (1994).

³⁴ Caldwell *et al.* (1982); Rao *et al.* (1986); Kishor (1994); Savithri (1994); Srinivasan (1995); Ramasundaram (1995); Krishnamoorthy *et al.* (1996).

³⁵ Données issues du recensement de 2001 (India, Registrar General, 2001a, 2001b). Les données d'état civil viennent des estimations annuelles du SRS.

tical Organisation, 2000) et l'ampleur de la pauvreté plus importante que la moyenne. Cependant, le niveau des infrastructures, particulièrement le réseau de transport, est bien meilleur qu'ailleurs (Padmanabha, 1995). Les données des enquêtes NFHS montrent que la diffusion des mass medias est particulièrement forte au Tamil Nadu.

L'Etat est ainsi en situation plutôt favorable d'un point de vue du développement humain, mais les indicateurs économiques semblent moins favorables. Or, la fécondité au Tamil Nadu a atteint en 1997 la valeur de deux enfants par femme, se glissant en dessous du seuil de remplacement des générations. Les chiffres d'autres sources, comme le NFHS ou les estimations dérivées du recensement (Guilmoto et Rajan, 2002) font état de niveau de cet ordre.

Il faut noter que la fécondité au Tamil Nadu a été inférieure à la moyenne nationale depuis la période coloniale, avec des écarts de natalité de plus de 5 pour 1000 depuis 1901 (Guilmoto, 1992). Depuis 1971, la baisse de la fécondité a été plus rapide qu'ailleurs et l'écart en termes de taux de natalité s'est élargi. Entre les années 1960 et les années 1970, la natalité a ainsi diminué d'environ cinq points au Tamil Nadu. Cette baisse initialement modérée s'est accélérée pendant les années 1980 : le taux de natalité est alors tombé de 28,0 pour 1000 en 1981 à 20,8 en 1991. Excepté le Kerala, aucun autre grand Etat indien n'a enregistré une telle diminution. Dès 1991, la fécondité au Tamil Nadu a atteint 2,2 enfants par femme comme l'indiquent diverses estimations (IIPS, 1995 ; Bhat, 1996). Le Tamil Nadu a par conséquent franchi le seuil de remplacement au début des années 1990. Si le taux de natalité rural a été initialement plus haut que le taux en ville, la baisse de la fécondité a affecté tous les secteurs durant les années 1980, mais à un rythme plus rapide dans les campagnes. En conséquence, les différences rural/urbain ont presque disparu au Tamil Nadu. Il demeure des différentiels par niveau d'instruction, rang socio-économique et religion, mais la convergence est manifeste (Kulkarni *et al.*, 1996).

L'élévation de l'âge au mariage parmi les femmes a sans doute contribué au déclin de la natalité jusqu'en 1980, ainsi qu'un léger raccourcissement de la durée de l'allaitement, mais depuis cette date, l'essentiel de cette baisse est attribuable à la fécondité maritale et à la contraception. La proportion de couples protégés serait ainsi passée de 28,5 % en 1980 à 50,8 % en 1989, d'après les chiffres officiels. D'autres enquêtes indépendantes confirment toutefois la forte hausse de ce taux de prévalence, qu'il s'agisse des chiffres de l'*Operations Research Group* (ORG, 1990) ou des estimations du NFHS précédemment mentionnées. Il y a donc eu une forte augmentation de la contraception moderne au Tamil Nadu durant les années 1980, laquelle correspond à la réduction simultanée de la fécondité. Une analyse employant le cadre théorique de Bongaarts montre que l'index de non-contraception, C_c , a diminué de 0,84 de 1972 à 0,74 de 1983, puis à 0,54 en 1992 (Kulkarni *et al.*, 1996).

Cette baisse de la fécondité ne pouvant être directement expliquée par les niveaux moyens de mortalité juvénile ou de développement socio-économique au Tamil Nadu, le rôle de l'organisation régionale de la planification familiale a été mis en avant. Quoique le programme régional relève entièrement de la politique nationale, le Tamil Nadu a fait figure de pionnier dans certains domaines. Il fut ainsi le premier Etat à proposer des

compensations monétaires pour les hommes acceptant les vasectomies et son modèle fut ensuite imité ailleurs en Inde. De la même façon, le système des primes aux « motivateurs » (le personnel de planification familiale) a été également introduit au Tamil Nadu avant d'être généralisé. L'absence d'opposition au programme de limitation des naissances explique en outre que l'effet négatif de l'Etat d'urgence ne s'est pas fait sentir comme dans le Nord. La machine administrative régionale a participé pleinement aux programmes de planification familiale et cela a aidé à populariser la norme néomalthusienne (Antony, 1992 ; Srinivasan, 1995 ; Ramasundaram, 1995).

Le rôle du programme dans la fourniture des services de planification des naissances, gratuits et accessibles, est bien connu. Mais le programme fonctionne dans l'ensemble de l'Inde et l'hypothèse avancée par certains, selon laquelle le programme a mieux fonctionné au Tamil Nadu qu'ailleurs, est difficile à démontrer de manière irréfutable en l'absence de données concrètes. Le Tamil Nadu a assurément réussi à mettre en place un système qui fonctionne, puisque 80 % des besoins en contraception sont satisfaits. Mais les performances d'autres Etats peuvent être encore meilleures dans ce domaine, comme le suggèrent les pourcentages de besoins contraceptifs satisfaits (dernière colonne du tableau 5). De plus, si certains officiels ont eu au Tamil Nadu un rôle important dans la qualité de la planification familiale, cela est vrai également en d'autres régions et il semble difficile d'évaluer la qualité du fonctionnement bureaucratique régional sans prononcer une opinion *ex post* au vu des résultats obtenus. Le programme régional a-t-il vraiment contribué à faire baisser la fécondité désirée parmi les couples ou s'est-il contenté de fournir des contraceptifs à ceux qui avaient déjà opté pour un plus petit nombre d'enfants ?

En fait, d'autres explications ont déjà été proposées pour expliquer la baisse de la fécondité au Tamil Nadu. On a évoqué par exemple le niveau régional élevé de pauvreté comme une cause possible (Savitri, 1994 ; Kishor, 1994). Le déclin récent de fécondité parmi les couches défavorisées a été cité à l'appui d'une thèse de malthusianisme de la pauvreté. Mais, bien que le déclin de fécondité se soit produit parmi les pauvres, leur niveau de fécondité continue à être plus élevé que celui des autres couches de la population. L'absence d'un effet/revenu positif tend à contredire cette thèse.

Un argument plus convaincant est relié au statut des femmes, généralement assez médiocre en Inde en termes d'autonomie de décision, de mobilité, d'indépendance face à la belle-famille, et de contrôle des ressources. Le statut relativement favorable des femmes en pays tamoul a en effet été proposé comme un facteur favorisant la baisse. La pratique des mariages intrafamiliaux propres à l'Inde dravidienne contribuerait par exemple à l'autonomie féminine, variable réputée cruciale dans les comportements démographiques. Ces facteurs rendent probablement compte du fait que la préférence pour les garçons est moins accentuée au Tamil Nadu que dans le reste de l'Inde (notamment au nord-ouest) et suggèrent que la pression patriarcale y est moins forte³⁶.

³⁶ C'est un des arguments de l'article pionnier de Dyson and Moore (1983) sur la régionalisation de la démographie indienne. Pour une réactualisation récente de cette analyse à partir d'enquêtes qualitatives, voir Jejeebhoy and Sathar (2001).

De même, l'histoire sociopolitique singulière du Tamil Nadu a été rapprochée de l'évolution récente de la fécondité (Antony, 1992 ; Srinivasan, 1995 ; Ramasundaram, 1995). Le mouvement de réforme tamoul a notamment permis de faire émerger les couches non brahmanes de la société, tout en remettant en cause les tenants de l'hindouisme traditionnel (Irschick, 1986). Periyar, le leader du mouvement durant l'entre-deux-guerres, remit ainsi en cause le système des castes et prôna un système plus égalitaire, à la fois pour les basses castes et pour les femmes. Il dénonça les mariages précoces, l'interdiction de remariage des veuves, et défendit très tôt le recours à la contraception. Mais la contribution de ces mobilisations anciennes à la baisse de la fécondité dans les années 1980 est plutôt difficile à établir. Car si le mouvement a défendu les mariages tardifs et une fécondité réduite avant l'indépendance, les politiques publiques ont repris le flambeau depuis 1960. Il serait difficile de savoir quelle politique a changé les mentalités. Il demeure que le système des réservations professionnelles ou scolaires peut avoir pour effet indirect de renforcer dans la population les espoirs de mobilité sociale, encourager la scolarisation et, finalement, faire pression sur la fécondité.

Une autre explication de la performance exceptionnelle du Tamil Nadu tient au rôle des mass medias dans le changement des mentalités et des normes démographiques (Bhat, 1996). Ainsi, à partir de la fréquentation des cinémas et du système de communication, certains ont émis l'hypothèse que les canaux de diffusion étaient particulièrement nombreux et ont donc favorisé la propagation extrêmement rapide de la norme malthusienne. Mais les medias n'ont au plus joué qu'un rôle de médiateur et peuvent difficilement avoir créé des besoins là où ils n'existaient pas.

Des enquêtes par *focus group* ont été conduites au Tamil Nadu pour comprendre la logique des comportements de fécondité (Krishnamorthy *et al.*, 1996). Il en ressort que les attentes des parents vis-à-vis de leurs jeunes enfants ont singulièrement augmenté dans toutes les couches sociales. Tant qu'ils en ont les moyens, les parents veulent voir leurs enfants suivre l'école plutôt que les envoyer travailler. L'éducation des enfants devient un investissement coûteux, alors que la valeur de leur travail, dans les campagnes, est pratiquement insignifiante. Mais la baisse de la mortalité des enfants semble ne jamais avoir été évoquée lors des entretiens conduits.

L'argument le plus souvent employé par les parents pour justifier leur fécondité réduite (« les enfants coûtent trop cher ») est souvent interprété comme un argument économique, confirmant un mécanisme d'ajustement consécutif au renchérissement de l'éducation des enfants, voire à la paupérisation. Mais les riches restent toujours les moins féconds en Inde comme au Tamil Nadu, alors qu'ils devraient selon cette logique du revenu, pouvoir envisager une descendance plus importante. On assiste en fait plutôt à un changement dans la perception des coûts et dans les aspirations en matière de soin et d'éducation dus aux enfants³⁷. L'origine de cette transformation n'a pas lieu d'être économique et le rôle de la baisse de la mortalité infantile n'est guère évoqué. On songe plutôt à un effet dû à un changement des modèles familiaux, en faveur d'une famille nucléaire plus petite, qui se propage verticalement vers les milieux les plus modestes.

³⁷ Voir, à propos d'un village d'Andhra Pradesh, les analyses de Säävälä (2001).

Ainsi, une combinaison des facteurs semble avoir déterminé le déclin rapide de la fécondité au Tamil Nadu. Même en l'absence d'une élévation significative des revenus et sans développement économique global notable, les préférences des couples ont changé et les parents aspirent à une élévation du niveau de vie pour eux et leurs enfants. Le niveau de ces aspirations est sans doute supérieur à leurs conditions de vie actuelles et, selon la logique micro-économique, les parents choisissent peut-être de mettre l'accent sur la qualité de leurs enfants, plutôt que sur la quantité. Ce changement a sans doute pris naissance en certaines régions du Tamil Nadu, comme les villes ou la région de Coimbatore (Kongu Nadu) où la baisse de la fécondité a été la plus accentuée. Une analyse géographique fine montre d'ailleurs la très nette répartition des niveaux locaux de fécondité à l'intérieur du Tamil Nadu, opposant foyers de baisse et régions retardataires (Rajna *et al.*, à paraître). Cette géographie suggère que l'évolution démographique a suivi des canaux sociaux inscrits dans l'espace des castes et des micro-régions. Mais en dépit de ces différences régionales, la baisse de la fécondité s'est propagée assez vite dans l'ensemble de la population ; le rôle de la télévision et des films comme véhicules des nouveaux modèles sociaux serait alors important. Les campagnes ont également fait un grand usage des affichages publics et les slogans en faveur des petites familles sont apparus sur tous les véhicules de transport. L'infrastructure sanitaire, dont le fonctionnement est meilleur qu'ailleurs, a alors permis aux couples de réaliser leurs choix de fécondité, en popularisant la norme malthusienne et en fournissant les méthodes contraceptives. En revanche, il n'est pas certain que, sans le mouvement plus large de changement social évoqué plus haut, l'action du gouvernement du Tamil Nadu aurait été suffisante pour provoquer la baisse de la fécondité.

Conclusion

La mise en regard des résultats de la planification familiale avec l'ancienneté et le volume du programme fait un relatif paradoxe entre les moyens engagés et la baisse effective de la fécondité à l'échelle nationale. Notre examen offre toutefois une perspective plus fine, en distinguant les époques ainsi que les régions. En cinquante ans de fonctionnement, le programme national de planification familiale est en effet passé par de nombreuses phases. Il a débuté très tôt, mais de manière assez discrète, mettant l'accent plus sur les méthodes naturelles que sur la contraception moderne qui n'est apparue que plus tard. L'approche extensive l'a très certainement renforcé, en suscitant des efforts sérieux de motivation des personnels de santé et des clients prospectifs. De nombreuses méthodes ont été expérimentées et quelques innovations – les camps ou kermesses de stérilisations ou encore les primes monétaires versées aux volontaires – ont effectivement permis d'augmenter largement le nombre de couples protégés. En revanche, le programme a failli basculer dans un modèle particulièrement oppressif à partir de 1975, avec pour conséquence de très sérieux revers dans les années qui suivirent. L'évolution a donc été marquée par des poussées en avant et des replis forcés, des innovations historiques et des ratés multiples. Aujourd'hui, le programme conserve

de nombreux traits de son fonctionnement d'il y a vingt ans, même si les méthodes des quotas et des objectifs à atteindre viennent d'être récemment abandonnées.

La fécondité a enregistré une baisse manifeste durant la période étudiée, notamment durant les phases plus récentes du programme de planification familiale à partir de 1970. Cette baisse est due pour l'essentiel aux progrès de la pratique contraceptive. Des liens évidents avec le niveau socio-économique expliquent ces dimensions toutefois variables d'un Etat à un autre (éducation, survie des enfants, urbanisation, etc.) expliquent en partie. La norme de la petite famille à deux enfants a été influencée par ces facteurs et tant que les couples ne percevront pas d'avantage à limiter leur progéniture, ils n'accepteront pas la planification familiale. Des différences résiduelles existent entre régions et peuvent être attribuées en partie à la qualité du fonctionnement des programmes régionaux de limitation des naissances ; mais il demeure que les facteurs de demande ont joué un rôle considérable dans les résultats atteints. En Inde du Sud, pour un éventail de raisons qui ne peuvent se résumer au seul effet de l'éducation ou de la position des femmes, les familles ont pris avantage très tôt de l'offre contraceptive et choisi de réduire leur fécondité quand leur situation économique ne semblait pourtant pas plus propice qu'ailleurs³⁸. Le recensement de 2001 a mis en lumière le cas de l'Andhra Pradesh, Etat du sud très peu favorisé économiquement, dont la transition démographique s'est brutalement accélérée durant la dernière décennie. Au Punjab, autre foyer régional de baisse de la fécondité, cette baisse s'est accompagnée d'une aggravation des discriminations contre les naissances féminines, manifestant dramatiquement le renversement quantité/qualité du modèle micro-économique de Becker. Les familles ont su mettre à profit l'offre existante des services de planification familiale, mais l'ont en partie détournée de sa fonction initiale : la pratique des avortements sélectifs des fœtus féminins a d'ailleurs suscité un fort développement des cliniques privées offrant les services requis (Vella, 2003). Les pratiques de fécondité étant en grande partie normatives dans le contexte indien, c'est sans doute la rapidité avec laquelle les modèles familiaux ont évolué qui explique les performances démographiques de ces régions et l'offre a parfois dû s'ajuster a posteriori à la nature de la demande. La dimension spatiale de la baisse de la fécondité observée suggère que des mécanismes de diffusion sociale ont facilité la propagation rapide des nouvelles normes comportementales à travers les groupes sociaux. Aujourd'hui, dans la majorité de la société, les grandes familles sont plutôt perçues comme un signe d'arriération sociale, en écho au message central des campagnes de planification familiale attribuant la pauvreté des ménages à la taille de leur descendance.

Il reste néanmoins difficile de mesurer la part relative de l'action gouvernementale dans les changements démographiques observés. C'est un domaine qui doit sans doute faire l'objet d'une approche plus systématique de la part des chercheurs. Les enquêtes montrent de manière irréfutable que le programme indien permet et facilite l'accès aux contraceptifs modernes : la contraception est souvent gratuite (sinon rémunératrice) et facile à obtenir, même si le choix des contraceptifs est en réalité limité. D'après les

³⁸ La situation de l'Inde du Sud est examinée en détail dans Guilmoto et Rajan (à paraître).

estimations officielles³⁹, la planification familiale aurait même permis d'éviter, de 1956 à 2000, une bagatelle de 257 millions de naissances, dont plus des deux tiers grâce aux stérilisations. Il serait effectivement difficile d'imaginer que la fécondité ait pu atteindre les niveaux présents, notamment dans les zones les plus avancées démographiquement, sans que l'Etat n'occupe la place prééminente dans la popularisation de la planification familiale, et surtout la distribution des produits contraceptifs en Inde. Les profonds contrastes entre régions ou couches sociales en matière de prévalence contraceptive suggèrent toutefois que les succès de la planification familiale n'ont été appréciables que dans les économies familiales qui se sont montrées favorables à la réduction rapide du nombre des enfants des ménages, alors que de nombreux sites de résistance à la pénétration des nouvelles idéologies d'Etat ont vu le jour en Inde et contribuent à ralentir le rythme de la transition.

³⁹ On trouvera une présentation des politiques mises en oeuvre et des statistiques sur le site web du ministère de la Santé: <http://mohfw.nic.in>. Les chiffres les plus récents proviennent de l'annuaire de 2001 (India, Department of Family Welfare, 2003)

Annexe : Les dépenses de la planification familiale

Un des indices de l'engagement réel de l'Etat central dans les questions démographiques est le volume des dépenses publiques dans le secteur de la planification familiale. On conviendra, certes, qu'il ne s'agit que d'un indicateur partiel, car d'autres dimensions, telles la volonté politique ou l'efficacité des dispositifs, restent également déterminantes pour comprendre le succès de ces programmes. L'évolution des dépenses donne toutefois une idée de l'investissement « physique » déployé pour la politique démographique par le gouvernement central, même si on ne peut ici prendre en compte le poids d'autres acteurs, comme les agences internationales et les financements de gouvernements étrangers, ou encore l'action non gouvernementale.

Le tableau 7 résume l'évolution des dépenses publiques pour la planification familiale (ou le bien-être familial) selon les plans pluriannuels : cela correspond à huit plans quinquennaux entre 1951 et 1997, et diverses périodes intermédiaires durant lesquelles les plans ne fonctionnaient pas. Les chiffres sont convertis en budget annuel à fin de comparaison. L'augmentation sur la période considérée est très sensible à partir des chiffres bruts et a été également corrigée de l'inflation par conversion en équivalent de roupies constantes (1993-1994). Nous utilisons pour cela les estimations de l'office de statistique central (India, Central Statistical Organisation, 2000). On notera qu'en dépit de ce correctif apporté, l'accroissement des dépenses a été considérable. La hausse des dépenses a été remarquable dans le début des années 1970, mais suivie par une stagnation dans la période suivant l'Etat d'urgence, et une reprise durant la décennie suivante.

Depuis le milieu des années 1960, la planification familiale reçoit plus d'un pour cent des dépenses totales du plan, avec une pointe durant la période d'intensification du programme au début des années 1970. Les revers de la politique de Madame Gandhi ont entraîné ensuite un tassement dans l'évolution de ces dépenses. Malgré un redressement durant la décennie suivante, les dépenses pour la planification familiale ont progressé à un rythme plus lent. Rapportées au PIB indien, ces dépenses qui avaient augmenté jusqu'aux années 1980 ont stagné en termes relatifs depuis cette période : le planning familial a atteint un rythme de croisière, s'établissant à environ 1,3 % des dépenses publiques.

Ce calendrier et le volume de l'action gouvernementale correspondent étroitement à la chronique faite plus haut de la politique démographique nationale. L'Etat d'urgence a incontestablement marqué toute la période, frappant d'arrêt la progression des dépenses publiques depuis l'indépendance et inaugurant une période prolongée de stagnation relative de l'engagement gouvernemental.

Tableau 7 – Dépenses publiques pour la planification familiale en Inde

Période (plan)	Dépenses en millions de Roupies	Dépenses annuelles en millions de Roupies		Dépenses en millions de Roupies en pourcentage de :	
		Prix courant	Prix 1993-1994	Dépenses totales	PIB
Premier : 1951-1956	1	<1	3	-	-
Second 1956-1961	50	10	135	0.1	0.007
Troisième : 1961-1966	249	50	546	0.3	0.023
Intermédiaire 1966-1969	704	235	1 812	1.1	0.070
Quatrième : 1969-1974	2 780	556	3 564	1.8	0.117
Cinquième : 1974-1979	4 918	984	4 192	1.2	0.116
Annuel 1979-1980	1 185	1 185	4 088	1.0	0.108
Sixième : 1980-1985	13 870	2 774	7 268	1.3	0.158
Septième : 1985-1990	31 208	6 242	11 111	1.4	0.187
Annuel 1990-1991	7 849	7 849	10 675	1.3	0.154
Annuel 1991-1992	8 566	8 566	10 279	1.3	0.145
Huitième : 1992-1997	65 000	13 000	13 497	1.5	0.155
Neuvième : 1997-2002	141 700	28 340	nd	1.6	nd

Note : Les dépenses en prix 1993-1994 ont été obtenues en utilisant un facteur d'inflation calculé à partir des estimations similaires du PIB. : Négligeable. nd : non disponible

Sources : Dépenses de la planification familiale et des plans : India, Department of Family Welfare (1999, 2003).

PIB et facteurs d'inflation : India, Central Statistical Organisation (2000).

BIBLIOGRAPHIE

- Anandhi S., 1998 - « Reproductive Bodies and Regulated Sexuality : Birth Control Debates in Early Twentieth Century Tamilnad », in John, Mary E., and Nair, Janaki, eds., *A Question of Silence ? The Sexual Economies of Modern India*, Kali for Women, New Delhi, 139-166.
- Antony T. V., 1992 - « The Family Planning Programme – Lessons from Tamil Nadu's Experience ». Paper presented at the Symposium on India's Development in the 1990s at the Nehru Memorial Museum and Library, Centre for Policy Research, New Delhi.
- Assayag Jackie, 2001 - *L'Inde. Désir de nation*. Editions Odile Jacob, Paris.
- Banerji Debahar, 1996 - « Violations of Human Rights in India's Birth Control Initiatives », in Sathyamurthy, T. V., ed., *Class Formation and Political Transformation in Post-Colonial India*, Vol. 4, Oxford University Press, Delhi, 360-387.
- Bhat P.N.M. and S. Irudaya Rajan, 1990 - "Demographic Transition in Kerala Revisited", *Economic and Political Weekly* 2, 1957-1980.
- Bhat, P. N. M. 1996 - « Contours of Fertility Decline in India : A District Level Study Based on the 1991 Census », in K. Srinivasan (ed.), *Population Policy and Reproductive Health*. Hindustan Publishing Corporation, New Delhi.
- Caldwell J. C., P. H. Reddy and Pat Caldwell, 1982 - « The Causes of Demographic Change in Rural South India : A micro approach », *Population and Development Review*, 8 (4), 689-727.
- Cassen Robert H. - 1978. *India. Population, Economy, Society*, Macmillan, London and Basingstoke.
- Chandrasekhar, S., 1994. *India's Abortion Experience. 1972-1992*, University of North Texas Press, Denton.
- Chaterjee Nilanjana and Riley Nancy E., 2001 - « Planning an Indian Modernity : the Gendered Politics of Fertility Control », *Signs*, 26 (3), 811-846.
- Coale Ansley J. and Hoover Edgar M., 1958 - *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*, Princeton University Press, Princeton.
- Davis Kingsley, 1967 - « Population Policy : Will Current Programs Succeed ? » *Science* 158, 730-739.
- Demeny Paul, 1992 - « Policies Seeking a Reduction of High Fertility : A Case for the Demand Side », *Population and Development Review* 18 (2), 321-332.
- Devika J., 2002 - *Family Planning as « Liberation » : the Ambiguities of « Emancipation from Biology » in Keralam*, working paper 335, Centre for Development Studies, Thiruvananthapuram.
- Dyson Tim, and Moore Michael, 1984 - « On Kinship Structure, Female Autonomy, and demographic Behaviour in India », *Population and Development Review*, 9, 1, 35-60.
- EPW Research Foundation. 1994, « Social Indicators of Development for India – II : Inter-state Disparities, » *Economic and Political Weekly*, 29 (21), 1300-08.
- Ganatra B. and Hirve S., 2002 - « Induced Abortions Among Adolescent Women in Rural Maharashtra, India », *Reproductive Health Matters*, 10 (19), 76-85
- GIRH & FWT and IIPS, 1994 - *National Family Health Survey, 1992 – Tamil Nadu*. Mumbai, IIPS, NFHS.
- Guilmoto Christophe Z., 1992 - *Un siècle de démographie tamoule – L'évolution de la population du Tamil Nadu de 1871 à 1981*, CEPED, Paris.
- Guilmoto Christophe Z. and Irudaya Rajan S., 2002 - « District Level Estimates of Fertility from India's 2001 Census », *Economic and Political Weekly*, XXXVII, 7, 665-672.
- Guilmoto Christophe Z., and Irudaya Rajan S., (eds.) à paraître - *Fertility Transition in South India*, New Delhi.

- Gupta Charu, 2001 - *Sexuality, Obscenity, Community. Women, Muslims and the Hindu Public in Colonial India*, Permanent Black, Delhi.
- Gupta Jyotsna Agnihotri, 2000 - *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy. Freedom or Dependency*, Oxford University Press, Delhi.
- Gwatkin Davidson R., 1979 - « Political Will and Family Planning Programs : The Implications of India's Emergency Experience », *Population and Development Review*, 5 (1), 29-60.
- IIPS and ORC Macro, 2000 - *National Family Health Survey (NFHS-2), 1998-1999 : India*, IIPS, Mumbai.
- India, Central Statistical Organisation, 2000 - *National Accounts Statistics 2000*. Government of India, Ministry of Statistics & Programme Implementation, New Delhi.
- India, Department of Family Welfare, 1977 - *Family Welfare Programme in India, Year Book 1976-1977*. Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- India, Department of Family Welfare, 1999 - *Family Welfare Programme in India, Year Book 1997-1998*. Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- India, Department of Family Welfare, 2003 - *Family Welfare Programme in India, Year Book 2001*. Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- India, Department of Family Welfare, 2000 - *National Population Policy 2000*. Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- India, Expert Group on Population Policy, 1994 - *Draft National Population Policy*. Ministry of Health and Family Welfare, New Delhi.
- India, Registrar General, 1993 - *Census of India. Final Population Totals, Brief Analysis of Primary Census Abstract, Paper II of 1992, Series I*. Controller of Publications, New Delhi.
- India, Registrar General, 1994 - *SRS Based Abridged Life Tables, 1986-1990, Occasional Paper No. 1 of 1994*. Vital Statistics Division, Ministry of Home Affairs, New Delhi.
- India, Registrar General, 1999 - *SRS Compendium of India's Fertility and Mortality Indicators 1971-1997 based on the Sample Registration System (SRS)*, New Delhi.
- India, Registrar General, 2001a - *Provisional Population Totals, Census of 2001, Paper 1 of 2001*, Controller of Publications, Delhi.
- India, Registrar General, 2001b - *Provisional Population Totals, Census of 2001, Rural and Urban Population*, released on website.
- India, Registrar General, 2001c - *Sample Registration Bulletin*, 35 (1), Vital Statistics Division, Ministry of Home Affairs, New Delhi.
- India, Registrar General, 1997 - *District Level Estimates of Fertility and Child Mortality for 1991 and their inter relationships with other variables. Occasional Paper No. 1 of 1997*. Controller of Publications, New Delhi.
- International Institute for Population Sciences (IIPS), 1995 - *National Family Health Survey (MCH and Family Planning), India, 1992-1993*. Bombay, IIPS.
- Irschick Eugene F., 1986 - *Tamil Revivalism in the 1930s*. Cre-A, Madras.
- Jain Anrudh K., 1998 - « Population Policies that Matter », in Anrudh K. Jain (ed.) *Do Population Policies Matter ? Fertility and Policies in Egypt, India, Kenya, and Mexico*. The Population Council, New York, 1-18.
- Jejeebhoy Shireen, and Sattar Zeba A., 2001 - « Women's Autonomy in India and Pakistan : the Influence of Region and Religion », *Population and Development Review*, 27, 4, 687-713.
- Kishor Sunita, 1994 - « Fertility Decline in Tamil Nadu, India, » in Bertil Egerö and M. Hammarskjöld (eds.) *Understanding Reproductive Change : Kenya, Tamil Nadu, Punjab, Costa Rica*. Lund University Press, Lund.
- Kocher James E., 1980 - "Population Policy in India : Recent Developments and Current Prospects", *Population and Development Review*, 6 (2), 299-310.

- Koenig Michael A. and Khan M. E., eds., 1999 - *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. The Challenge Ahead.*, The Population Council, New York.
- Krishnaji N., 1998 - « Population Policy », in Byres, Terence J., ed., *The Indian Economy. Major Debates since Independence*, Oxford University Press, Delhi, 383-407.
- Krishnamoorthy S., P.M. Kulkarni and N. Audinarayana, 1996 - *Causes of Fertility Transition in Tamil Nadu – Observations from a field study*. Dept. of Population Studies, Bharathiar University (mimeo), Coimbatore.
- Krishnan T.N. 1976 - « Demographic Transition in Kerala : Facts and Figures », *Economic and Political Weekly* 11, 1203-1224.
- Kulkarni P.M., S. Krishnamoorthy and N. Audinarayana, 1996 - *Review of Research on Fertility in Tamil Nadu*. Dept. of Population Studies, Bharathiar University (Mimeo), Coimbatore.
- Kumar Rachel, 2002 - « Gender in Reproductive and Child Health Policy », *Economic and Political Weekly*, August 10, 3369-3377.
- McNay, Kirsty, Arokiasamy, Perianayagam, and Robert H. Cassen, 2003 - « Why are uneducated women in India using contraception ? A multilevel analysis », *Population Studies*, 57, 1, 21 – 40.
- Mamdani Mahmood, 1973 - *The Myth of Population Control : Family, Caste, and Class in an Indian Village*. Monthly Review Press, London.
- Mandelbaum David G., 1974 - *Human Fertility in India. Social Components and Policy Perspective*, Oxford University Press, Delhi.
- Mitra, Asok, 1978 - *India's Population : Aspects of Quality and Control*, Vol. Two. Abhinav Publications, New Delhi.
- Moursund, Anne and Øystein Kravdal, 2003 - « Individual and Community Effects of Women's education and Autonomy on Contraceptive Use in India », *Population Studies*, 57, 3, 285-301.
- Narayana, G. and Kantner, John F., 1992 - *Doing the Needful. The Dilemma of India's Population Policy*, Westview Press, Boulder.
- Operations Research Group (ORG), 1990 - *Family Planning Practices in India – Third All India Survey*. ORG, Baroda.
- Padmanabha, P., 1995 - *Causes of Fertility Transition in Tamil Nadu – An exploratory study*, (mimeo.), Bangalore.
- Pai Panandiker V. A. and P. K. Umashankar, 1994 - « Fertility Control and Politics in India », in *The New Politics of Population*, Jason L. Finkle and C. Alison McIntosh (eds.), *Population and Development Review- A Supplement to Vol. 20* 89-104.
- Pai-Panandiker V.A., R.N. Bishnoi and O.P. Sharma, 1978 - *Family Planning Under the Emergency*. Radiant Publishers, New Delhi.
- Patel, Daxa, Patel, Anil, and Mehta, Ambrish, 1999 - « The Effects of Service Quality on IUD Continuation among Women in rural Gujarat », in Koenig, Michael A., and Khan, M. E., eds., *Improving Quality of Care in India's Family Welfare Programme. The Challenge Ahead.*, The Population Council, New York, 333-345.
- Patel Tulsi, 1994 - *Fertility Behaviour. Population and Society in a Rajasthan Village*, Oxford University Press, Delhi.
- Raina, B. L., 1988 - *Population Policy*. B.R. Publishing Corporation, Delhi.
- Rajna P. N., Kulkarni P.M. and N. Thenmozhi, à paraître - « Fertility in Tamil Nadu- Level and Recent Trends », in Guilmoto CZ, and Rajan S., (eds.), *Fertility Transition in South India*, New Delhi.
- Ramachandar L. and Pelto P. J., 2002 - « The Role of Village Health Nurses in Mediating Abortions in Rural Tamil Nadu, India », *Reproductive Health Matters*, 10 (19), 64–75.
- Ramasundaram S., 1995 - « Causes for the Rapid Fertility Decline in Tamil Nadu, A Policy Planner's Perspective, » *Demography India*, 24 (1), 13-21.
- Rao N. Baskara, P. M. Kulkarni and P. Hanumantha Rayappa, 1986 - *Determinants of Fertility- A Study of Rural Karnataka*, South Asian Publishers, New Delhi.

- Ross, John and John Stover, 2001 - « The Family Planning Program Effort Index : 1999 Cycle », *International Family Planning Perspectives*, 27 (3), 119-129.
- Säävälä Minna, 2001 - *Fertility and Familial Power relations : Procreation in South India*, Curzon Press, Richmond.
- Savitri R. 1994 - « Fertility Rate Decline in Tamil Nadu : Some Issues, » *Economic and Political Weekly* 29, 1850-1852.
- Senna Renata, 2001 - « Social Capital : Meaningful and Measurable at the State Level », *Economic and Political Weekly*, 34 (8), 693-704.
- Population of India, Country Monograph series No. 10*, United Nations, New York.
- Srinivasan K., 1995 - *Regulating Reproduction in India's Population : efforts, results, and recommendations*. Sage Publications, New Delhi.
- United Nations, 1961 - *The Mysore Population Study, Population Studies No. 24*, New York, United Nations.
- United Nations, 1994 - *International Conference on Population and Development : Programme of Action 1994*. United Nations, New York.
- Vella S., 2003 - « La sélection sexuelle en Inde : une pratique reproductive peu éthique », *Autrepart*, 28, 147-163.
- Visaria Leela, Pravin Visaria, and Anrudh Jain, 1994 - Estimates of Contraceptive Prevalence based on Service statistics and Surveys in Gujarat State, India. *Studies in Family Planning*, 25 (3), 293-303.
- Visaria, Pravin and Vijaylaxmi Chari, 1998 « India's Population Policy and Family Planning program : Yesterday, Today, and Tomorrow », in Anrudh Jain (ed.) *Do Population Policies Matter ? Fertility and Politics in Egypt, India, Kenya, and Mexico*. Population Council, New York.
- Zachariah K.C., 1984 - *The Anomaly of the Fertility in India's Kerala State : A Field Investigation*. Staff Working Paper No. 700, Washington D.C., The World Bank.
- Zachariah K.C., S. Irudaya Rajan, P.S. Sarma, K. Navaneethan, P.S. Gopinathan Nair and U.S. Misra, 1994 - *Demographic Transition in Kerala in the 1980s*, Centre for Development Studies Monograph Series, Centre for Development Studies and Gujarat Institute for Development Research, Thiruvananthapuram.

La planification familiale en Chine, pour ou contre la femme ? Bilan de trois décennies

Isabelle Attane

Les deux dernières décennies du XX^e siècle auront été, pour la Chine, celles de l'ouverture : son économie se libéralise, ses frontières s'ouvrent, son rôle sur la scène politique internationale s'affirme. En outre, bien que toujours au premier rang mondial pour la taille de sa population, la menace démographique s'y fait peu à peu moins pressante. Comme le confirment des prévisions récentes, la population de la Chine devrait en effet franchir le cap de 1,5 milliards vers 2040, puis amorcer une lente décrue (Li, 1997). Au milieu du XX^e siècle, cent millions d'enfants naissaient chaque année dans le monde : près d'un sur quatre était Chinois. Aujourd'hui, malgré le net recul de la natalité, c'est encore le cas pour une naissance sur six. A l'horizon 2030, cela sera le fait d'une naissance sur sept¹.

La Chine aime relever les défis. Durant ce demi-siècle d'un communisme à la chinoise alternant bâton et carotte, les communes populaires, fleuron du collectivisme, cédèrent contre toute attente la place à un système étrangement syncrétique : *l'économie de marché de type socialiste*. Parallèlement, la Chine a entrepris une réforme complète des structures collectives, secouant ainsi le vieux système égalitariste qui prévalait dans le domaine de l'emploi, de la santé, de l'éducation, de la propriété... Des bouleversements qui ne peuvent laisser l'état de la population sans réponse. En outre, elle a mené sans relâche depuis le début des années 1970 une politique de limitation des naissances unique en son genre, qui eut tôt fait d'attirer l'attention de la communauté internationale.

Il s'agira, dans un premier temps, de dresser le bilan de ces trois décennies de limitation des naissances en Chine, en montrant en particulier comment cette politique a été mise en place et quels en ont été les effets. Mais nous verrons que, si cette politique a favorisé les changements des comportements de reproduction, elle n'a pas pour autant été

¹ Ce rapport a été calculé d'après les projections des Nations Unies (révision de 1998), selon la variante moyenne d'évolution des populations mondiale et chinoise. Notons que la variante moyenne des Nations Unies aboutit à des projections de la population chinoise très proches de celles envisagées ici selon le scénario d'une politique nationale de deux enfants par couple : 1,495 milliards de Chinois en 2030 selon les Nations Unies, 1,510 selon le scénario 1 de Li Jianxin ; puis 1,477 et 1,475 respectivement en 2050.

orientée vers une amélioration du statut et de la santé des femmes. Néanmoins, au seuil du XXI^e siècle, tandis que de profonds bouleversements sociaux et économiques affectent le pays, la politique chinoise de limitation des naissances est amenée à s'adapter à ces changements.

Trente ans de planification familiale en Chine

En Chine, les premières années du régime communiste (instauré par Mao le 1^{er} octobre 1949) ont été marquées par un discours explicitement nataliste, le contrôle des naissances étant alors jugé par le Grand Timonier comme un « *moyen d'exterminer le peuple chinois sans se mettre de sang sur les mains* ». Mais le recensement de 1953, révélant une population de 590 millions d'habitants – cent millions de plus que l'effectif attendu – fit naître la crainte de voir une croissance démographique trop rapide compromettre le développement économique, et incita les dirigeants à réviser leurs convictions antimalthusiennes. Pourtant, jusqu'au début des années 1970, les efforts faits pour ralentir la croissance démographique furent peu soutenus et sans effet visible sur la natalité² (tableau 1).

Tableau 1 – Mouvements naturels de la population chinoise, 1953-1998

Année	Population en fin d'année (milliers)	Taux de natalité (‰)	Taux de mortalité (‰)	Taux d'accroissement naturel (‰)
1953	587 960	37,0	14,0	23,0
1960	662 070	20,9	25,4	-4,6
1964	704 990	39,1	11,5	27,6
1970	829 920	33,4	7,6	25,8
1975	924 200	23,1	7,3	15,7
1980	987 050	18,2	6,3	11,9
1985	1 050 440	17,8	6,6	11,2
1990	1 143 330	21,1	6,7	14,4
1998	1 248 100	16,0	6,5	9,5

Sources : Annuaire statistiques de Chine, années diverses.

² Les deux premières campagnes de limitation des naissances, lancées respectivement en 1956 et 1962, n'ont guère été suivies d'effets, hormis dans quelques grands centres urbains. Pour plus d'informations à leur sujet, voir Peng (1991).

En juillet 1971, la promulgation par Zhou Enlai de la directive 51 du Conseil des Affaires d'Etat marqua le lancement officiel de la troisième campagne de limitation des naissances qui, au contraire des deux précédentes (1956-1957 et 1962-1966), sera menée sans relâche pendant les décennies qui suivront. Dès lors, la limitation des naissances devint une « politique nationale fondamentale » (*guojia jiben guoce*).

Le slogan « *wan, xi, shao* », diffusé à partir de 1973, posait les trois grands principes de cette campagne : mariage et procréation tardifs (*wan* = tard), espacement des naissances (*xi* = espacé) et réduction de la descendance (*shao* = peu). Des distinctions furent néanmoins établies entre trois catégories de population. D'emblée, la population urbaine fut soumise aux règles les plus strictes, les couples étant encouragés à ne pas se marier avant les âges de 25 ans pour les femmes et de 28 ans pour les hommes, et à n'avoir pas plus de deux enfants. La population rurale fut soumise à des mesures plus souples, l'âge minimum pour procéder au mariage ayant été fixé à 23 et 25 ans respectivement, et le nombre maximum d'enfants à trois. Couples urbains et ruraux devaient respecter un intervalle minimum de trois à quatre ans entre deux naissances. La dernière catégorie de population, celle des minorités ethniques, resta quant à elle exclue du programme.

Durant la décennie 1970, le taux de natalité réduisit presque de moitié : de 33 ‰ en 1970, il tomba à 18 ‰ en 1979. Mais ces progrès furent jugés insuffisants, d'autant que l'on prévoyait une augmentation de la natalité liée à l'arrivée en âge d'avoir des enfants des générations nombreuses nées au début des années 1960. Hua Guofeng, alors Premier Ministre, déclarait en 1979 : « *Il faut maîtriser efficacement l'augmentation de la population et planifier les naissances. C'est une condition nécessaire au développement de l'économie nationale, et un problème qu'il faut résoudre afin de procéder à la réalisation des Quatre Modernisations* » (Chen, 1979). Pour répondre à cet objectif, la nouvelle politique, annoncée officiellement en janvier 1979, instaura la norme drastique de l'enfant unique, norme qui s'appliqua, à partir de janvier 1980, à 95 % des couples dans les villes et 90 % des couples dans les zones rurales.

Mais cette norme de l'enfant unique, en complète contradiction avec les intérêts des familles, en particulier des familles de paysans, se heurta à une vive résistance populaire. Aussi le gouvernement fut-il, très vite, contraint d'élargir les conditions permettant aux couples ruraux d'avoir un deuxième enfant. L'annonce officielle de cette décision fut faite en avril 1984, par le Document n° 7 du Comité Central. Si l'objectif avoué était d'autoriser une plus large proportion de couples à avoir un deuxième enfant, il s'agissait surtout « d'ouvrir une petite brèche pour en colmater une grande » (*kai xiao kou du da kou*), à savoir légitimer quelques exceptions à la règle de l'enfant unique afin d'en éviter le plus grand nombre. Depuis lors, la politique chinoise de limitation des naissances est une politique à plusieurs vitesses.

Une politique à plusieurs vitesses

Limiter les naissances est devenu un devoir constitutionnel en 1982 : « *L'Etat encourage le planning familial pour assurer l'harmonie entre la croissance démographique et les plans de développement économique et social* » (art. 25) ; « *Le mari comme la femme ont le devoir de pratiquer le planning familial* » (extrait de l'art. 49). Cette obligation est également stipulée par la Loi sur le mariage de 1980 : « *Est pratiqué le planning familial* » (extrait de l'art. 2). Aucune législation établissant, à l'échelle nationale, les principes de la politique de limitation des naissances, n'a cependant été adoptée. L'immensité et la diversité de la Chine ont en effet incité ses dirigeants à préférer l'adoption de réglementations provinciales, tenant compte des conditions locales. Ainsi, au cours des années 1980, chaque province a promulgué ses propres règlements de limitation des naissances.

Ces règlements sont unanimes quant à l'âge minimum légal pour contracter un mariage : il est partout, conformément à la Loi sur le mariage de 1980, de 20 ans pour les femmes et de 22 ans pour les hommes. Tous prévoient également que quiconque « *étant en âge de procréer et n'étant pas dans l'attente de concevoir légalement un enfant doit employer une méthode contraceptive fiable* »³. Certains prescrivent même le moyen de contraception adapté au cas de chacun : « *un couple ayant un enfant doit adopter des mesures contraceptives à efficacité longue (chang xiao)* », tel le stérilet, et « *un couple ayant deux enfants ou davantage doit procéder à une stérilisation* ». En cas de grossesse non planifiée, la plupart des règlements requièrent l'adoption de « *mesures y remédiant* » (*bujiu cuoshi*), à savoir l'interruption de grossesse immédiate. D'autres, comme ceux du Sichuan, font également état d'une cotisation à verser mensuellement dès les premiers mois d'une grossesse non planifiée. La plupart énonce les sanctions économiques, sous forme d'amendes (de 50 à 200 *yuan* au milieu des années 1980⁴) ou de retenues sur salaire (alors de 10 à 30 %), dont sont passibles les femmes enceintes sans autorisation. Ces sommes sont toutefois intégralement reversées si le couple procède à un avortement (Feng *et al.*, 1992).

Les principales différences entre les règlements résident dans le nombre d'enfants autorisé. La règle de l'enfant unique, si elle constitue la norme pour une part de la population, n'est, comme on l'a vu, plus systématiquement imposée dans les campagnes depuis 1984. Au niveau national, seule la population dite urbaine, désignant les cadres et travailleurs de l'Etat (*guojia ganbu, zhigong*) ainsi que les habitants des villes et des bourgs (*chengzhen jumin*) est aujourd'hui soumise à la règle stricte, et le plus souvent incontournable, de l'enfant unique⁵. En 1990, cette population dite urbaine représentait un peu plus de la moitié (environ 55 pour cent) de la population totale du pays, les 45

³ Voir *Zhongguo jihua shengyu nian jian*, 1988 ; *Zhongguo renkou ziliao shouce*, 1985.

⁴ 1 *yuan* équivaut aujourd'hui à environ 0,7 francs français.

⁵ Cette définition de la population urbaine ne correspond pas à celle utilisée lors du dernier recensement, qui ne prend en compte que la population des villes et des bourgs (*shizhen renkou*), soit 26 % de la population totale en 1990.

pour cent restant étant en principe autorisés à mettre au monde un deuxième enfant – voire un troisième, notamment certaines minorités nationales. Mais les circonstances autorisant ces deuxièmes naissances varient d'une province à l'autre, parfois même d'un district ou d'un village à un autre, et ne sont pas nécessairement pérennes. Aussi un Chinois de la province méridionale du Guangdong n'est-il pas nécessairement soumis aux mêmes mesures qu'un Chinois du Nord ou de l'Ouest, du Shanxi ou du Sichuan par exemple. Il est donc impossible de dresser un tableau précis et exhaustif des mesures en vigueur à un moment donné, d'autant que sur les 55 pour cent soumis en théorie à la règle de l'enfant unique, certains peuvent aussi bénéficier de circonstances, plus ou moins exceptionnelles, donnant droit à un autre enfant⁶.

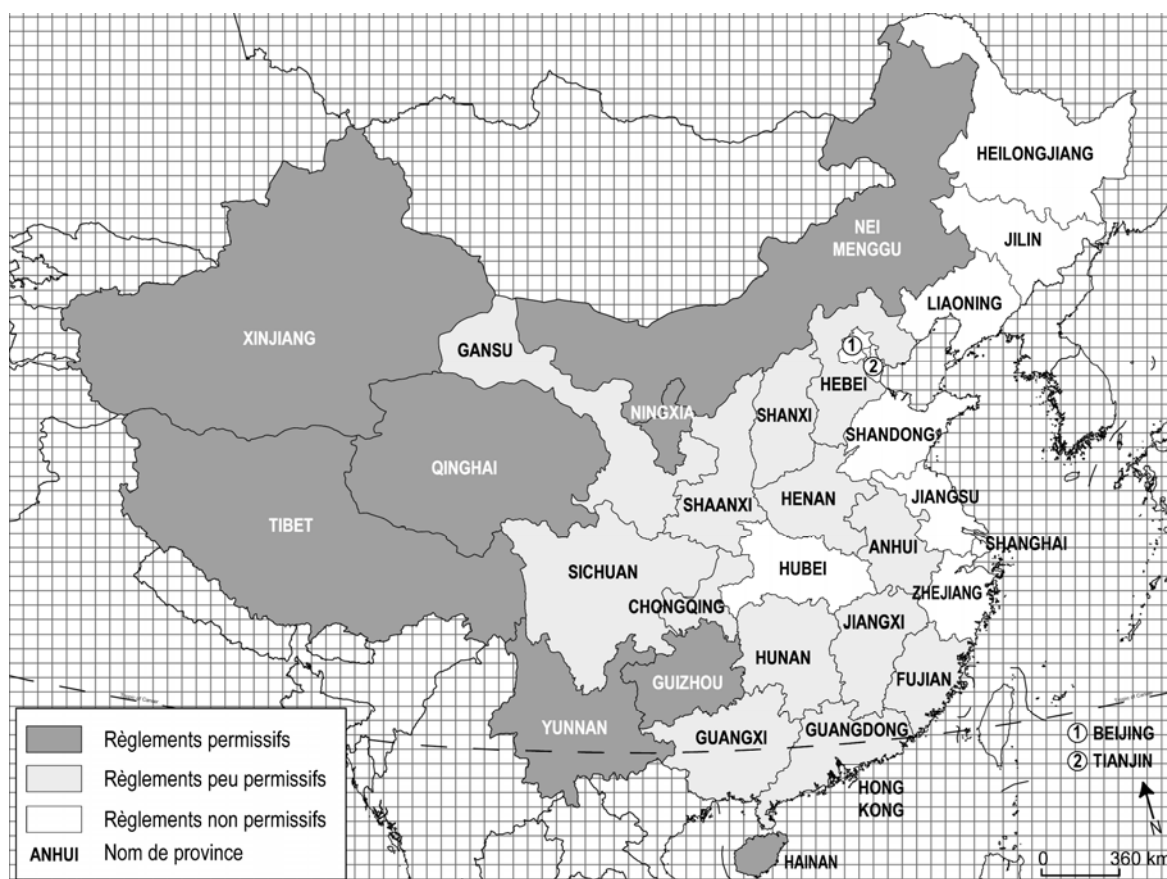
Les règlements provinciaux

L'indicateur officiel produit par le gouvernement central au milieu des années 1980 donne des informations concrètes sur la rigueur des réglementations locales et des objectifs nationaux en termes de limitation des naissances qui ont eu cours à ce moment-là. Cet indicateur, appelé « descendance finale officiellement requise dans le cadre de la politique de limitation des naissances » (*zhengce yaoqiu zhongshen zong shengyu li*), donnait théoriquement la limite supérieure de l'intensité de la fécondité dans les générations. Il ne fut cependant pas utilisé comme tel, mais traduit en indicateur transversal fixant à 1,62 le nombre moyen maximum d'enfants par femme. C'est dans la municipalité très urbanisée de Shanghai qu'il était le plus bas : 1,28, et dans la région autonome ouïgoure du Xinjiang, peu urbanisée et peuplée à plus de 60 % de minorités nationales, qu'il était le plus élevé : 2,40 (Yin, 1995)⁷. Si l'on considère que toutes les femmes ont un premier enfant, sachant que le célibat définitif est quasiment inexistant en Chine et que les naissances de rang 3 ou plus sont interdites dans la plupart des cas, la proportion de femmes autorisées à avoir deux enfants s'établissait à 60 % environ au cours des années 1980.

⁶ Ces circonstances témoignent généralement d'une volonté de préserver la descendance patrilinéaire, puisque les couples ont, si leur mariage est uxorilocal (c'est-à-dire lorsque le mari s'installe après son mariage chez les parents de sa femme) et si la femme n'a pas de frère, le droit d'avoir un deuxième enfant.

⁷ La série des indicateurs provinciaux n'a été, lors de sa publication dans la revue chinoise de démographie *Renkouxue kan*, accompagnée d'aucune explication ni sur la façon dont elle a été établie, ni sur les cohortes de femmes auxquelles elle s'applique. D'après les informations qui nous ont été données par un démographe de l'université du Peuple (Beijing) en octobre 1996, il se serait appliqué aux générations de femmes entrées en vie féconde au moment de la mise en œuvre de la politique de l'enfant unique, à savoir celles nées depuis le début des années 1960.

Carte 1 – Rigueur des règlements provinciaux de limitation des naissances fin des années 1980



Trois grandes zones, définies selon la rigueur des règlements, sont distinguées (carte 1). Un premier groupe (33 % de la population totale) rassemble le Hubei ainsi que les provinces d'une étroite bande côtière s'étendant du Heilongjiang au Zhejiang. Les règlements y sont peu permissifs, l'autorisation d'une deuxième naissance n'y étant accordée qu'à une minorité de femmes, de 20 à 50 %⁸. Le deuxième groupe comprend les provinces centrales et méridionales (55 % de la population totale) qui autorisent la naissance d'un deuxième enfant lorsque l'aînée est une fille ou lorsque le couple « connaît de réelles difficultés » du fait de sa progéniture unique. Avoir un deuxième enfant y est possible pour 50 à 70 % des femmes. C'est dans les provinces comptant de fortes proportions de minorités ethniques (Nei Menggu, Ningxia, Xinjiang, Qinghai, Tibet, Yunnan, Guizhou, Hainan) que les règlements sont les plus permissifs : au moins 70 % des femmes ont le droit d'avoir un deuxième enfant ; au Xinjiang, environ 40 % des femmes peuvent en avoir un troisième (Attané, 1998).

⁸ Ces proportions ont été estimées à partir de la descendance finale moyenne officiellement requise dans chaque province, sachant que le célibat définitif est presque inexistant en Chine et que les naissances de parité 3 ou supérieure sont interdites dans la plupart des provinces, mais en supposant que toutes les femmes ont un premier enfant, et que toutes celles qui ont l'autorisation d'avoir un deuxième enfant en ont effectivement un.

Des minorités ethniques quelque peu épargnées

Au cours des années 1970, alors que les efforts en faveur de la planification des naissances s'intensifiaient dans le pays, les minorités nationales⁹ furent, en partie pour des raisons de stabilité politique, tenues à l'écart de cette initiative. En 1979, la politique de l'enfant unique n'a donc concerné que les Han, tandis que la limitation des naissances au sein des minorités nationales restait, selon les termes officiels, axée sur le volontariat. Progressivement, et surtout à partir de la fin des années 1980, la limitation des naissances fut encouragée dans les régions à forte concentration de minorités, et notamment aux minorités comptant plus de 10 millions de personnes. Pour celles comptant moins de 10 millions de personnes, la norme serait désormais de deux enfants. Certains couples seraient toutefois autorisés à en avoir un troisième, mais aucun ne devait en avoir quatre ou plus (Peng, 1991). Au Guangxi, par exemple, au début des années 1980, la politique de limitation des naissances a été mise en œuvre dans seulement 26 localités dans lesquelles la proportion de population han était assez élevée. Puis ces mesures ont été étendues à une soixantaine de villes et de districts, et progressivement à des régions à population de minorités plus nombreuses. Alors que les Han et les Zhuang (minorité ethnique la plus nombreuse au Guangxi) étaient encouragés à avoir un enfant unique, les minorités ethniques peu peuplées, telles que les Gelao, les Shui ou les Yi, étaient seulement encouragées à retarder leur mariage et pouvaient avoir deux, voire trois enfants (Huang, Mo, 1988).

Aujourd'hui, dans toutes les régions dans lesquelles la population des minorités nationales est relativement concentrée, il existe des mesures visant à limiter la fécondité, mais elles restent moins strictes que celles concernant les Han : deux à trois enfants en règle générale. Seules les deux minorités nationales les plus peuplées : les Zhuang (15,5 millions au recensement de 1990) et les Mandchous (9,8 millions) ne bénéficient plus, officiellement, de traitements de faveur. Les deux régions autonomes à la plus forte concentration de minorités, à savoir la Région autonome ouïgoure du Xinjiang (Xinjiang Weiwu'erzu zizhiqu) et la région autonome du Tibet, jouissent des règlements les plus permissifs. Ceux du Tibet, promulgués en 1992, stipulent par exemple que pour les femmes tibétaines, une naissance tardive (wanyu) survient au-delà de 22 ans (contre 24 ans chez les Han). Les cadres et employés tibétains de l'Etat résidant dans les cantons (xiang) peuvent avoir un deuxième enfant, contre un pour les Han dans la même situation. Dans les régions rurales ou peuplées de nomades, le travail de planification des naissances, fondé sur la propagande et l'éducation, consiste – officiellement du moins – à faire en sorte que les couples n'aient pas plus de trois enfants. Au Xinjiang, d'après les règlements provisoires de 1984, les Han peuvent avoir deux enfants, les urbains appartenant à une minorité ethnique peuvent avoir deux ou trois enfants, et les ruraux appartenant à une minorité ethnique trois ou quatre enfants (Attané, Courbage, 2000).

⁹ La Chine reconnaît l'existence de 56 ethnies différentes, dont l'ethnie majoritaire, les Han, qui représentaient 92 % de la population totale en 1990 et 55 minorités ethniques.

Organisation et mise en œuvre du programme de limitation des naissances

La mise en œuvre du programme de limitation des naissances a nécessité la création de structures spécifiques à tous les niveaux de l'administration territoriale¹⁰. Au plus haut échelon de la hiérarchie se trouve aujourd'hui la Commission nationale de planification des naissances (*guojia jihua shengyu weiyuanhui*). Aux trois niveaux inférieurs (la province, la préfecture et le district), il y a des Commissions de planification des naissances (*jihua shengyu weiyuanhui*). Au quatrième niveau, celui du canton (*xiang ji*), se trouvent des Bureaux de planification des naissances (*jihua shengyu bangongshi*). Enfin, à l'échelon de base, c'est-à-dire au niveau du comité de villageois et du comité d'habitants, il y a les Petits groupes de direction de la planification des naissances du village (*cun jihua shengyu lingdao xiaozu*) dans les régions rurales, et les Bureaux de planification des naissances du comité d'habitants (*jumin weiyuanhui jihua shengyu bangongshi*) dans les zones urbaines (figure 1).

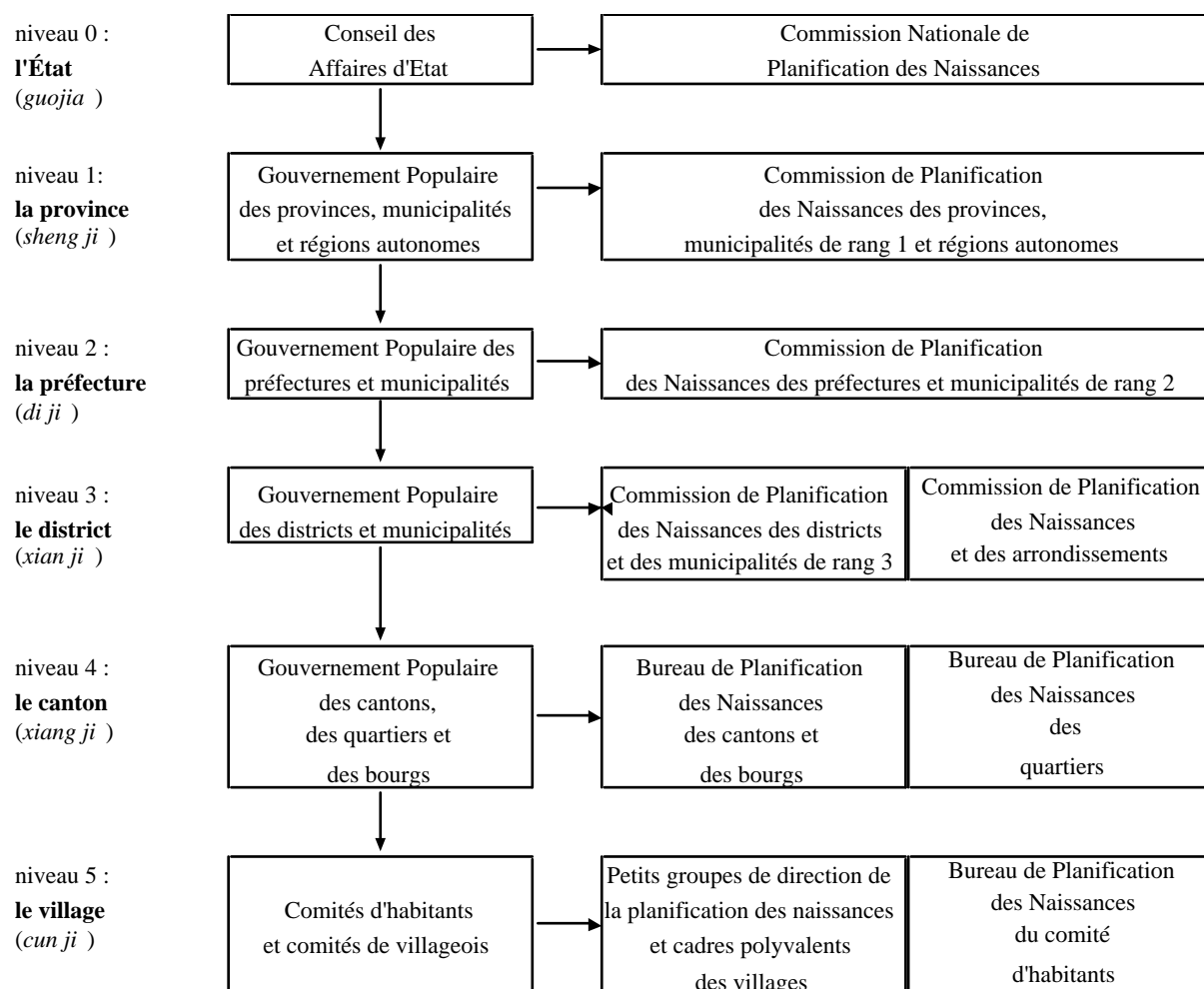
Le Bureau de planification des naissances du canton (*xiang*), géré par le chef du canton (*xiang zhang*), est constitué de représentants de la Fédération des femmes (*funü lianhe hui*) et de l'administration civile (*minzheng*) ainsi que de responsables des services d'hygiène, de santé et du département de la propagande, tous étant chargés de coordonner les activités de planning familial. Au niveau du village, le Petit groupe de direction de la planification des naissances, composé du chef du village (*cun zhang*) et de personnel médical, supervise le travail de planification des naissances auprès des Petits groupes de planification des naissances (*jihua shengyu xiaozu*), constitués chacun d'une dizaine de ménages (Huang, 1992).

Depuis 1973, la Commission nationale de planification des naissances (CNP) détermine annuellement, en fonction du taux d'accroissement naturel souhaité, le nombre maximum de naissances autorisées, dans l'ensemble du pays, au cours de l'année suivante (Sha, 1994). Ces quotas de naissances sont d'abord répartis entre les unités administratives de plus grande importance (municipalités de rang 1, provinces, régions autonomes), et sont ensuite successivement distribués aux unités administratives inférieures, de la plus élevée (municipalités de rang 2, préfectures), jusqu'aux unités de base : les comités de villageois et les comités d'habitants. C'est donc aux cadres situés au dernier échelon de cette hiérarchie que revient la responsabilité de la répartition des quotas de naissances entre les couples désireux d'avoir un enfant. Cette attribution se fait généralement lors de réunions rassemblant les couples qui répondent aux conditions générales autorisant cette naissance, mais si le nombre de naissances souhaitées est supérieur à celui des naissances autorisées, une sélection est opérée : les quotas sont

¹⁰ C'est avec la création, en 1963, d'un groupe de direction de la planification des naissances au niveau du Conseil des Affaires d'Etat (*guowu yuan*) et celle, en 1964, du Comité de Planification des Naissances, que le travail de contrôle des naissances, relevant jusque-là du département de la santé publique, a disposé de ses propres structures étatiques. Dissoutes pendant la Révolution culturelle, ces structures administratives ont été rétablies et développées à partir du début des années 1970, et sont depuis lors inchangées.

alors prioritairement accordés aux jeunes mariés, et les couples non sélectionnés sont convaincus de renoncer provisoirement à la naissance (Kane, 1987).

Figure 1 – Structure de l'administration territoriale et de la limitation des naissances



Source : Huang Maochen (1992)

Persuasion et dissuasion, deux éléments clés du programme de limitation des naissances

Le « certificat de l'enfant unique » (*du sheng ziniu zheng*) a été créé en 1979 afin de matérialiser l'engagement des couples à n'avoir qu'un seul enfant. Sa délivrance est assortie d'incitations diverses, très variables d'une région à l'autre, ou même d'une unité de travail à l'autre : primes mensuelles, versées jusqu'à ce que l'enfant ait atteint un âge donné (quatorze ans en général), gratuité des soins médicaux pour l'enfant, facilités de logement pour les parents, pension de retraites bonifiée pour les employés d'entreprises d'Etat, attribution d'un lopin supplémentaire pour les paysans, etc. En revanche, les couples renonçant au certificat de l'enfant unique et, plus largement, tous ceux qui mettent au monde un enfant sans autorisation, sont passibles de sanctions : remboursement des primes reçues, annulation de tous les avantages procurés par le

certificat, retenue sur salaire, amendes, privation de certains avantages sociaux, pouvant aller jusqu'au licenciement pour les employés des entreprises d'Etat¹¹. En renfort de ces mesures, un système de double contrat a été instauré dès 1980 : le contrat de production agricole, souscrit chaque année par les familles, fut désormais assorti d'un contrat de reproduction, par lequel les couples s'engageaient à ne pas avoir d'enfant pendant la durée du contrat. Les fortes pénalités prévues à l'encontre de ceux n'en respectant pas les clauses se sont révélées extrêmement dissuasives et ont permis de recouvrer un contrôle plus strict sur les naissances (Banister, 1987).

Aujourd'hui, plus de vingt ans après l'adoption de la politique de l'enfant unique, la planification familiale continue de reposer sur trois aspects essentiels : la persuasion, la coercition et le paiement d'amendes. Mais avec l'enrichissement des familles, et surtout leur émancipation progressive des structures collectives dans le contexte de libéralisation économique, ces mesures ont dû, pour rester efficaces, s'adapter aux changements. La forte décentralisation dans ce domaine a favorisé la multiplication d'initiatives locales et a permis la mise en place de nouvelles formes de sanctions, s'attaquant plus directement aux intérêts des familles. Dans un district du Guangdong, par exemple, un système de surveillance des familles a été élaboré en 1989. Chaque couple en règle avec les autorités du planning familial se voit remettre un « certificat de contrôle des naissances » (*jihua shengyu zheng*) qu'il doit présenter pour l'obtention de certaines autorisations administratives. Les cadres ont par exemple interdiction de délivrer un permis de conduire pour motocyclette ou une patente commerciale à quiconque ayant enfreint les règlements de planification des naissances. Dans ce district, depuis avril 1994, les cadres locaux sont même autorisés à couper l'approvisionnement en eau ou en électricité aux couples dont la femme est enceinte sans autorisation.

Les visites de dissuasion à domicile afin de convaincre les couples d'interrompre une grossesse non autorisée, de même que les amendes, constituent toujours des instruments essentiels dans l'application du programme de limitation des naissances, et ce tant durant la phase prénatale que postnatale. Dans ce district du Guangdong, en 1994, les couples de paysans à l'origine d'une naissance non planifiée devaient payer une amende de 17 000 yuan. Ceux n'attendant pas le délai réglementaire de quatre ans entre la première et la seconde naissance devaient payer une amende variant de 5 000 à 8 000 yuan, et une naissance chez un couple marié depuis moins de neuf mois impliquait le versement d'une amende de 5 000 yuan. Des sanctions ont également été prévues à l'encontre de couples seulement soupçonnés de vouloir contourner les règlements de planification familiale. Ainsi, dans ce même district, les femmes ayant manqué l'une des quatre visites annuelles obligatoires destinées à vérifier la pose de leur stérilet sont passibles d'une amende de 1 050 yuan, et les femmes paysannes sont tenues de se faire stériliser dans les quatre jours suivant la naissance de leur deuxième enfant, sans quoi elles sont soumises à une amende de 10 *yuan* par jour de retard (Thireau, 1994).

¹¹ Pour le détail des sanctions et incitations mises en œuvre pour le respect de la norme de l'enfant unique, voir notamment : Croll E., Davin D., Kane P. (1985), *China's one child family policy*.

Les lourdes responsabilités des cadres locaux

L'un des facteurs clés du développement de la planification familiale en Chine a été l'ossature administrative du pays, pourvue dès les années 1950 d'un réseau sanitaire et social dense. Ainsi, très tôt, dans les zones rurales en particulier, les services de planification familiale ont bénéficié des infrastructures médicales existantes, et ont ainsi pu toucher la population jusque dans les plus petits villages. Les « médecins aux pieds nus », envoyés dans les campagnes au cours de la Révolution culturelle, ont d'ailleurs joué un rôle déterminant dans l'application du programme (Peng, 1991).

Depuis les années 1970, les cadres locaux sont investis d'une responsabilité essentielle dans l'application de la politique de limitation des naissances : ils sont non seulement chargés de faire respecter les directives émanant de la CNPN, mais sont aussi tenus de montrer le bon exemple en retardant leur mariage et en limitant spontanément leur descendance. Les cadres à la tête des groupes au dernier échelon de la hiérarchie administrative, ou le personnel qualifié des centres de planning familial (*jihua shengyu fuwu zhan*), lorsque de tels centres existent, sont tenus de faire respecter les plans annuels de contrôle des naissances. Ils doivent pour cela se tenir informés de la situation de chaque femme mariée en âge d'avoir des enfants (pratique contraceptive, désir ou non d'enfant dans un délai bref, grossesse éventuelle...), prescrire et fournir des moyens de contraception adéquats, prodiguer conseils et services, et diffuser la propagande en faveur de la planification des naissances.

Outre leur fonction proprement dite d'agent du planning familial (suivi des couples, attribution des quotas de naissances...), ils sont tenus d'enregistrer les mariages et les naissances et d'établir les statistiques (Tong, 1992). Or, devant faire respecter des mesures très impopulaires, les relations qu'ils entretiennent avec leur entourage sont parfois très conflictuelles : des exemples de cadres qui, lors de visites rendues à des couples pour les convaincre de respecter les mesures de limitation des naissances, sont victimes d'agression verbale ou physique, ont été rapportés (Zhu, 1993). Mais ils sont aussi victimes des défaillances et des contradictions du système. La décollectivisation de l'agriculture ayant entraîné la perte de contrôle des cadres sur le revenu des paysans, ils connaissent en particulier des difficultés croissantes dans le recouvrement des amendes. Avec la mise en place du système de responsabilité des paysans dans la production¹² (*shengchan zeren zhi*), beaucoup de familles se sont enrichies : dans la plupart des cas, amendes et autres sanctions ne sont donc plus dissuasives, et beaucoup acceptent de payer en contrepartie d'un enfant supplémentaire. Les cadres n'ont de ce fait plus guère de moyens de pression pour appliquer les mesures de limitation des naissances, et ont alors recours à une forte coercition pour réaliser les objectifs qui leur sont assignés (Peng, 1991 ; Aird, 1990).

Afin de garantir une meilleure application du programme et de parvenir à un plus grand respect des objectifs de limitation des naissances, un système de responsabilité des

¹² Dans ce système, les paysans sont usufruitiers de la terre qui leur est allouée sous contrat pour une durée déterminée. Après paiement de l'impôt agricole et livraison à l'Etat des quotas annuels de production imposés, ils peuvent vendre librement leur surplus de production.

cadres a été instauré en 1982. Ce système confère aux cadres locaux la responsabilité de plusieurs familles chez lesquelles ils s'engagent, par contrat auprès de leur supérieur hiérarchique, à faire respecter les mesures de limitation des naissances. Ils reçoivent une prime pour chaque mariage tardif célébré ou chaque certificat de l'enfant unique signé. En revanche, en cas d'échec tant dans le respect des mesures de limitation des naissances (mariages précoces, naissances non planifiées...) que dans la capacité à montrer le bon exemple, des sanctions sont prévues à leur encontre. Au Shaanxi au début des années 1980, par exemple, les cadres peu scrupuleux voyaient leur salaire, alors rémunéré en points-travail, réduit de 20 % (Greenhalgh, 1990). A Yulin, Shaanxi, entre janvier et septembre 1993, plus de 1200 cadres et employés du planning familial se sont vus infliger de lourdes sanctions pour avoir eu eux-mêmes des enfants hors plan. Certains ont été démis de leur fonction pour une durée de deux ans avec suspension de salaire. Ils ont pu réintégrer leur poste à l'issue de ces deux années, mais avec un salaire inférieur à leur salaire initial et ont été condamnés à payer, pendant cinq ans, une cotisation correspondant à 30 % de leur revenu annuel. Dans cette même localité, trois membres du parti en ont été exclus pour avoir été auteurs de naissances non planifiées, et ont dû payer une amende s'élevant de 1500 à 2500 *yuan*.

Aussi, rien de surprenant à ce que les cadres recourent à la falsification des statistiques ou refusent d'enregistrer les naissances non planifiées pour dissimuler, au moins partiellement, leur échec (Liu, 1990). Pour 1989, le sous-enregistrement des naissances par la Commission nationale de planification des naissances, dont on ne sait quelle part doit être attribuée aux cadres et quelle part doit l'être aux familles elles-mêmes, a été estimé, dans l'ensemble du pays, à plus de 30 % (Attané, Sun, 1998). Cette même année, une enquête menée dans la province du Shandong a conduit à la déclassification de quatre « districts modèles », dont les cadres avaient délibérément faussé les statistiques des naissances (Cartier, 1991). A ces naissances dissimulées par les cadres dans le but d'échapper aux sanctions, s'ajoutent celles que ces derniers, par laxisme ou par favoritisme, ignorent délibérément. La corruption, encouragée par des rémunérations insuffisantes entraînant une perte de motivation des cadres au profit d'activités plus lucratives (Pan, 1990 ; Huang, Chen, 1993) sévit en effet : certificats de mariage délivrés à des couples n'ayant pas atteint l'âge légal, détournement de fonds destinés au travail de planification des naissances...) (Li, 1992 ; Zi, 1990 ; Zhang, 1990).

Les performances du programme de limitation des naissances

La Chine a élaboré deux séries d'indicateurs spécifiques servant à mesurer, à la fois au plan national et au plan local, les performances du programme. Il y a d'une part les indicateurs mesurant l'adhésion des couples, à savoir le taux de mariages tardifs (*wanhun lü*), le taux de prévalence de la contraception (*jièyu lü* ou *biyun lü*) et, depuis 1979, le taux de détention du certificat de l'enfant unique (*lingqu du sheng zini zheng lü* ou *ling zheng lü*). Il y a d'autre part les indicateurs mesurant leur non-adhésion : le taux de

mariages précoces (*zaohun lii*), le taux de naissances non planifiées (*jihua wai shengyu lii*) et le taux de non contraception en dépit des prescriptions légales (*bie biyun lii*).

Cette première série d'indicateurs reflète d'une part l'état d'avancement de la transition de la fécondité, mais aussi – sinon leur inclination à falsifier les statistiques – le zèle des cadres à faire appliquer le programme de limitation des naissances auprès des couples en les incitant à respecter des normes maximales, c'est-à-dire à se marier le plus tard possible, à pratiquer systématiquement la contraception et à ne pas avoir plus d'un enfant. Comme on l'a vu, les couples détenteurs du certificat de l'enfant unique bénéficient théoriquement de divers avantages. Mais aujourd'hui, parce que ces avantages deviennent négligeables et que, dans certaines unités de travail, il y a incapacité matérielle à les honorer, le certificat a perdu son caractère attractif. Aussi son taux de détention n'est-il plus, bien souvent, que le reflet de la détermination des cadres à appliquer strictement les mesures de contrôle des naissances – ou tout au moins à le laisser paraître. De plus, ce taux ne mesure pas la proportion d'enfants uniques définitifs : la plupart des mères ayant signé le certificat étant encore en vie féconde, elles peuvent donc éventuellement avoir un nouvel enfant. En outre, tous les couples parents d'un enfant unique, et déterminés à ne pas en avoir un autre, ne détiennent pas nécessairement le certificat. Ce taux est une mesure officielle des performances établies localement par les cadres¹³, mais il n'en reste pas moins peu utile à l'analyse. Aussi est-il plus approprié de mesurer les performances du programme au moyen de deux types d'indicateurs : l'évolution du nombre moyen d'enfants par femme, en premier lieu, et la proportion des couples ne se pliant pas aux normes minimales en matière de planification familiale, en second lieu.

La baisse de la fécondité depuis les années 1970

La décennie 1970 a été le théâtre de profonds bouleversements dans les comportements, tant face au mariage que face à la reproduction. En l'espace d'une décennie, sous le coup de la campagne en faveur du mariage tardif, l'âge moyen des femmes urbaines au premier mariage a augmenté de près de trois ans (21,5 ans en 1970 et 24,4 ans en 1979), et celui des femmes rurales, de plus de deux ans (20,1 ans et 22,6 ans respectivement).

Ce retard généralisé du mariage, dans toutes les provinces de Chine sans exception (Attané, 1998) a créé un contexte favorable à la baisse de la fécondité du moment. L'indice synthétique a été divisé par deux en moins de dix ans : 5,4 enfants par femme en 1971, il est tombé à 2,8 en 1979 (figure 2). Mais l'adoption de mesures variables selon les catégories de population et leur lente diffusion à travers le pays a contribué à maintenir des situations contrastées. A la fin de la décennie, les femmes rurales avaient encore un nombre moyen d'enfants deux fois plus élevé (3,1) que les femmes urbaines (1,6) et de fortes disparités provinciales persistaient. L'indice synthétique de fécondité,

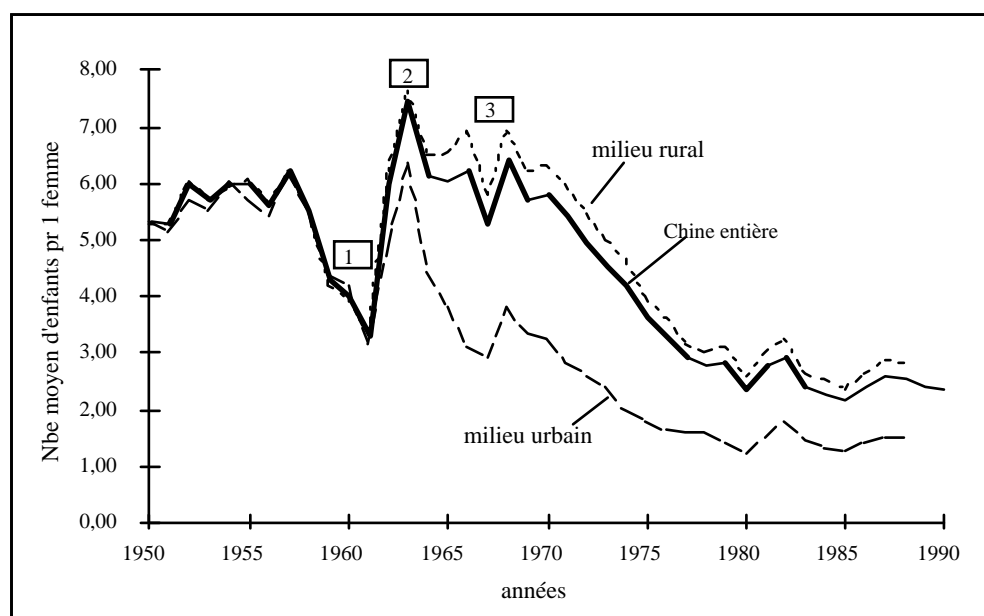
¹³ En 1989, 35,5 millions de femmes mariées en âge de procréer avaient signé le certificat, soit 18 % de celles enregistrées par la CNPN. En 1996, le nombre de certificats délivrés passé à 52 millions, 21 %, in *Jihua shengyu tongji nianjian*, (*Annuaire statistique du planning familial*), années diverses.

de 2 à 2,5 enfants par femme en milieu rural des provinces d'une étroite bande côtière s'étendant du Liaoning au Zhejiang, restait supérieur à 4 dans les provinces comptant de fortes proportions de minorités ethniques, comme le Yunnan, le Guangxi ou le Xinjiang, notamment, mais aussi au Guangdong et au Jiangxi.

En 1979, lorsque la politique de l'enfant unique a été adoptée, les provinces connaissaient donc des situations disparates, et c'est l'une des raisons pour lesquelles cette mesure fut inégalement perçue. Alors que la norme d'un enfant fut plus facilement appliquée dans les villes, elle se heurta, en milieu rural, où le contexte économique et culturel favorise une descendance plus nombreuse, à une vive résistance. Au cours des cinq années qui suivirent sa mise en œuvre, l'indice synthétique de fécondité, de l'ordre de 1,5 enfant par femme dans les villes, s'est maintenu au-dessus de 2,5 dans les campagnes (figure 2). A la fin de la décennie, les femmes avaient encore en moyenne 2,3 enfants, avec néanmoins de fortes disparités provinciales (carte 2).

En 1980, au lendemain de l'adoption de la politique de l'enfant unique, la fécondité de rang 3 et plus représentait, dans l'ensemble du pays, plus de 35 % de la fécondité totale (figure 3). En 1995, elle se situait encore autour de 20 % : l'objectif politique consistant à éviter résolument toute naissance de rang 3 et plus est donc encore loin d'être atteint.

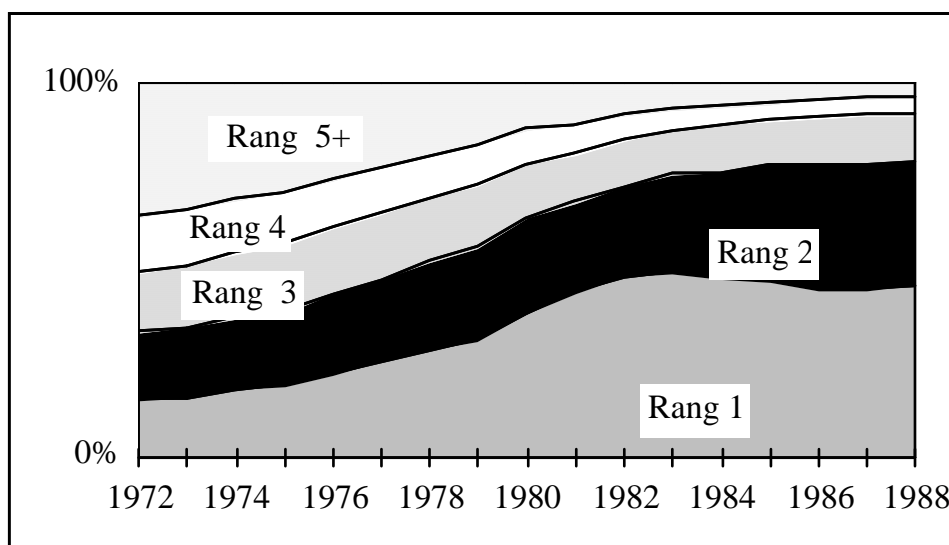
Figure 2 – Indice synthétique de fécondité, 1970-1990



Source : Chen, Coale (1993).

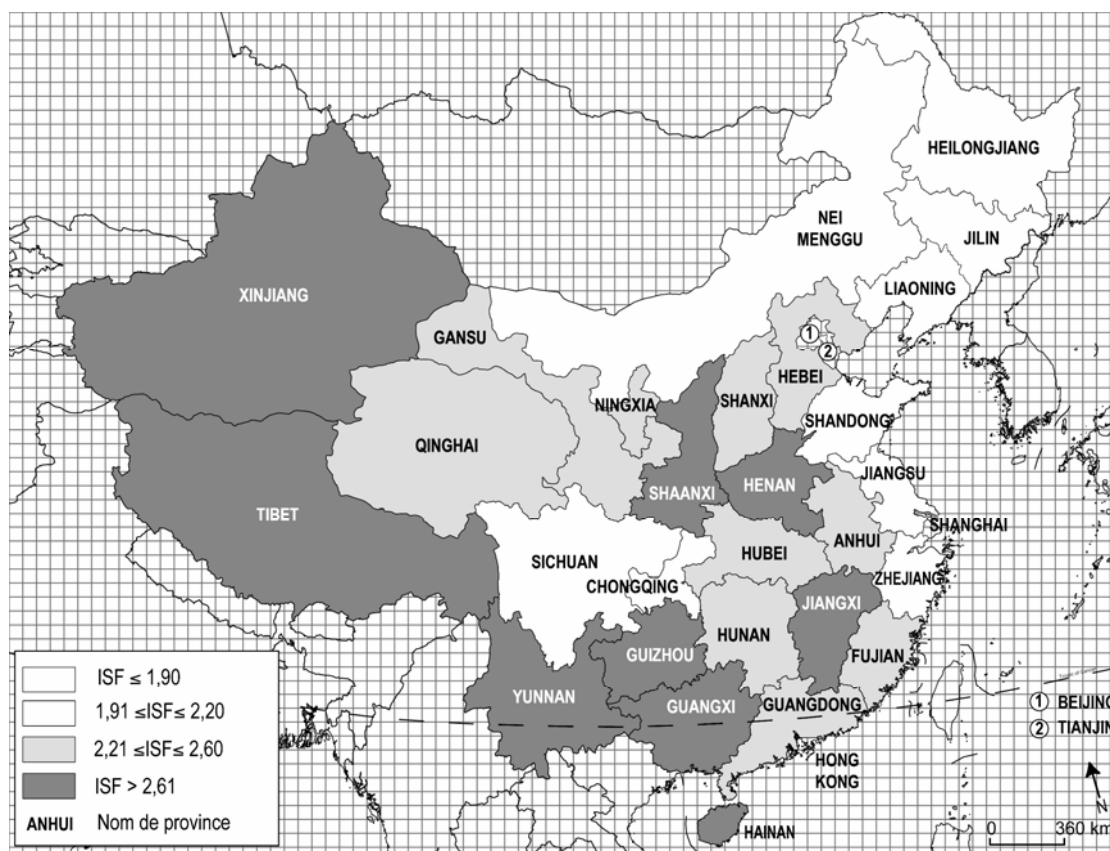
1 : famine des « années noires » ; 2 : rattrapage ; 3 : révolution culturelle.

Figure 3 – Part de la fécondité de chaque rang dans la fécondité totale, 1972-1988



Source : calculs effectués d'après les données de l'enquête effectuée sur la fécondité de 1988

Carte 2 – Indice synthétique de fécondité dans les provinces en 1989

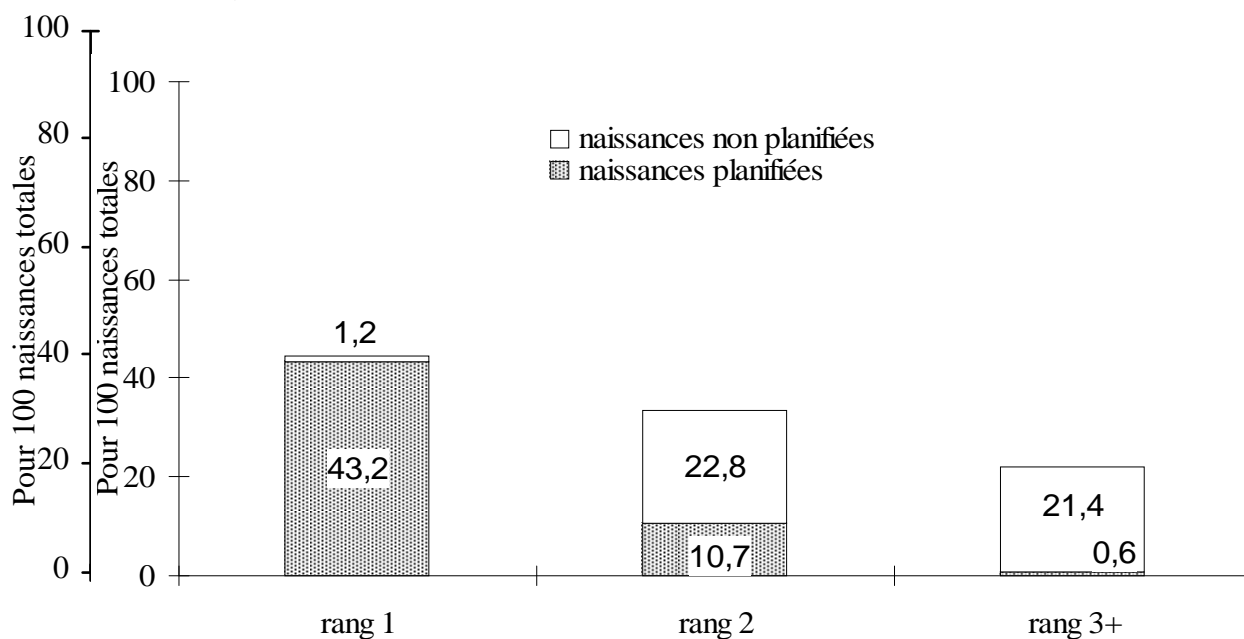


La résistance dans les campagnes

La deuxième série d'indicateurs élaborée par la Chine témoigne, comme on l'a vu, des difficultés que les cadres ont à faire respecter les normes légales minimales en matière de mariage et de reproduction. Elle se révèle donc plus significative quant aux performances du programme que la première.

Le taux de naissances non planifiées (*jihua wei shengyu lü*), donnant la proportion de naissances en infraction au plan, illustre l'inadéquation entre les objectifs politiques de restriction des naissances et les comportements des couples, en particulier dans la Chine rurale (figure 4). Chaque année de la décennie 1980, au moins 45 % des naissances survenues chez la population agricole n'avaient pas bénéficié d'autorisation préalable. En 1989, cette proportion était de 20 à 30 % dans quelques provinces côtières (Liaoning, Zhejiang, Jiangsu), mais excédait 60 % dans cinq provinces méridionales (Guangdong, Guangxi, Guizhou, Fujian, Jiangxi).

Figure 4 – Répartition des naissances planifiées et non planifiées, milieu



Source : Attané, 1998.

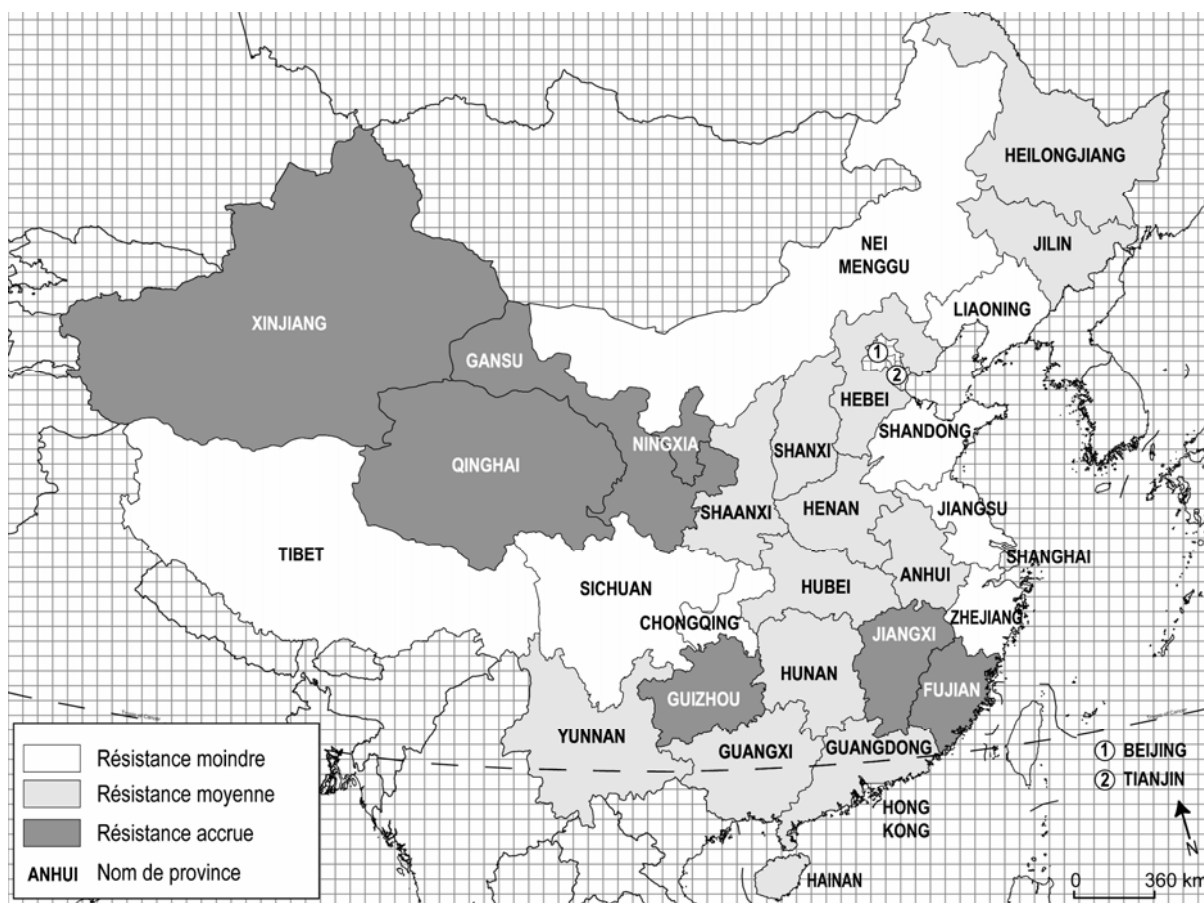
L'indicateur de résistance au programme de limitation des naissances (IRPLN)¹⁴ donne la mesure des disparités régionales dans la résistance au programme (carte 3). Une zone de moindre résistance ($IRPLN \leq 60$) inclut les trois municipalités (Beijing, Tianjin, Shanghai), quatre provinces côtières développées (Liaoning, Shandong, Jiangsu, Zhejiang), le Sichuan et la Nei Menggu : dans ces provinces, l'ensemble des mesures de limitation des naissances est globalement mieux respecté que dans le reste du pays. Une zone de résistance moyenne où ($61 \leq IRPLN \leq 94$) comprend deux provinces de l'extrême nord-est (Heilongjiang, Jilin) ainsi que celles contenues dans une bande centrale s'étendant du nord au sud, du Hebei jusqu'à l'île de Hainan et le Yunnan. Une zone de résistance accrue ($IRPLN \geq 95$) inclut les provinces du nord-ouest (Ningxia, Gansu, Qinghai, Xinjiang) et trois provinces méridionales (Fujian, Jiangxi, Guizhou).

Jusqu'au tout début de la décennie 1980, même si les objectifs officiels n'ont pas été exactement remplis, la baisse de la fécondité a été surtout stimulée par le programme de limitation des naissances, indépendamment du contexte socio-économique. Par la suite, avec l'avènement des réformes et la transition d'un pouvoir autoritaire, exerçant un strict contrôle social, vers une société plus décentralisée, les déterminants socio-économiques ont joué un rôle de plus en plus important. Ainsi, dans les villes, l'exiguïté des logements, l'activité croissante des femmes et le désir d'investir dans l'éducation et le bien-être de l'enfant, ont œuvré en faveur de la planification familiale. Mais il en est allé autrement à la campagne, où la population reste attachée aux valeurs traditionnelles et doit répondre à des exigences économiques d'un autre type.

En milieu rural en particulier, l'attachement à une descendance masculine est motivé par le souci d'assurer sa subsistance dans la vieillesse, aucun système de retraite et d'assurance sociale généralisé n'ayant encore été instauré : l'expression populaire « élever un fils pour préparer sa vieillesse » (*yang'er fang lao*) décrit donc une réalité concrète, les filles étant toujours destinées à quitter leur famille après leur mariage. De plus, sous le système de responsabilité des paysans dans la production, la position économique des familles – qui sont désormais des unités de production indépendantes – dépend de leur taille et de la force de travail dont elles disposent. Un enfant revêt dès lors une valeur économique certaine : il participe aux travaux des champs, entretient le bétail, et permet d'augmenter les rendements et les revenus de la famille. L'accroissement de la capacité de production familiale est également permis par le mariage d'un fils, et est d'autant plus rapide que le mariage est précoce.

¹⁴ L'IRPLN est une échelle de mesure combinant les différents indicateurs décrivant les comportements des couples n'ayant pas respecté les normes minimales en matière de mariage et de reproduction, les valeurs exprimant le degré de résistance se situant sur une échelle entre 0 (pas de résistance) et 140 (niveau maximum). Les indicateurs utilisés pour construire l'IRPLN sont : 1) rapport de la descendance atteinte par les femmes âgées de 25-29 ans en 1988 à la descendance finale moyenne fixée par la CNPN ; 2) proportion de mariages contractés avant l'âge légal ; 3) proportions d'enfants nés avant l'âge légal du mariage ; 4) proportions de naissances excédentaires en infraction au plan ; 5) proportions de femmes ne pratiquant pas la contraception malgré les prescriptions légales. A partir des valeurs prises par ces indicateurs, cinq classements des provinces selon leur position respective sont établis. L'addition des rangs respectifs de chaque province dans chacun des 5 classements permet d'obtenir une échelle de mesure de la résistance au programme.

Carte 3 – Résistance au programme de limitation des naissances, milieu rural, fin des années 1980



La superficie de la terre cultivable allouée aux familles étant fixée au prorata du nombre de leurs membres, certains paysans considèrent aujourd'hui qu'« il y a trois avantages à marier précocement un fils : la bru, la descendance et la terre » (*erzi zaohun you san li : xifu sunzi he tudi*). La résistance au programme de limitation des naissances est ainsi, en règle générale, plus aiguë dans les régions comptant de fortes proportions d'actifs travaillant dans l'agriculture, et en particulier de femmes, ces emplois peu qualifiés traduisant leur bas statut socioprofessionnel, lui-même facteur de fécondité élevée (Attané, 1998). Soulignons que, dans la Chine des années 1970 et 1980, un niveau de développement avancé n'a pas été une condition nécessaire ni suffisante à la baisse rapide de la fécondité. Ainsi, le Sichuan, bien que figurant au rang des provinces les plus pauvres et les moins développées du pays, mais ayant été pionnier dans l'application de la politique de planification des naissances avec le titre de « province modèle », a connu une transition très rapide : 6,4 enfants par femme en 1970, 2,0 en 1978.

Le développement socio-économique n'est pas non plus toujours allé, en Chine, dans le sens d'une réduction de la fécondité. Sans doute le Guangdong est-il, à cet égard, le cas le plus exemplaire : s'il a connu, au cours des années 1970, une forte baisse de la fécondité alors qu'il n'était encore que peu développé, sa formidable croissance économique des années 1980 n'a en revanche guère accéléré le processus : le nombre moyen d'enfants par femme s'est maintenu, dans l'ensemble de la province, autour de 2,8 tout au long de cette décennie. Au Guangdong, une forte opposition à une limitation trop

stricte de la descendance est en fait apparue à la suite des réformes économiques : nombre de familles ignore aujourd'hui délibérément la norme officielle en matière d'âge au mariage, seulement parce qu'elles sont impatientes d'avoir des héritiers mâles auxquels transmettre la fortune familiale nouvellement constituée (Siu, 1993). De plus, avec l'introduction du système de responsabilité des paysans dans la production et la redistribution des terres, les clans ont réapparu, et avec eux les luttes intestines qu'ils engendrent, liées notamment à la compétition économique (Ang, 1989). En effet, même si, dans la Chine d'aujourd'hui, le clan n'est plus à la base de l'organisation sociale, l'idéologie clanique reste très présente. Les solidarités familiales sont fortes et la culture patriarcale régit encore maints aspects de la vie quotidienne : parenté patrilinéaire, mariage patrilocal, système de filiation, culte des ancêtres qui incombe aux hommes, faible valorisation des femmes... Le pouvoir du clan dans la société, mais aussi celui de la famille au sein du clan, étant traditionnellement accru par une descendance nombreuse, la résistance au programme de limitation des naissances se manifeste de manière privilégiée dans des régions développées comme le Guangdong et le Fujian dans lesquelles la présence de clans et de lignages est particulièrement attestée. Il faut également souligner que ces deux provinces sont aussi celles d'où le plus grand nombre de Chinois de la diaspora sont originaires : continuant de participer à l'entretien du temple des ancêtres ainsi qu'aux activités économiques du groupe familial étendu, ils contribuent au maintien du clan et renforcent donc l'autonomie et la prospérité de leur famille restée sur le continent.

Bien que les performances du programme n'aient pas été à la hauteur des objectifs officiels, elles n'en restent pas moins remarquables. L'on doit cependant distinguer deux phases successives dans l'application du programme : la décennie 1970 et la décennie 1980. Le succès de la campagne « *wan xi, shao* » se comprend aisément : la norme de deux enfants dans les villes et trois dans les campagnes s'est d'abord révélée acceptable pour les couples. Ensuite, cette campagne a été mise en œuvre dans un contexte de fécondité élevée, dont la baisse était, à terme, selon le schéma traditionnel de la transition démographique, prévisible. En 1979, l'intensification du programme avec l'adoption de la politique de l'enfant unique a en revanche constitué un véritable défi : vouloir contraindre chaque couple à limiter sa descendance à un seul enfant était un objectif extrêmement audacieux, voué à l'échec. Au cours de la décennie 1980, en effet, malgré l'assouplissement des mesures à l'égard de la population rurale, l'inadéquation entre les objectifs officiels de limitation des naissances et les désirs des couples concernant la dimension des familles est restée évidente, d'autant que, rappelons-le, l'expression de ce désaccord a été largement favorisée par le relâchement du contrôle social consécutif aux réformes économiques. Tandis que la décennie 1970, aux objectifs modérés, a été celle d'une très forte baisse de la fécondité – le nombre moyen d'enfants par femme a été, rappelons-le, divisé par deux en moins de dix ans –, la décennie 1980, qui aurait dû être celle de l'enfant unique, a connu des résultats très mitigés. Aussi en vient-on à se poser la question essentielle des limites d'une politique de population coercitive, un régime politique, fut-il des plus autoritaires, ne pouvant imposer des normes de fécondité : en Chine, même la coercition la plus forte est restée vaine face aux décisions familiales dans le domaine de la reproduction.

La femme chinoise, « l'oubliée » de la planification familiale ?

En dépit de la résistance à une limitation trop stricte de la taille des familles, en particulier dans les campagnes, trois décennies de planification familiale en Chine ont permis des changements importants dans les comportements de reproduction. En interdisant le mariage précoce (avant 20 ans) et en encourageant énergiquement la pratique de la contraception, ce programme a, dans une certaine mesure, joué un rôle dans l'amélioration du statut des femmes. En outre, en plaçant la vie sexuelle des femmes au centre d'un débat public, il les a libérées de l'influence familiale sur les décisions en matière de reproduction, et en particulier de la pression exercée pour une descendance nombreuse. Mais il ne s'agit pas là, à proprement parler, de conséquences directes du programme, puisque celui-ci n'a jamais été explicitement axé sur l'amélioration du statut et de la santé des femmes. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, et la Conférence internationale sur les femmes, organisée à Pékin en 1995, la Chine s'oriente, au moins dans son discours, vers une nouvelle approche qui place désormais les besoins des individus au centre de sa politique de limitation des naissances. Mais celle-ci n'a encore fait l'objet d'aucun amendement allant dans le sens d'une amélioration de la protection des femmes, des enfants, et de la santé de la reproduction. Bien qu'au cœur du programme, la femme chinoise aura paradoxalement été, sur le plan individuel, « l'oubliée » de ces trois décennies de planification familiale.

Une planification familiale sous contrainte

L'objectif de planification familiale a bien souvent prévalu sur la santé des femmes, en particulier lors de la pratique d'avortements tardifs, d'autant que, en parallèle, aucun effort concret n'a été fait pour améliorer la santé de la reproduction – bien que ce concept soit en théorie indissociable de celui de planification familiale. Le concept de santé de la reproduction (*funü shengyu jiankang*) défini par l'Organisation Mondiale de la Santé fait en effet référence à l'absence de maladie ou de troubles intervenant lors du processus de reproduction, impliquant la capacité de la femme à se reproduire, à mener sans encombre sa grossesse à terme et à accoucher d'un enfant en bonne santé, sans risque pour sa santé et sa vie sexuelle. Outre la santé physique, il prend également en compte le bien-être psychologique et social tout au long du processus de reproduction. Mais les initiatives explicites de la Chine, en particulier à ces derniers égards, n'en sont qu'à leurs balbutiements.

En octobre 1994, toutefois, la Chine a adopté une « Loi sur la santé des mères et des enfants » comportant un chapitre sur la santé de la reproduction, qui pourrait amener la situation à changer, même si la question n'y semble qu'effleurée. Cette loi ne prévoit pas de mesures sanitaires concrètes et reste axée, de manière assez abstraite, sur trois

priorités : la réduction des risques liés à l'accouchement, le développement des contrôles prénatals, et surtout sur la prévention des maladies héréditaires : « Le couple est tenu d'adopter des mesures appropriées – sous-entendu l'avortement – lorsque le médecin diagnostique une maladie génétique sur la femme enceinte » (Peng, 1997). Cela ne manque pas d'éveiller quelque peu les soupçons quant à la possibilité d'une nouvelle tentation eugénique de la part de la Chine.

Contraception et avortement

La pratique de la contraception entre dans un cadre élargi du concept de santé maternelle, en ce sens qu'elle permet de limiter le nombre de grossesses, et donc d'améliorer la santé des femmes. En Chine, la pratique de la contraception est une obligation légale à laquelle, parmi les couples féconds, seuls ceux ayant eu l'autorisation de concevoir un enfant ne sont pas soumis. Aussi le taux de prévalence contraceptive (*jièyù lǚ* ou *bìyùn lǚ*) a-t-il atteint des niveaux très élevés. Dès 1982, 70 % des femmes mariées en âge de procréer employaient un moyen de contraception et cette proportion se situe aujourd'hui officiellement aux alentours de 83 %.

Le zèle des cadres à faire appliquer le programme de limitation des naissances se mesure également dans leur capacité à faire employer des moyens de contraception aux couples devant espacer les naissances ou ayant mis au monde le nombre maximum d'enfants autorisé. Les couples nullipares, parce qu'ils se voient en principe délivrer une autorisation de procréer aussitôt après leur mariage, pratiquent très peu la contraception : moins de 6 % d'entre eux en 1992. En revanche, ces proportions deviennent très élevées dès après la naissance du premier enfant : cibles privilégiées des cadres du planning familial, 85 % des couples parents d'un enfant et 93 % de ceux parents de deux enfants ou plus employaient, à cette même date, un moyen de contraception. On constate toutefois des disparités provinciales, ces taux s'échelonnant encore, chez les parents d'un seul enfant, de moins de 60 % au Qinghai ou au Ningxia, par exemple, à plus de 90 % dans les provinces les plus développées, comme Jilin ou le Jiangsu ; ces écarts reflétant à la fois les plus ou moins grandes facilités d'accès aux moyens de contraception certes, mais aussi le zèle des cadres et la volonté – ou la possibilité – accrue des femmes de mettre rapidement au monde un enfant supplémentaire.

En théorie, presque tous les moyens de contraception (*bìyùn fāngfǎ*) sont accessibles aux couples chinois. En pratique, pourtant, l'insertion d'un stérilet (*gōng nèi jièyù qì*), la ligature des trompes (*shūluànguān jièzǎ*) et la vasectomie (*shūjīngguān jièzǎ*) – stérilet fourni ou opérations effectuées gratuitement dans les centres de planning familial – sont les procédés les plus courants. De fait, la large prédominance de ces méthodes dites de « longue durée » (stérilet, stérilisation) relève d'une volonté délibérée du gouvernement visant à généraliser des méthodes plus efficaces, dont la pratique peut être facilement imposée et contrôlée : une femme peut en effet arrêter de prendre la pilule à l'insu du

cadre du planning familial, tandis qu'elle ne peut intervenir sur l'issue d'une stérilisation ni, en principe, faire enlever son stérilet sans consulter de médecin¹⁵.

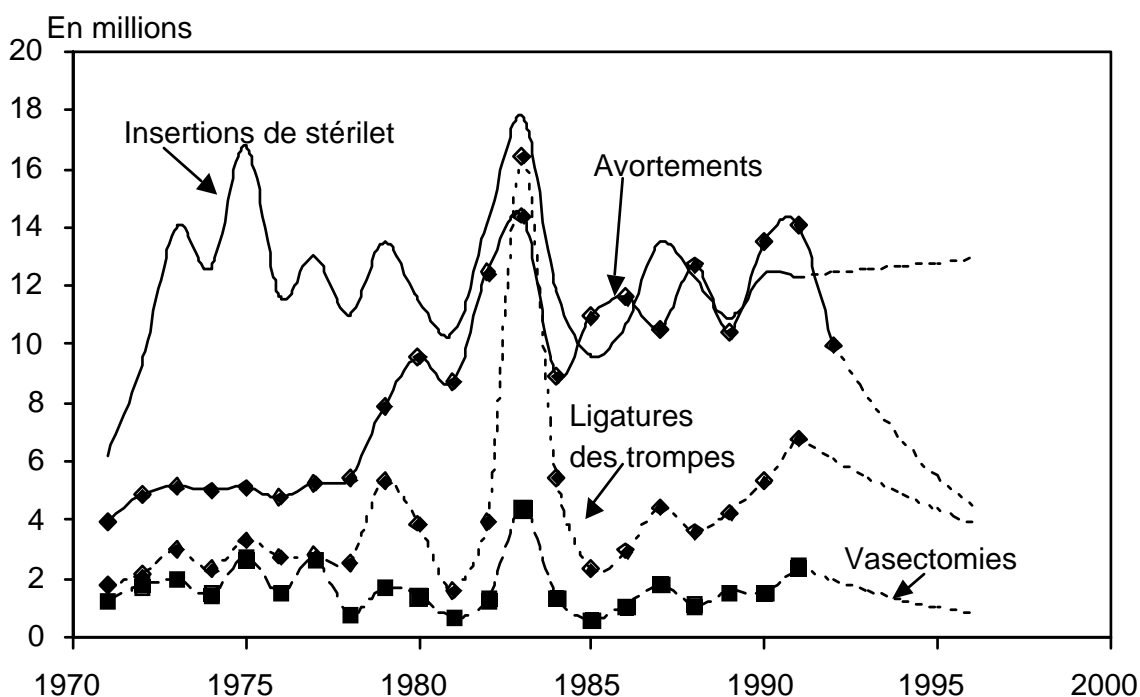
Les couples utilisant l'une des méthodes dites à « efficacité brève » (*duan xiao*), comme la pilule ou le préservatif, sont de ce fait très minoritaires : un peu plus de 6 % des utilisateurs en 1992. Stérilet et stérilisation sont en revanche très largement utilisés : 40 % et 53 % respectivement, cette dernière l'emportant toutefois progressivement sur le premier : 35 % des femmes pratiquant la contraception étaient stérilisées en 1982, contre 53 % en 1992, tandis que la proportion de celles portant un stérilet est passée, dans l'intervalle, de 50 % à 40 %. En cela doit-on voir le résultat des campagnes successives en faveur de la stérilisation, en particulier à partir du début des années 1980. Ce sont en effet les couples ayant deux enfants ou plus qui ont été prioritairement concernés par ces opérations : parmi eux, la prévalence de la stérilisation a été multipliée par deux en 10 ans : 35 % en 1982 et 74 % en 1992. Dans certaines provinces, le recours à la stérilisation s'est intensifié de façon étonnante. Au Hebei, par exemple, moins de 10 % des couples parents de deux enfants employant une méthode contraceptive étaient stérilisés en 1982, contre plus de 90 % d'entre eux dix ans plus tard. Au Gansu, cette proportion est passée de 16 % en 1982, à 92 % en 1992.

L'avortement provoqué (*rengong liuchan*) revêt en Chine un caractère particulier : considéré comme une méthode de limitation des naissances à part entière, il est obligatoire lorsqu'une grossesse non autorisée survient. Malgré son caractère absolument légal, la pratique de l'avortement en Chine n'échappe pas aux problèmes de déclaration qui, dans de nombreux pays, empêchent une mesure correcte du phénomène. Mais, étant donné le recours parfois obligatoire, et donc souvent forcé, à l'avortement, les statistiques officielles, en particulier celles de la CNPN, ne se caractérisent pas nécessairement, comme c'est généralement le cas dans d'autres pays, par un sous-enregistrement. Il est en effet probable que la quantité d'avortements pratiqués soit volontairement surestimée par les cadres locaux, qui en exagèrent le nombre afin de prouver leur efficacité dans le travail de limitation des naissances. En revanche, il est également possible qu'une partie des avortements, parce que pratiqués sans motif légal (souvent, comme nous le verrons, à la suite de l'identification du sexe du fœtus), ne soient pas déclarés.

Les statistiques publiées par la CNPN font état d'un nombre d'avortements provoqués très variable au fil des années (figure 5). D'un peu moins de 4 millions en 1971, leur nombre est passé à plus de 7 millions en 1979, pour franchir les 14 millions en 1983, nombre une nouvelle fois atteint en 1991. En 1996, il n'a plus été que de 4,5 millions. Sans doute cette évolution est-elle liée à l'évolution de la pression exercée sur les cadres, à travers celle de la rigueur d'application du programme.

¹⁵ La dépose illicite de stérilets fait parfois l'objet de trafics lucratifs. Au début des années 1980, plusieurs quotidiens chinois ont rapporté l'existence de véritables réseaux de « saboteurs du planning familial », qui enlevaient les stérilets moyennant des sommes importantes (Bianco, Hua, 1989).

Figure 5 – « Quatre opérations » du planning familial officiellement pratiquées en Chine, 1971-1996



Sources : 1971-1991 : *Zhongguo jihua shengyu nianjian*, 1993 (Annuaire statistique du planning familial de Chine, 1993) ; 1996 : *Zhongguo renkou tongji nianjian*, 1997 (Annuaire statistique de la population chinoise, 1997) ; 1992-1995 : extrapolations tendancielles.

Les excès de la coercition

A chaque étape de l'évolution de la politique, les tentatives gouvernementales pour accentuer le contrôle sur la natalité se sont traduites par une accentuation de la pression exercée sur les cadres afin que les directives nationales soient fidèlement appliquées, et se sont finalement soldées par une forte coercition exercée sur les couples. Durant le « mois de propagande en faveur de la planification des naissances » (janvier 1983), des circulaires exigeant l'insertion d'un stérilet sur les mères d'un enfant, la stérilisation sur les mères de deux enfants et l'avortement pour toute grossesse non autorisée, furent transmises aux cadres (Aird, 1990). Tout au long de l'année, des campagnes de stérilisation et d'avortement furent organisées pour satisfaire les quotas d'opérations imposés. De multiples cas d'avortements forcés et tardifs, car pratiqués après le septième mois de grossesse, furent rapportés (Banister, 1987 ; Bianco, 1989 ; Mosher, 1993). Lors de cette année de coercition extrême, 20,8 millions de stérilisations masculines et féminines ont été pratiquées, quatre fois plus qu'au cours de l'année précédente. Une recrudescence de l'infanticide des filles, seul recours offert aux couples déterminés à échapper à la stérilisation forcée et à conserver ainsi une chance de mettre au monde un fils, s'ensuivit.

Les grossesses non planifiées, supposées déboucher sur un avortement, restent les cibles privilégiées des cadres responsables de la planification familiale : propagande massive, réunions de comités, menaces, visites de dissuasion à domicile, destinées à convaincre

les femmes d'interrompre une grossesse non autorisée, ne suffisent pas toujours. Ainsi : « *Dans certains villages des environs de Canton [en 1984], les habitants organisent des tours de garde. Sitôt que l'équipe de contrôle des naissances est en vue, un coup de gong prévient les femmes enceintes, qui s'enfuient à la hâte vers la montagne en emportant un peu de nourriture sèche préparée à l'avance* » (Bianco, Hua, 1989). Un témoignage plus récent rapporte que : « *Dans un quartier de Beijing [...], afin de contrôler les grossesses de ces femmes [résidentes permanentes], le comité de quartier a établi, pour chacune d'elle, un dossier 'planning familial', dans lequel ont été notées des informations précises concernant leur situation familiale. Récemment, une femme enceinte de plus de six mois [sans autorisation] a été découverte par des membres de la 'patrouille des petits pieds'¹⁶ (xiaojiao zhenjidui). Cette femme, après plusieurs séances de rééducation en tête-à-tête organisées par les responsables du comité, a enfin compris qu'il fallait 'se sacrifier au développement global du pays'. Résultat : elle a avorté dans un hôpital après plus de six mois de grossesse* » (Zhu, 1994). Des cas de femmes quittant leur village pendant les derniers mois d'une grossesse qu'elles ne peuvent plus dissimuler sont également rapportés : elles vont alors s'installer chez des proches où elles attendent de mettre leur enfant au monde ; si l'enfant est un garçon, elles le ramènent dans leur village et le déclarent, mais si c'est une fille, elles l'abandonnent et retournent chez elles avec une nouvelle chance de mettre au monde un fils.

A bien des égards, la femme chinoise s'est avérée autant victime que bénéficiaire du programme de planification familiale. En tant que mère, d'abord, privée de ses libertés les plus élémentaires en matière de vie privée. On ne peut donc véritablement parler d'émancipation de la femme dans ce contexte, sachant que le choix du nombre d'enfants et celui de pratiquer ou non la contraception ne sont toujours pas libres, mais sont passés des mains de sa famille à celles de l'Etat, qui contrôle désormais tous les aspects de sa vie intime. En tant que fille ensuite, comme nous le verrons plus loin, la baisse de la fécondité dans le contexte traditionnel de préférence pour les fils ayant exacerbé les discriminations à leur égard.

Mortalité maternelle et santé de la reproduction

Les diverses compilations chinoises de données statistiques n'offrent qu'un éventail réduit d'informations sur les causes et la fréquence des décès maternels, qui incitent d'autant plus à la prudence dans l'interprétation que les séries fournies peuvent, selon les sources dont elles proviennent, se révéler incohérentes ou même contradictoires. On sait en outre peu de choses sur les implications des récentes réformes du système de santé chinois. L'impact des réformes lancées par Deng Xiaoping à partir de 1978 est en effet surtout connu dans ses aspects positifs : développement de la production agricole et enrichissement des paysans à la suite de la décollectivisation agraire, essor de l'industrie,

¹⁶ Nom donné aux vieilles femmes (qui portent ce surnom car certaines ont eu les pieds bandés dans leur enfance) enrôlées pour la surveillance permanente du voisinage.

etc. Mais l'avènement des réformes et une croissance économique fulgurante n'ont pas, contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, favorisé une véritable transition sanitaire.

L'ancien système, mis en place sous le régime collectiviste, bénéficiait à tous et mettait l'accent sur la prévention. Mais, après la décollectivisation, les gouvernements des cantons n'ont pu, faute de moyens financiers, prendre complètement le relais des communes populaires dans le domaine de la santé. Ainsi, dans les campagnes, le taux de couverture des coopératives médicales qui, pour un versement forfaitaire, garantit aux paysans la prise en charge des soins médicaux, est passé de 90 % sous le système collectif à moins de 10 % aujourd'hui (Cailliez, 1998). Parallèlement, la Chine a entrepris, au milieu des années 1980, une réforme du système de santé, qui repose désormais sur le paiement des soins par les patients, et ne manque pas d'accroître les disparités entre individus dans l'accès aux soins. Ces mutations menacent donc à terme les anciennes structures, et par là même la santé des individus. Les chiffres relatifs aux infrastructures de santé tirés des annuaires statistiques sont révélateurs à cet égard. Depuis le début des années 1980, aucun progrès n'a été enregistré dans ce domaine. Le nombre absolu de médecins et de lits d'hôpitaux a légèrement augmenté, mais à un rythme qui a seulement suffi à compenser les effets de la croissance démographique (leur nombre pour 100 000 habitants est resté stable, autour de 0,15). Le nombre de centres médicaux a quant à lui connu une baisse sensible : 16 000 ont été supprimés (8 %) entre 1988 et 1995, faisant passer le ratio pour 100 000 habitants de 18,6 en 1988 à 15,7 en 1995¹⁷.

Le taux de mortalité maternelle (*yunchan fu siwangli*), qui mesure la proportion de décès de femmes liés à la grossesse ou consécutifs à l'accouchement, pour 100 000 naissances vivantes, est en principe significatif quant aux conditions sanitaires d'une population. Il n'est cependant véritablement fiable que lorsqu'il est calculé sur la base d'une déclaration exhaustive des décès maternels. Or, les données officielles relatives à la décennie 1980 laissent apparaître de bas niveaux de mortalité maternelle, ainsi qu'une hausse marquée entre 1980 et 1990, tous deux peu plausibles (la mortalité maternelle aurait augmenté de 140 % dans les villes et de 130 % dans les campagnes au cours de cette décennie !). La hausse des années 1990 semble donc davantage liée à un repérage et un enregistrement plus systématiques de la cause réelle du décès qu'à une dégradation des conditions sanitaires¹⁸.

Les données disponibles à partir de 1989, date à laquelle le Ministère de la santé publique a organisé une enquête nationale sur la mortalité maternelle, révèlent des tendances plus vraisemblables. Cette année-là, la mortalité maternelle aurait été de 95 pour 100 000, 50 en milieu urbain et 115 en milieu rural. Elles montrent en outre un net recul de la mortalité maternelle qui serait passée, à l'échelle nationale, à 62 pour 100 000 en 1995 (tableau 2). Cette baisse de 30 % laisserait certes la Chine en très bonne place

¹⁷ Chiffres tirés des Annuaires statistiques de Chine, années diverses.

¹⁸ La hausse de la mortalité maternelle entre 1980 et 1990 est d'autant moins vraisemblable que les quotients de mortalité des femmes aux âges les plus féconds (20-24 ans et 25-29 ans) ont baissé de 9 % et 20 % respectivement entre 1981 et 1989-1990.

par rapport aux deux autres géants d'Asie (Inde : 440 pour 100 000 ; Indonésie : 390), mais loin derrière sa proche voisine notamment, la Corée du Sud (30 décès maternels pour 100 000 naissances¹⁹).

L'enquête du ministère de la Santé publique a également mis en évidence six causes responsables de 83 % des décès maternels : hémorragie, hypertension, maladies de cœur, fièvre puerpérale, embolie amniotique et maladies de foie, l'hémorragie étant, à elle seule responsable de la moitié d'entre eux (49,1 %).

Tableau 2 – Taux de mortalité maternelle, 1980-1995 (nombre de décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes)

Année	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000)			
	Ensemble du pays	Villes	Campagnes	Ensemble du pays
	(Publications chinoises)			(Banque mondiale, 1995)
1980	-	19	49	-
1985	-	25	88	-
1980-1985	-	-	-	44
1989	95	50	115	
1990	89	46	113	-
1991	80	46	100	-
1992	77	43	98	-
1993	67	39	85	-
1988-1993	-	-	-	115
1994	65	44	78	-
1995	62	39	76	-

Sources : *Zhongguo funü tongjiziliao, 1949-1989*, p. 532 (pour 1980 et 1985) ; *Zhongguo xingbie tongji ziliao, 1990-1995*, p. 187 (pour 1990-1995). Les données relatives à 1989 sont tirées de l'enquête sur la mortalité maternelle organisée par le Ministère de la santé publique (*China Yearbook of Public Health, 1991*). Note : Taux calculés sur des échantillons.

¹⁹ Pour l'Inde, l'Indonésie et la Corée : estimations de la Banque Mondiale d'après des échantillons de populations, in *The World Development Indicators, 1999*, The World Bank.

La faible prise en charge hospitalière des accouchements reste sans doute l'un des principaux facteurs de mortalité maternelle : en 1980, moins d'une Chinoise sur deux (41 %) accouchait à l'hôpital, et ce n'était encore le cas, en 1993, que pour un peu plus de la moitié d'entre elles (54 %, dont 75 % en ville et 45 % à la campagne)²⁰. Ces maigres progrès s'expliquent en partie par le développement insuffisant des infrastructures spécialisées. Entre 1975 et 1995, en effet, l'augmentation du nombre de maternités et centres de soins pour enfants a, elle aussi, seulement suffi à compenser la croissance démographique : il y en avait 0,23 pour 100 000 habitants en 1975, et 0,27 en 1995. Mais, plus largement, dans le contexte des réformes des années 1980, avec le démantèlement des communes populaires et aujourd'hui celui des unités de travail qui prenaient autrefois en charge chaque Chinois de la naissance à la mort, le système de santé perd de son efficacité. Désormais payants et de plus en plus coûteux, les soins de santé primaires et l'accès à l'hôpital deviennent peu à peu le privilège des plus aisés (Cailliez, 1998).

On note, en outre, une nette progression de certaines maladies sexuellement transmissibles, conséquence sans doute inhérente à la libéralisation sexuelle en œuvre depuis quelques années dans un cadre préventif peu développé. L'incidence de la blennorragie, par exemple, est passée de 7,7 pour 100 000 personnes en 1992 à 12,9 en 1997, celle de la syphilis de 0,1 à 1,7²¹, augmentant ainsi, à terme, les risques liés à la maternité. Le bilan concernant la santé de la reproduction, établi à partir de ces informations sommaires, est donc mitigé.

Santé et mortalité des enfants

En Chine, à partir du milieu des années 1970, des efforts particuliers ont été faits afin d'améliorer la survie des enfants, notamment dans le cadre de campagnes de vaccination, avec l'aide d'organisations internationales comme le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Banister, 1997). Ces efforts ont entraîné une baisse rapide de l'incidence des principales maladies infantiles : officiellement, celle de la rougeole serait passée de 115 pour 100 000 en 1980 à 11 en 1991, celle de la poliomyélite de 0,8 à 0,2, celle de la diphtérie de 1,0 à 0,02, et celle de la coqueluche de 63 à 0,9. Les taux de vaccination des enfants âgés de 1 an contre chacune de ces quatre maladies auraient atteint, en 1991, les 95 %, contre seulement 60 à 70 % cinq ans auparavant²².

Ces efforts en matière de prévention ne se sont pourtant traduits que par une baisse modérée de la mortalité infantile : -14 % entre 1981 et 1990 (tableau 3), ce qui incite à une certaine méfiance quant à la qualité des données sanitaires diffusées.

²⁰ Données tirées de Zhongguo xingbie tongji ziliao, 1990-1995, p 162.

²¹ Données tirées des Annuaire statistiques de Chine (Zhongguo tongji nianjian). Données indisponibles pour les années antérieures à 1992 dans les annuaire statistiques.

²² Données tirées de Zhongguo xingbie tongji ziliao, 1990-1995, p 167.

Tableau 3 – Taux de mortalité infantile, selon les sources – Chine, 1973-1995

	Enquête 1976 (1973-1975)	Recensement 1982 (1981)	Enquête 1988 (1987)	Recensement 1990* (1990)	Enquête 1992 (1991-1992)	Enquête 1995** (1.10.94- 30.9.95)
Garçons	48,9	38,7	39,9	30,2	30,7	30,5
Filles	42,8	36,7	40,8	34,9	41,8	40,8
Sexes réunis	45,8	37,7	40,3	32,5	36,1	35,2
Rapport des taux filles/garçons	0,875	0,948	1,023	1,156	1,362	1,338

* Données tirées du recensement de 1990, ajustées par Lu *et al.* (1994). ** Données ajustées de l'enquête de 1995, publiées dans l'annuaire statistique de Chine, 1996.

Les données de mortalité, et en particulier de mortalité infantile, ne sont pas non plus totalement dignes de confiance. La sous-estimation des décès tient en partie à des négligences dans les déclarations liées entre autres choses, en ce qui concerne les enfants, au délai long, trois mois dans la plupart des régions, dont disposent les couples pour déclarer une naissance à l'état civil²³. Il est ainsi probable qu'un certain nombre d'enfants décédés dans un délai inférieur échappe tant à la statistique des naissances qu'à celle des décès. Quoi qu'il en soit, d'après les chiffres officiels, même sous-estimés, la Chine accuse un retard considérable par rapport à ses voisins les plus proches : Corée du Sud, 11 %, Taiwan, 6 % et reste, dans ce domaine, l'un des parents pauvres de l'Asie orientale.

Il faut en outre souligner le récent retournement de tendance. Les données officielles montrent en effet une augmentation de la mortalité infantile depuis 1990 qui, si elle se confirme, pourrait traduire les insuffisances croissantes du système de santé chinois.

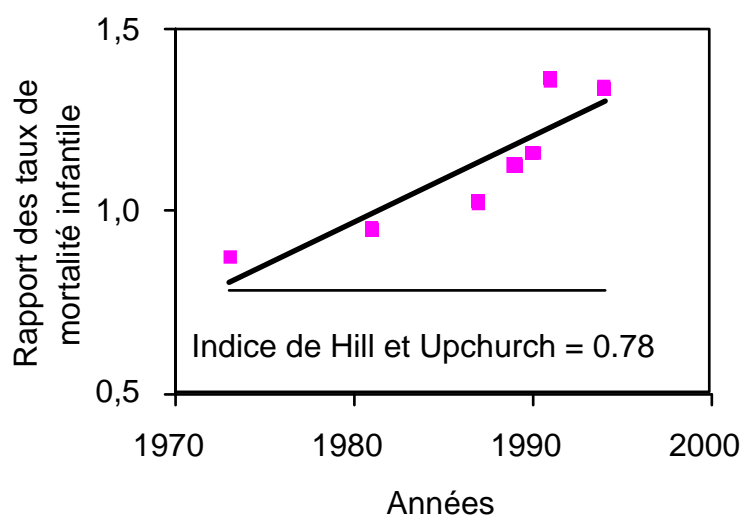
Des discriminations croissantes à l'égard des filles

La lente amélioration de la survie des enfants au cours des décennies 1970 et 1980 s'est accompagnée d'un accroissement des écarts de mortalité infantile selon le sexe, au détriment des filles. La mortalité au cours de la première année suivant la naissance est pourtant normalement plus élevée pour les garçons, constituant ainsi une compensation

²³ Lorsqu'une naissance survient dans un hôpital, la déclaration à l'état civil y est en principe automatiquement faite par les services compétents. En revanche, la responsabilité de la déclaration incombe aux parents lorsque la naissance survient à leur domicile, ce qui était encore, au début des années 1990, le cas pour environ 50 % des naissances.

naturelle de la surmasculinité biologique des naissances. Phénomène universel, cette surmortalité infantile masculine ne connaît pas d'exception dans les pays où ne se manifeste aucune préférence pour les fils. Hill et Upchurch (1995) ont déterminé l'avantage féminin observé dans des circonstances normales, en établissant le rapport du taux de mortalité infantile des filles à celui des garçons à 0,78 pour un quotient de mortalité masculine de 0 à 5 ans inférieur à 0,05. En Chine, cet avantage n'était déjà plus respecté en 1973-75, avec un rapport de 0,875, et il l'est de moins en moins : 0,948 en 1981, 1,156 en 1990, 1,336 en 1994-95 (tableau 3). La figure 6 présente l'accroissement de l'écart, au fil des années, par rapport au niveau normal.

Figure 6 – Evolution de la surmortalité infantile des filles depuis la décennie 1970



Les causes de cette surmortalité infantile féminine sont relativement bien connues, et mises en relation directe avec le programme de limitation des naissances, qui a exacerbé la préférence pour les fils. Dans un pays comme la Chine, où cette préférence est d'abord le fruit de l'atavisme social qui consiste à considérer que « l'homme est supérieur à la femme » (*zhong nan qing nü*), les filles et les femmes continuent d'occuper une position marginale dans la société, tandis qu'un héritier mâle perpétue la lignée familiale, accomplit le devoir de piété filiale prôné par le confucianisme, et pérennise le culte des ancêtres familiaux. Mais la préférence pour les fils est aussi le fruit d'exigences économiques concrètes. Du fait de la pratique encore extrêmement répandue du mariage patrilocal, les filles quittent physiquement et symboliquement leur famille biologique après leur mariage pour appartenir dès lors à celle de leur époux. Elles ne sont ainsi pas tenues de subvenir aux besoins de leurs parents âgés. Parce qu'aucun système de retraite et d'assurance sociale généralisé n'a encore été instauré, cette responsabilité incombe toujours aux fils, d'où le dicton populaire « élever un fils pour préparer sa vieillesse » (*yang'er fang lao*). Un fils représente également, à terme, une source de revenus supplémentaires pour sa famille, alors que l'éducation d'une fille, individu en partance, apparaît parfois comme un investissement à fonds perdus. Chaque naissance devant

bénéficiaire d'une autorisation préalable et des sanctions (administratives, financières, professionnelles...) étant infligées aux couples qui sont réfractaires, les filles deviennent indésirables simplement parce qu'elles privent leurs parents de la possibilité de mettre au monde un fils. L'on assiste ainsi à une discrimination de plus en plus aiguë à leur égard, par le biais de diverses pratiques : infanticide, avortements sélectifs, sous-déclaration des naissances, abandons. La surmortalité infantile féminine figure parmi ces pratiques discriminatoires : dans les campagnes, en particulier, les familles pauvres nourrissent leur fils mieux que leur fille, les entourent de soins plus attentifs, et hésitent moins à recourir aux services, désormais coûteux, d'un médecin quand il s'agit d'un garçon.

La Chine ne détient cependant pas, en Asie, le monopole dans la discrimination à l'égard des filles. Des pays comme la Corée du Sud, Taiwan ou l'Inde, notamment, sont également confrontés à une exacerbation de la préférence pour les fils, dans le contexte actuel de réduction de la fécondité. Des textes de loi récents, marquant en Chine la prise de conscience politique de cette discrimination croissante, tentent tant bien que mal de l'enrayer. Ainsi la « Loi sur la protection des mineurs » (1991) ou la « Loi sur la protection des droits et des intérêts de la femme » (1992) stipulent-elles l'interdiction des noyades et abandons de fillettes, de même que l'interdiction de tout mauvais traitement ou discrimination à l'encontre des femmes n'ayant pas eu d'enfant ou n'ayant eu que des filles. En outre, la « Loi sur la santé des mères et des enfants » (1994) interdit la pratique d'échographies ou de quelconque autre technique pour déterminer le sexe du fœtus.

En Chine, tout comme à Taiwan ou en Corée du Sud, la discrimination à l'égard des filles se traduit par un déséquilibre croissant du rapport de masculinité à la naissance. Tandis que, dans des circonstances normales, la règle biologique veut qu'il naisse de 105 à 106 garçons pour 100 filles, le déséquilibre est apparu en Chine au début des années 1980²⁴. De 108,5 garçons pour 100 filles en 1981, le rapport de masculinité des naissances est passé à 111,3 en 1989, et à 113 en 1992.

On estime ainsi, pour 1989, le déficit de naissances de filles à près de 640 000 dans l'ensemble du pays. Une part d'entre elles, que l'on pourra évaluer lorsque l'on disposera des résultats du prochain recensement (2000), aura été simplement l'objet de sous-déclaration. L'autre principale cause de ce déficit est la sélection du sexe de l'enfant en amont de la naissance : on passe une échographie au quatrième ou cinquième mois de la grossesse, et on avorte si le bébé attendu est une fille. On peut alors tenter une nouvelle chance d'avoir un fils...

²⁴ Le déséquilibre du rapport de masculinité des naissances n'est cependant pas un phénomène nouveau en Chine. L'infanticide des filles était en effet une pratique autrefois répandue, à laquelle recouraient les familles pauvres qui n'étaient pas en mesure de nourrir tous leurs enfants. Cette pratique a quasiment disparu dans les années 1950 et 1960, chaque Chinois pouvant disposer de son bol de riz quotidien et aucune limite n'étant imposée quant au nombre des enfants. Mais dès la fin des années 1970, parce que le gouvernement a strictement limité les naissances, les couples ont de nouveau exercé une sélection du sexe de l'enfant à naître, en recourant parfois encore à l'infanticide, afin de s'assurer au moins un descendant masculin.

Diverses enquêtes ont mis en évidence la pratique d'avortements sélectifs. L'une, menée en 1987 dans huit provinces, a donné un rapport de masculinité anormalement bas parmi les fœtus officiellement avortés : 94,6 dans les zones rurales et 96,8 dans les zones urbaines (Zeng, Gu *et al.*, 1993). Une autre, plus récente (1993), menée dans le sud du Zhejiang, a révélé un rapport de 86,7 (Gu et Roy, 1995). Un rapport de 96 garçons pour 100 filles appliqué aux 10,6 millions d'avortements officiellement enregistrés en 1989 porterait à 250 000 le nombre de filles qui auraient été victimes d'avortements sélectifs, soit 39 % du déficit, et 2 % des naissances de filles survenues la même année. Il serait de 540 000 avec un rapport de 86, soit 85 % des filles manquantes et 4,6 % des naissances totales de filles. En Corée du Sud, cette proportion a été évaluée à environ 5 pour cent pour la période 1986-1990 (Park et Cho, 1995).

Toutes causes confondues, le déficit cumulé de filles dans les générations nées depuis la fin des années 1970, s'élève à cinq millions au moins en 1990. Ce chiffre, impressionnant, le devient toutefois moins une fois rapporté à l'échelle de la Chine, où surviennent encore en moyenne autour de 20 millions de naissances chaque année. Il n'en reste pas moins que la société chinoise pourrait, si un tel déficit se perpétue, se trouver confrontée à une nécessité urgente : celle de déployer les moyens nécessaires à la protection de ses femmes.

La planification familiale au XXI^e siècle

La limitation des naissances sera-t-elle longtemps nécessaire ?

Le seuil des vingt millions de naissances annuelles, largement dépassé à partir du milieu des années 1980, a été à nouveau franchi en 1998, pour la première fois depuis presque quinze ans. Début 1999, le Bureau national de la statistique a annoncé officiellement 19,9 millions de naissances pour 1998, ce qui représente une baisse considérable par rapport aux années précédentes : 4,7 millions de moins qu'en 1989, 760 000 de moins qu'en 1996²⁵.

La baisse du nombre des naissances résulte en partie des modifications dans la structure par âge de la population : si l'effectif total des femmes en âge d'avoir des enfants a

²⁵ *Ouzhou shibao*, 14-16 février 1999, en chinois. Le nombre total des naissances est estimé à partir des données de l'enquête annuelle sur les mouvements de la population (*Renkou biandong chouyang diaocha*) menée sur un échantillon de 0,5 pour mille.

augmenté sur la période (306 millions en 1990 contre 338 en 1998²⁶), celui des femmes âgées de 20-29 ans – âges auxquels, du fait de la stricte limitation de la fécondité, se concentrent les naissances en Chine²⁷ – diminue depuis 1992, passant de 123,1 à 112,1 millions en 1998 (Attané, 2000). Mais cela ne suffit pas à expliquer cette évolution, qui traduit aussi, comme nous le verrons, les changements de comportement des couples.

Après une nouvelle baisse entre 1990 et 1992, la fécondité chinoise se trouverait, selon ces estimations à partir des statistiques officielles de naissances, dans une phase de stabilisation à un seuil plancher légèrement supérieur à 1,8 enfant par femme (tableau 4). Tandis que dans les régions les plus développées de l'aire culturelle chinoise, la fécondité atteint des niveaux extrêmement bas (Hong Kong, 1,1 enfant par femme en 1998 ; Taiwan, 1,4 ; Corée du Sud, 1,6 en 1996²⁸), la transition de la fécondité chinoise pourrait donc se trouver interrompue. Il n'en reste pas moins que le chemin parcouru dans la transition est remarquable, surtout s'agissant d'un pays encore rural à 70 %. En effet, la fécondité a atteint aujourd'hui un niveau inimaginable il y a encore 25 ans : elle se situe vraisemblablement en dessous du seuil symbolique de 2,1 enfants par femme, plaçant ainsi la Chine, avec quelques uns de ses voisins tels Taiwan ou la Corée du Sud, à l'avant garde des pays en développement dans la transition féconde.

Tableau 4 – Estimation de l'indice synthétique de fécondité à partir des statistiques officielles redressées de naissances, 1990-1998

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Naissances (en milliers)	23 910	22 580	21 190	21 260	21 104	20 630	20 670	20 380	19 910
Femmes de 15-49 ans (en milliers)	306 347	311 324	315 680	319 912	324 104	327 950	330 955	335 432	338 786
ISF	2,24	2,04	1,87	1,87	1,86	1,82	1,83	1,82	1,82

Sources : Les effectifs de naissances sont tirés des enquêtes annuelles. Les indices synthétiques de fécondité sont estimés au moyen de la technique dite de la *génération moyenne*, mise au point par Calot (1978)., en supposant que les naissances de la décennie 1990 n'ont pas fait l'objet de sous-déclarations. Ce tableau est tiré de Attané (2000).

²⁶ Les effectifs de femmes en âge de procréer (15-49 ans) sur la période 1990-1998 ont été projetés sur la base des données du recensement de 1990, en appliquant à ces populations les conditions de mortalité en 1989-90, ajustées par le CPIRC (cf. *infra*).

²⁷ En 1989, 81 % des naissances étaient issues de femmes âgées de 20 à 29 ans.

²⁸ Ces indices synthétiques de fécondité sont tirés de Lévy M. L. (1999), « Tous les pays du monde, 1999 », *Population & Sociétés*, 348.

Plus qu'à la politique de limitation des naissances, le nouveau recul de la fécondité qui s'esquisse en Chine depuis le début de la décennie 1990 doit être imputé aux mutations sociales et économiques. Il est vrai que, dans les campagnes, les réformes économiques engagées à la fin des années 1970, en restituant à la famille sa fonction d'unité de production, ont favorisé le retour aux conceptions familiales traditionnelles prérévolutionnaires qui ont, dans une large mesure, accentué la résistance au contrôle des naissances (Attané, 1998). Mais elles ont aussi induit des changements socio-économiques plus favorables à la baisse de la fécondité.

Depuis le début des années 1980, et surtout des années 1990, les restrictions aux migrations internes s'assouplissent. Les jeunes ruraux ont désormais la possibilité de chercher du travail dans les villes ou dans les bourgs, et d'y demeurer provisoirement si l'entreprise qui les emploie parvient à régler les formalités administratives de leur séjour (Zhang, 1997). Les flux migratoires des paysans, des jeunes en particulier, vers les grandes agglomérations, ne cessent donc de croître. L'isolement de ces jeunes migrants, pour la plupart célibataires ou migrants sans leur famille, n'est pas sans effet sur le calendrier de leur fécondité.

La montée fulgurante du chômage n'est pas non plus étrangère à ce phénomène. Avec le développement de l'économie de marché aux effets amplifiés par la crise économique, avec l'amputation, à terme, de près du tiers du corps des fonctionnaires, et la désaffection pour l'exploitation agricole peu rentable, trouver du travail n'est plus si simple en Chine. Chaque année, dix à quinze millions de jeunes arrivent sur le marché de l'emploi, en plus des quelque cent cinquante millions de paysans surnuméraires qui y exercent déjà une pression considérable. A cela s'ajoute un chômage déguisé, concernant une masse de travailleurs toujours sous contrat, mais qui ne sont plus, ou que partiellement, payés par leur entreprise, en voie de faillite. En 1995, le nombre de chômeurs enregistrés dans les villes s'élevait officiellement à 5,2 millions, 2,9 % de la population active urbaine²⁹. Des estimations indépendantes font pourtant état d'un total de 26 à 31 millions de sans-emploi dans les villes, comprenant les chômeurs enregistrés ainsi que tous les travailleurs victimes de cette forme de chômage déguisé, soit 18 % à 20 % de la main-d'œuvre urbaine (Rocca, 1999). En outre, la pauvreté gagne du terrain. D'après des sources officielles, près de 20 millions de citadins, 5 % du total, vivaient aujourd'hui dans des ménages en difficulté, avec un revenu annuel moyen presque deux fois inférieur à la moyenne urbaine³⁰. Cette population connaît donc des conditions de vie qui sont *a priori* favorables à la baisse de la fécondité, la baisse étant alors tirée par la pauvreté. Mais un autre facteur vient en contrebalancer les effets. Exclue *de facto* du système politico-administratif d'encadrement des individus exercé par le biais des unités de travail, cette population échappe en partie au contrôle de l'Etat. Ainsi, n'étant plus sous

²⁹ Annuaire statistique de Chine, 1996.

³⁰ Le revenu annuel moyen par habitant en 1997 était de 5189 yuan pour l'ensemble des citadins, contre 2186 pour les ménages en difficulté (1 yuan équivaut environ à 0,7 francs français, 0,11 euro). Source : Annuaire statistique de Chine de 1998.

stricte surveillance, elle peut sans difficulté se soustraire, si elle le souhaite, aux normes contraignantes de la politique de limitation des naissances.

Les transformations sont également d'ordre sociologique. La petite révolution sexuelle qui s'opère, en particulier au sein de la société urbaine, bouleverse les comportements : les relations sexuelles n'ont plus, comme dans la société traditionnelle, pour principale fonction la reproduction ; l'opprobre n'est plus jeté sur le plaisir sexuel et amoureux, comme lors de la reprise en main idéologique de la Révolution Culturelle ; on recherche aujourd'hui l'épanouissement personnel, notamment à travers l'épanouissement sexuel. Phénomène inhérent à cette libération des mœurs et à cette quête nouvelle de l'épanouissement personnel, le nombre de divorces monte en flèche : 458 000 ont été enregistrés en 1985, 800 000 en 1990, 1,2 millions en 1997, alors que le nombre de mariages est resté stable, autour de 9 millions par an, sur la période³¹.

Inévitablement, la précarisation de l'emploi, la montée du chômage et de la pauvreté hypothèquent les projets familiaux. L'accroissement des flux migratoires internes, la généralisation de la participation des femmes à l'activité économique, l'augmentation des coûts liés à l'éducation des enfants, contribuent par ailleurs au retard du mariage et de la venue des naissances, et donc à la baisse de la fécondité du moment. Mais la question reste de savoir si cette tendance va se maintenir au cours des prochaines années, auquel cas elle se traduirait par une baisse effective de la descendance finale des couples, ou si elle ne correspond en réalité qu'à une phase d'adaptation à ces changements socio-économiques.

Vers un assouplissement du contrôle des naissances ?

La décennie 1990 n'a pas été marquée par un relâchement du programme de limitation des naissances. Au contraire, depuis 1991, il aurait été appliqué avec une plus grande rigueur à l'échelle du pays entier. Afin de répondre en particulier aux objectifs du Programme décennal (1991-2000) et du Plan quinquennal pour le développement économique et social national (1991-1995), visant à ce que la croissance naturelle reste inférieure à 1,25 % en moyenne au cours de la décennie 1990, l'accent a notamment été mis sur la réduction des naissances de rang élevé ainsi que sur le retard du mariage et de l'arrivée des naissances (Gu, 1996). Ainsi, par exemple, un durcissement est visible dans quelques villages (114) et comités de quartiers (unités urbaines) (53) de huit provinces ayant fait récemment l'objet d'enquêtes³². En 1989, 35 % de ces villages et 81 % de ces

³¹ La proportion de personnes divorcées non remariées reste très faible, mais le fait marquant est son augmentation rapide ces dernières années : elle est passée de 0,2 % à 0,6 % chez les femmes de 25-29 ans entre 1982 et 1996, et de 0,3 % à 0,9 % chez celles âgées de 30-39 ans.

³² Ces chiffres sont tirés des enquêtes sur la santé et la nutrition en Chine de 1989, 1991 et 1993, menées dans 114 villages et 53 comités de quartiers, dont quelques résultats sont cités par Short et Zhai (1998).

comités de quartiers appliquaient la norme stricte de l'enfant unique, sans exception possible lorsque l'aînée est une fille ; en 1993, ces proportions étaient passées à 44 % et 87 % respectivement (Short et Zhai, 1998). La seule mesure pouvant être vue comme un signe de relâchement est que, désormais, dans les villes, une majorité des jeunes gens sont concernés par la mesure qui consiste à autoriser les couples dont les deux conjoints sont des enfants uniques à avoir deux enfants. Or, cette mesure ne témoigne pas à proprement parler d'un relâchement dans les objectifs du programme, puisque elle avait été énoncée dès 1979, dans le but d'empêcher l'extinction de familles.

Néanmoins, même si l'on ne note pas de relâchement dans l'application du programme, le discours officiel change : on compte de plus en plus sur le développement économique pour pallier le manque d'efficacité de la politique dans la réduction de la croissance démographique. Lors d'un discours fait en mars 1999, Yang Kuifu, vice-ministre de la Commission nationale de planification des naissances, déclarait : « *Le gouvernement considère que la résolution des problèmes démographiques de la Chine réside dans un développement économique vigoureux, [ainsi que] dans l'intégration du programme de population à une stratégie globale de développement durable. [...] Ces dernières années, nous avons fait en sorte de combiner le programme de planification familiale avec des initiatives visant à soulager la pauvreté, à favoriser le développement économique rural et à élever le statut des femmes. [...] Ces efforts ont permis d'obtenir de très bons résultats* »³³.

On tente aussi, par quelques initiatives encore éparses, d'axer davantage la planification familiale sur le volontariat, en insistant sur l'éducation et la sensibilisation des couples à la nécessité de réduire le nombre de leurs enfants. Des expériences pilotes sont faites çà et là, où il s'agit de ne plus imposer aux couples un nombre d'enfants de manière autoritaire, mais plutôt d'influencer leurs choix. Le changement d'approche de la planification familiale transparait dans certaines mesures récemment mises en place. En 1995, la Chine a notamment instauré un système d'allocation de naissance (environ 1 500 *yuan*) visant officiellement à protéger les droits et intérêts des femmes, mais versée seulement aux couples se conformant aux mesures de limitation des naissances³⁴. Sorte de prime à la maternité destinée à compenser l'arrêt de travail des femmes, cette initiative n'a cependant encore été développée qu'à petite échelle, puisque seules 429 000 personnes en auraient bénéficié en 1998. Parallèlement, le gouvernement tente de renforcer son contrôle sur les zones les plus reculées. A cette fin, il a par exemple créé en 1999 un service mobile, baptisé « Santé reproductive express »³⁵, visant à améliorer la santé de la reproduction et à promouvoir la planification des naissances dans les zones qui n'y avaient jusqu'alors que difficilement accès.

³³ Extrait du discours de Yang Kuifu retranscrit sur le serveur web officiel de la Commission Nationale de Planification des Naissances : <http://www.sfpc.gov.cn>

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

Que conclure ?

Un débat s'instaure autour de la nécessité de réviser les objectifs de la planification des naissances afin notamment, selon le discours officiel, de ralentir le processus de vieillissement de la population. Or, assouplir dès aujourd'hui les mesures de limitation des naissances, en autorisant tous les couples à mettre deux enfants au monde, n'allégerait véritablement le fardeau du vieillissement que dans le second tiers du XXI^e siècle, lorsque ces cohortes plus nombreuses arriveront aux âges actifs et pourront, si nécessaire, pallier les déficiences de l'Etat en assurant la prise en charge de leurs parents âgés.

Une politique de deux enfants par famille, telle qu'évoquée par certains spécialistes chinois, pourrait apparaître comme un compromis avantageux. Elle permettrait non seulement, à moyen terme, de prévenir un vieillissement trop rapide, mais encore, à très court terme, de faire face aux problèmes sociaux naissants, comme le déficit des filles et la fixation outrancière des couples urbains sur leur enfant unique, véritable « enfant roi ». Mais cette norme de deux enfants ne prévaut-elle pas, *de facto*, sous forme de compromis, depuis près de quinze ans déjà ? L'on a vu que la décennie 1980 n'avait pas été celle de l'enfant unique en Chine, puisque l'indice synthétique de fécondité s'est maintenu, malgré les injonctions gouvernementales, au-dessus de 2,2 enfants par femme, et a même atteint 2,9 enfants en 1982. La situation des années 1990 n'est pas encore connue avec précision, mais il apparaît que la fécondité n'est pas tombée en deçà de 1,8 enfants par femme en 1998. Adopter officiellement une politique de deux enfants par couple reviendrait donc, non pas à un retournement de la politique du gouvernement, mais plutôt à la reconnaissance tacite de l'impossibilité à contraindre les couples de réduire davantage leur fécondité. Si nouvelle baisse il y avait, elle devrait désormais découler des changements socio-économiques plus que d'une rigueur accrue dans l'application du programme ; elle devrait être spontanée, et donc répondre à des besoins individuels. Sans aller jusqu'à reconnaître que les méthodes autoritaires appliquées dans les années 1980 pour limiter les naissances n'ont pas eu les effets escomptés, la Chine, comprenant son incapacité de plus en plus grande à contrôler la vie privée des couples, pourrait donc changer de cap, et revenir à une démarche plus incitative que coercitive, comme ce fut le cas durant la décennie 1970.

Annexe

La « Loi sur la population et la limitation des naissances de République populaire de Chine »

La « Loi sur la population et la limitation des naissances de République populaire de Chine » est entrée en vigueur le 1^{er} septembre 2002.

La première allusion à la nécessité d'édicter une telle loi remonte à 1978, quelques mois avant la mise en œuvre de la politique de l'enfant unique. Mais la diversité des situations locales et la difficulté à légiférer à l'échelle du pays entier sur un sujet aussi sensible ont reporté sa rédaction et son adoption pendant plus de deux décennies.

Cette loi voit enfin le jour, venant ainsi fédérer les réglementations provinciales sur lesquelles repose, depuis les années 1980, la politique chinoise de limitation des naissances.

Ce texte donne avant tout un cadre légal, et non plus seulement réglementaire, aux activités de planning familial. Mais il n'introduit *aucun changement majeur* dans les objectifs et la mise en œuvre de la politique de limitation des naissances.

La limitation des naissances reste une « *politique nationale fondamentale* » (ext. Art. 2).

La décentralisation est toujours de mise : « *Les gouvernements populaires locaux dirigent le travail de planning familial au sein de leur juridiction administrative* » (ext. Art. 5).

« *Les gouvernements populaires locaux au niveau du district et au-dessus, en se fondant sur le plan de développement de la population, formuleront un plan pour la population et le contrôle des naissances, et auront la charge de l'appliquer au niveau local. Les départements administratifs du planning familial au sein des gouvernements populaires locaux au niveau du district et au-dessus, ont la responsabilité de la mise en œuvre sur le terrain des activités quotidiennes de planning familial prévues dans le plan pour la population et le contrôle des naissances* » (ext. Art. 10).

Les prescriptions de cette loi quant aux comportements à adopter en vue de limiter les naissances sont pratiquement inchangées par rapport à celles stipulées dans les réglementations provinciales.

« *Les couples doivent pratiquer le mariage et la procréation tardifs (wanhun, wanyu). Ils sont encouragés (tichang) à n'avoir qu'un seul enfant. Ceux qui répondent aux conditions énoncées dans les dispositions légales et réglementaires peuvent prétendre à un deuxième enfant. [...] Les minorités ethniques sont également tenues de pratiquer la limitation des naissances, en accord avec les mesures spécifiques en vigueur dans les provinces, régions autonomes et municipalités [dont elles dépendent]* » (ext. Art. 18).

« *La limitation des naissances repose sur la pratique de la contraception.[...] L'État doit créer les conditions garantissant aux citoyens le choix et l'utilisation de moyens de contraception sûrs, efficaces et appropriés afin de contrôler les naissances* » (ext. Art. 19).

« *Les couples qui ont déjà un enfant sont encouragés à employer une méthode de contraception « à efficacité longue » (changxiao) [i.e. stérilet ou stérilisation] » (ext. Art. 34).*

« *Les couples en âge de procréer doivent recourir aux méthodes de planning familial pour prévenir les grossesses et contrôler les naissances. Les couples doivent prévenir et réduire le nombre de grossesses non désirées » (extr. Art. 20).*

« *Les couples en âge de procréer bénéficient gratuitement des moyens de contraception et des services techniques du planning familial. L'État récompense les couples qui pratiquent le contrôle des naissances, en accord avec les réglementations en vigueur » (ext. Art.21).*

Les couples qui s'engagent volontairement à n'avoir qu'un seul enfant se verront remettre le « *certificat d'honneur des parents d'enfant unique* » (ext. Art. 27).

Viennent ensuite un ensemble de dispositions qui figuraient déjà dans d'autres textes, comme la « *Loi sur la protection des mineurs* » (1991), la « *Loi sur la protection des droits et intérêts de la femme* » (1992) ou la « *Loi sur la santé des mères et des enfants* » (1994).

« *Il est strictement interdit d'utiliser les échographies par ultrasons ou tout autre technique pour détecter le sexe du fœtus, autrement que pour des raisons médicales. Il est strictement interdit de mettre un terme à une grossesse [à la seule fin de sélection du sexe de l'enfant], autrement que pour des raisons médicales (Art. 35).* »

« Les crimes [suivants] seront passibles de poursuites, conformément à la loi.

– La pratique illégale d'opérations chirurgicales de planning familial sur un tiers.

– La réalisation d'échographies par ultrasons ou l'emploi de tout autre technique sur un tiers pour détecter le sexe du fœtus, autrement que pour raison médicale, et l'interruption volontaire d'une grossesse dans un but de sélection du sexe de l'enfant.

– La réalisation de fausses opérations de planning familial, la délivrance de faux certificats médicaux ou de fausses attestations de planning familial (extr. Art. 36).

Un fonctionnaire de l'État qui commet l'un des actes énumérés ci-dessous dans le cadre de ses activités de planning familial [...] sera poursuivi, conformément à la loi :

– qui demandera ou acceptera un pot-de-vin [coupable de corruption] ;

– qui falsifiera les statistiques des naissances, sous-déclarera ou refusera d'enregistrer une naissance (extr. Art. 39). »

BIBLIOGRAPHIE

- Aird John, 1990 - *Slaughter of the innocents*, Washington : AEI Press.
- Ang Isabelle, 1989 - « La famille au cœur de la société », in GENTELLE Pierre (Ed.), *L'état de la Chine*, Paris, La découverte.
- Attané I., 2000 - « La fécondité chinoise à l'aube du XXI^e siècle : constats et incertitudes », *Population*, 55. 2.
- Attané I., Courbage Y., 2000 - « Transitional stages and identity boundaries : the case of ethnic minorities in China », *Population and Environment*, 21.3.
- Attané I., Sun M., 1998 - « Natalité et fécondité en Chine : quel crédit accorder aux données récentes ? » *Population*, 53. 4, 847-857.
- Attané I., 1998 - « Résistance à la politique de limitation des naissances en milieu rural chinois depuis le début des années 80 », thèse de doctorat, *EHESS Paris*, 429 p.
- Bianco L., 1989 - « La population chinoise face à la règle de l'enfant unique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 78, 31-40.
- Banister J., 1987 - *China's changing population*, Stanford : Stanford University Press, 488 p.
- Banister J., 1997 - « Perspectives on China's mortality trends », *Actes du XXIII^e congrès international de la population, UIESP*, vol. 3, 1335-1352.
- Bureau national de la statistique, *Zhongguo tongji nianjian (Annuaire statistique de la Chine - Beijing : Zhongguo tongji chubanshe, années diverses.*
- Caillez C., 1998 - « L'effondrement du système de santé rural », *Perspectives chinoises*, 47.
- Calot G., 1978 - « Pour une estimation rapide de l'indicateur conjoncturel de fécondité », *Population*, 3, 705-716.
- Cartier Michel, 1991 - « The fourth census », *China News Analysis*, 1433.
- Chen Muhua, 1979 - « Shixian si ge xiandaihua, bixu you jihua de kongzhi renkou zengzhang » (« Pour réaliser les Quatre modernisations, il faut contrôler l'augmentation de la population de manière planifiée »), *Renmin ribao*, 11 août.
- Croll E., Davin D., Kane P., 1985 - *China's one child family policy*, London : The Macmillan Press.
- Greenhalgh Susan, 1990 - « The evolution of the one-child policy in Shaanxi, 1979-88 », *The China Quarterly*, 122, 191-229.
- Gu Baochang, Roy Krishna, 1995 - « Sex ratio at birth in China, with reference to other areas in East Asia : what we know », *Asia-Pacific Population Journal*, 10.3, 17-42.
- Gu Baochang, 1996 - « Fertility : from the 1970's to the 1990's » in Goldstein Alice, Wang Feng (Eds), *China : the many facets of demographic change*, Oxford : Westview press.
- Hill K., Upchurch D., 1995 - « Gender differences in child health : evidence from the demographic and health survey », *Population and Development Review*, 21., 1., 127-150.
- Hu Ying, 1998 - « A prediction of the trend of population development in urban and rural areas in China », *Chinese Journal of Population Science*, 10. 1, 75-87.
- Huang Maochen, 1992 - « Zuzhi guanli » (« Gestion et organisation du planning familial »), in *Jihua shengyu guanli xue*, Beijing : Zhongguo renkou chubanshe.
- Huang R., Liu Y., 1995 - *Zhongguo renkou siwang shuju biao (Données sur la mortalité en Chine)*, CIPRC/FNUAP, Beijing : Zhongguo renkou chubanshe.
- Huang Xianlin, Mo Datong (1988 - *Zhongguo renkou – Guangxi fenge, (La population chinoise – volume du Guangxi)*, Beijing : Zhongguo caizheng jingji chubanshe.
- Jiang Zhenghua, 1996 - *Collection of research papers of 1992 fertility sampling survey in China*, Beijing : China Population Publishing House.
- Kane Penny, 1987 - *The second billion, population and family planning in China*, Australia : Penguin books.
- Levy M.L., 1999 - « Tous les pays du monde, 1999 », *Population & Sociétés*, 348.
- Li Chengbai, 1992 - « Jisheng gongzuo zhong de cuowei xianxiang » (« Erreurs commises dans le travail de planification des naissances »), *Ban yue tan*, 19.

- Li Jianxin, 1997 - « Bu tong shengyu zhengce xuanze yu zhongguo weilai » (« Conséquences des orientations de la politique de contrôle des naissances sur l'avenir de la population chinoise »), *Renkou yanjiu*, 1, 20.
- Li Qin, 1993 - « Peng Peiyun shuo : jihua shengyu de guoce yao yi bai nian bu dongyao » (« Peng Peiyun déclare : la politique nationale de contrôle des naissances ne doit pas faiblir »), *Liao wang*, 22 mars.
- Liu Yu (1990 - « Lun wo guo nongcun renkou yu nongcun jingji gaige » (« La population rurale et les réformes économiques »), *Shehui xue yanjiu*, 4.
- Lu Lei, Hao Hongshen, Gao Ling, 1994 - « 1990 nian zhongguo fen sang jianlüe shengming biao » (« Tables de mortalité abrégées, par province, en 1990 »), *Renkou yanjiu*, 3, 52-59 ; 4, 53-57 ; 5, 61-64, 6, 61-64.
- Mosher S., 1993 - *A mother's ordeal, on woman's fight against China's one-child policy*, Harcourt Brace & Company, 335 p.
- Pan Chenghua, 1990 - « Wo guo nongcun jihua wai shengyu de xianzhuang, chengyin ji duice » (« Les naissances hors plan en milieu rural »), *Jingzhou shi zhuan xue bao*, 4.
- Park Chai Bin, Cho Nam-Hoon, 1995 - « Consequences of son preference in a low-fertility society : imbalance of the sex ratio at birth in Korea », *Population and Development Review*, 21.1, 59-84.
- Peng Peiyun, 1997 - *Zhongguo jihua shengyu quan shu (Livre du planning familial)*, Beijing : Zhongguo renkou chubanshe.
- Peng Xizhe, 1991 - *Demographic transition in China*, Oxford : Clarendon Press, 323 p.
« Renkou ziran zengzhang lü shouci jiangzhi 1 % yixia » (« Le taux d'accroissement naturel est tombé pour la première fois en dessous de 1 % »), *Ouzhou shibao*, 14-16 février 1999.
- Rocca Jean-Louis, 1999 - « La vague du chômage déferle sur la Chine », *Le Monde Diplomatique*, janvier.
- Sha Jicai, 1994 - *Gaige kaifang zhong de renkou wenti yanjiu (Etude des problèmes démographiques dans le contexte des réformes)*, Beijing : Beijing daxue chubanshe.
- Short Susan, Zhai Fengying, 1998 - « Looking locally at China's one-child policy », *Studies in family planning*, 29., 4, 373-387.
- Siu Helen, 1993 - « Reconstituting dowry and brideprice in south China », in DAVIS Deborah, HARREL Stevan (Ed.), *Chinese families in the post-Mao era*, California University press, 165-188.
- Tong Daoqing, 1992 - « Lun hunyin guanli he shengyu guanli bixu tongbu » (« De la nécessité de synchroniser la gestion des mariages et des naissances »), *Renkou yanjiu*, 2.
- Wu Cangping, 1997 - « Chuangjian yi ge jiankang de laoling shehui » (« Pour l'instauration d'une société âgée en bonne santé »), *Renkou yanjiu*, 1.
- Yin Wenyao, 1995 - « Lun zhongguo shengqu renkou kongzhi yu zhengce zhuanhuan de fei tongbu xing » (« Le manque de synchronisation entre les changements politiques et le contrôle démographique dans les provinces chinoises »), *Renkou xue kan*, 2.
- Zeng Yi, Gu Baochang *et al.*, 1993 - « Wo guo jinnian lai chusheng xingbiebi sang gao yuanyin ji qi hougou fenxi » (« Analyse des causes et des conséquences de l'augmentation du rapport de masculinité à la naissance ces dernières années en Chine »), *Renkou yu jingji*, 1.
- Zhang Minjie, 1997 - « Zhongguo dangqian de lihun taishi » (« Tendances récentes du divorce en Chine »), *Renkou Yanjiu*, 21. 6.
- Zhang Weimin *et al.*, 1997 - « Current changes of China's population », *Congrès international de la population, UIESP, Symposium on demography of China*.
- Zhang Zengfang, 1990 - « Jianxi nongcun renkou chaosheng fakuan de libi » (« Analyse sommaire des avantages et des inconvénients des amendes relatives aux naissances hors plan en milieu rural », *Renkou yanjiu*, 5.
- Zhu Fangling, 1993 - « Nongcun jihua shengyu gongzuo de kunnan he duice » (« Difficultés dans le travail de planification des naissances en milieu rural »), *Renkou yanjiu*, 3.
- Zi Hongqi, 1990 - « Weifa hunyin mian mianguan » (« Les mariages illégaux »), *Ban yue tan*, 5.

La politique de population au Mexique

Carole Brugeilles

Introduction

Pays latin, premier en Amérique centrale par sa population et sa superficie, mais aussi pays frontalier des États-Unis d'Amérique, intégré au marché nord-américain par le traité de libre commerce, le Mexique est sans aucun doute une terre de contrastes et de paradoxes. Cette république fédérale constituée de 31 états et du district fédéral est un pays moderne, urbain à 73,8 %¹, à l'économie dominée par les services (68,4 % de la population active). Cependant, les inégalités économiques et sociales, la précarité de pans entiers de la population, notamment de la soixantaine de groupes indigènes, et les retards importants en matière d'infrastructures et d'équipements en font aussi un pays en voie de développement. Retards que soulignent quelques indicateurs sociaux : 15 % de la population n'ont pas accès à l'eau potable, 28 % à l'assainissement, 14 % des enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisances pondérales. À l'instar de nombreux pays en voie de développement le Mexique a connu une accélération de la croissance démographique dans les années 1960. Véritable défi pour le développement elle l'a conduit à se doter d'une politique démographique malthusienne, la première en Amérique latine. Depuis 1974, le Mexique a accumulé une longue expérience en matière de politique démographique. Son évolution illustre parfaitement celle de la communauté internationale. Cette rétrospective expliquera la genèse des politiques de population, leurs principes, leurs mises en œuvre, leurs conséquences ainsi que leur réorientation depuis la Conférence Internationale du Caire sur la Population et le Développement en 1994.

¹ PNUD (2001).

La genèse des politiques de population, du natalisme au néomalthusianisme

Au cours du XX^e siècle, deux analyses radicalement différentes des questions de population se sont succédé au Mexique. Leur émergence est liée à l'histoire économique, sociale et politique du pays, ainsi qu'à une évolution mondiale de la pensée démographique. Dans les faits, elles ont donné lieu à des prises de positions gouvernementales et à des mesures ayant des objectifs opposés. Une politique antinataliste remplace dans les années 1970 les lois de population natalistes. Les deux analyses présentent toutefois des similitudes. Elles ont une approche similaire : l'évolution de la politique est en interaction avec le développement économique et social. Elles ont deux préoccupations essentielles : la croissance de la population et sa répartition.

Les lois natalistes

Historiquement, à l'instar des autres pays d'Amérique Latine, le Mexique connaît une faible croissance de sa population interrompue au XVI^e siècle par l'arrivée des Espagnols. La Conquête représente une catastrophe démographique, sans précédent dans l'histoire de l'humanité, qui perturbera l'évolution de la population pendant des décennies. Puis la croissance reprendra lentement et restera modérée de l'indépendance, en 1821, aux années 1930². Pendant cette période, le Mexique est dans une situation prétransitionnelle. Le taux de natalité est élevé, celui de mortalité aussi, ce qui génère un « faible » excédent naturel de population, de l'ordre de 1,3 % en 1900. De plus, le solde migratoire est défavorable. En effet, dès la fin du XIX^e siècle, les courants migratoires sont orientés vers l'émigration, notamment en direction des États-Unis³. La croissance de la population est lente, sa densité peu élevée. Ainsi, ce pays de 1 958 000 km² compte 13,5 millions d'habitants en 1900, soit 7 habitants au km².

La confrontation de cette densité de population au potentiel de richesses du pays – promesse de développement économique et social – et à la situation politique fait apparaître la nécessité d'accroître la population. En effet, exploiter les ressources naturelles du pays et mettre en valeur l'ensemble des terres en colonisant des régions presque vides demanderait une main-d'œuvre importante. Ce besoin est renforcé par la situation politique. En 1910, le Mexique connaît un épisode très éprouvant de son histoire, la révolution qui met fin à la longue dictature de Porfirio Diaz. Les pertes humaines, expliquées par des décès et des départs à l'étranger, sont estimées à environ un million. Une forte mobilisation humaine est alors nécessaire pour restructurer l'agriculture désorganisée par les troubles liés à la révolution. Le pays a aussi besoin de consolider son unité nationale et

² Sanchez Albornoz N. (1994), Biraben J.N. (1979).

³ De très nombreux articles ont été publiés sur les migrations aux États-Unis de la population mexicaine. On peut citer par exemple : Garcia y Griega M. (1987) ; Bustamente G. (1987) ; Corona Vasquez R (1993).

de renforcer ses institutions. Le discours est populationniste. L'avortement est interdit en 1931. En 1935, le Professeur Gilberto Loyo écrit *La política demográfica de Mexico*. Publié par le parti politique au pouvoir, cet ouvrage exprime la pensée nataliste dominante. Son auteur apparaît comme un précurseur en encourageant des mesures favorables à la natalité. Dès l'année suivante, cette idéologie s'inscrit dans la loi.

Le 26 août 1936, la première loi de population est votée. Elle a trois objectifs : repeupler le territoire et assurer une répartition harmonieuse de la population dans le pays, préserver la souveraineté nationale, achever le développement. Un conseil consultatif de la population est créé afin de définir les objectifs démographiques. Pour accroître la population, le recours à l'immigration, et notamment l'intégration des émigrants de retour des États-Unis, ainsi que l'augmentation de la croissance naturelle sont préconisés. Cette croissance devait être assurée d'une part par un encouragement des mariages et de la natalité et d'autre part par une réduction de la mortalité, notamment infantile et juvénile, grâce au développement de la protection de l'enfance, à une amélioration de l'hygiène et des conditions de vie.

Suite à l'entrée du pays dans un processus de transition démographique, les taux de croissance augmentent. Les besoins de main-d'œuvre dans l'agriculture, comme dans l'industrie, sont croissants, notamment en raison de la demande occidentale, pendant la deuxième guerre mondiale. En dépit des taux de croissance et des déséquilibres régionaux grandissants, le discours évolue peu. En 1947, une nouvelle loi générale de population est votée. Son objectif est toujours d'accroître le nombre de Mexicains en favorisant l'immigration et la natalité. L'équivalent du ministère de l'Intérieur, la *Secretaría de Gobernación*, nouvellement responsable des questions de population, s'intéressera principalement à l'immigration. Le comité consultatif de la population prendra cependant des mesures pour encourager la natalité, en jouant par exemple sur l'âge légal au mariage, abaissé à 14 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons, ou en prévoyant des primes pour les femmes les plus fécondes. L'article 24 du Code de la Santé interdira la propagande et la vente de moyens contraceptifs.

Les lois de 1936 et 1947 n'ont eu ni cadre institutionnel propre, ni objectif très précis. Ainsi, comme le montre Maria-Eugenia Cosio, elles ne constituent pas une véritable politique de population puisque « Une politique démographique s'intègre au sein d'un ensemble de mesures qui définissent des stratégies de développement économique et social »⁴. Concrètement, elles ont probablement eu un impact négligeable. Malgré les lois votées, une grande part des décideurs est indifférente aux problèmes de population. Certains responsables politiques transgresseront même la loi sur l'interdiction de la propagande des méthodes contraceptives. Dans le nord du pays, certaines villes comme Tijuana en Basse Californie se « spécialisent » dans la pratique d'avortements clandestins et répondent ainsi à une demande américaine et nationale⁵.

⁴ Cosio-Zavala M.E. (1994).

⁵ L'avortement est alors interdit aux États-Unis. Price A.J. (1973).

L'émergence du néomalthusianisme

Si pendant la première partie du XX^e siècle, la pensée nataliste domine largement, l'idée du contrôle des naissances n'est pas totalement inconnue, mais n'est pas liée à des questions démographiques⁶. Aux États-Unis, les mouvements féministes, puis eugéniques, souhaitent, pour des raisons différentes, rendre possible la maîtrise de la fécondité. Ils joueront un rôle essentiel dans la diffusion de cette idée au sud de la frontière.

En effet, au tout début du siècle, les mouvements féministes américains font du contrôle des naissances une revendication essentielle de leur lutte. Cette lutte a un écho important dans certains milieux mexicains, politiquement de gauche. En 1918, la ligue mexicaine pour le contrôle des naissances est créée. Elle diffuse l'information sur la contraception dans une presse militante de gauche. Certains articles sont interdits, mais dans l'ensemble le gouvernement se montre tolérant. Dans les années 1920, un syndicat, la *Federación Mexicana del Trabajo* reconnaît le contrôle des naissances comme une partie légitime de son programme. Par ailleurs, le droit au contrôle des naissances trouve des défenseurs dans la nouvelle classe dirigeante. C'est le cas du gouverneur du Yucatan, Felipe Carillo Puerto, qui inclut dans son programme de réforme agraire un chapitre sur le contrôle des naissances. Il lance une campagne d'éducation et fait la promotion de bulletins d'information sur la contraception, malgré l'opposition de certaines franges de la population. Avec le soutien de la ligue nord-américaine du contrôle des naissances, il ouvre une clinique du contrôle de la natalité. Au niveau fédéral, en 1923, le ministre de l'éducation reconnaît aux femmes le droit d'éviter une procréation illimitée et en 1925, sous la présidence de Plutarco Elias Calles, trois cliniques spécialisées dans la contraception sont ouvertes et des bulletins d'information distribués.

À la fin des années 1920 aux États-Unis, les milieux eugénistes sont les plus actifs en matière de promotion du contrôle des naissances. Leur influence aura des répercussions au Mexique. En 1932 par exemple, l'État de Veracruz édicte une loi pour assurer la création de cliniques de contrôle des naissances afin de les limiter dans certains secteurs de la population, et d'éviter ainsi la « dégénérescence de la race ».

Cependant, malgré l'action des féministes, de leurs sympathisants et du courant de pensée eugénique, l'idée du contrôle des naissances ne connaîtra pas une diffusion importante, et les actions pour promouvoir son développement et diffuser la contraception resteront marginales et interdites par la loi. La situation démographique, politique et économique du pays ne permettra pas à des courants de pensée venus des États-Unis d'imposer le contrôle des naissances comme une nécessité pour la population mexicaine. Il faudra attendre les années 1950 et l'accélération de la croissance démographique du pays pour que la promotion du contrôle des naissances soit liée aux problématiques démographiques et que le courant néomalthusien commence à se constituer.

Entre 1950 et 1960, la population augmente de 10 millions d'habitants, passant de 25 à 35 millions. Le taux de croissance annuel atteint 3 %. La peur de manquer de ressources apparaît et entre en résonance avec les inquiétudes naissantes de la communauté inter-

⁶ Tuiran R. (1988).

nationale liées à la croissance de la population et aux déséquilibres entre pays pauvres et pays riches. Aussi, comme au début du siècle, des acteurs américains interviennent. *L'Asociación para el Bienestar de la Familia*, créée en 1958 par le docteur Rice Wray, médecin américain, puis transformée en 1960 en *Asociación Pro-Salud Materna*, ouvre la première clinique de planification familiale à Mexico. Pendant ces années, ce sont des associations et organisations non gouvernementales qui tentent de diffuser des idées néomalthusiennes et de distribuer des moyens contraceptifs. En effet, la majorité des responsables mexicains ne considère pas la croissance de la population comme un problème, mais plutôt comme un défi à relever en augmentant la production économique⁷.

Les premières perspectives de population de la banque mondiale, qui prévoient un doublement de la population entre 1960 et 1980, inquiètent. La croissance démographique s'accélère inéluctablement et le taux d'accroissement naturel est maximum entre 1960 et 1970 (3,4 % en moyenne). En 1970, le Mexique compte 50 millions d'habitants. Le contexte économique et politique se dégrade. Le « Miracle mexicain » et son espoir de croissance économique perpétuelle font figure de mirage. Le chômage, le sous-emploi, l'inflation, l'augmentation de la dette extérieure sont préoccupants. Le modèle de développement économique n'arrive pas à intégrer la main-d'œuvre toujours plus nombreuse d'année en année, et l'exode rural, intense depuis les années 1940, rend la situation particulièrement difficile dans les villes. Ni le progrès social, ni l'urbanisation n'entraînent de baisse de la fécondité. Au contraire la taille des familles augmente légèrement du fait de la baisse de la mortalité infantile.

Ainsi les années 1960 marquent une rupture. À une indifférence quasi générale pour les questions de population, mâtinée d'une idéologie pro nataliste, succède un engagement néomalthusien croissant. Mais les prises de positions néomalthusiennes s'affirment principalement en dehors des instances de pouvoir. Comme par le passé, les actions relèvent du secteur privé et associatif et l'influence des États-Unis n'est pas négligeable. Ainsi en 1965, la *Fundación para Estudios de la Población AC* (FEPAC) ouvre quatre centres de planification familiale. Cet organisme privé, affilié à l'*International Planned Parenthood Federation* fondé aux États-Unis en 1961, regroupe des médecins, des chercheurs, des politiques, tous soucieux de la croissance de la population. Il jouera un rôle important dans l'évolution idéologique des plus hautes sphères du pouvoir.

A partir de 1970, la position néomalthusienne du gouvernement s'affirme. Parallèlement le Mexique devient très actif sur la scène internationale. Les changements sont d'abord timides. Ainsi, lors de la première Réunion latino-américaine de Population à Mexico en 1970, les représentants du gouvernement mexicain du Président Diaz Ordaz adhèrent à l'idée que les différentes politiques sectorielles de développement sont interdépendantes et qu'il ne convient pas de faire une politique de planification familiale isolée, elle doit être intégrée à des politiques de développement notamment économique⁸. Au cours de sa campagne le successeur du Président Diaz Ordaz, Luis Echeverria proclame :

⁷ Bronfman M., Lopez E. (1986).

⁸ Pour connaître la position de différents pays latino-américains on peut se référer à Cosio-Zavala M.E. (1998).

« Gouverner, c'est peupler ». Cette déclaration pro nataliste vise certainement à rassurer les conservateurs et certaines mouvances de gauche pour qui l'idée de limitation des naissances est l'expression d'un assujettissement à l'impérialisme nord-américain. La position du président évoluera vite.

A la troisième Conférence des Nations unies sur le Commerce et le Développement à Santiago du Chili en 1972, le Président Luis Echeverría préconise une réduction de la croissance démographique, même s'il insiste surtout sur la nécessaire impulsion vigoureuse du développement économique des pays d'Amérique Latine. Puis avec le souci de promouvoir le développement et l'image de son pays, le président se laisse de plus en plus convaincre par la communauté scientifique, notamment les économistes membres de la FEPAC et leurs perspectives pessimistes sur l'emploi, qu'une politique de limitation des naissances est nécessaire. Il subit également l'influence de l'opinion internationale lors des débats préparatoires à la Conférence Mondiale des Nations unies sur la Population à Bucarest auxquels le Mexique participe activement. Le Secrétaire général de la Conférence est d'ailleurs un intellectuel, diplomate de nationalité mexicaine, Antonio Carillo Flores. À la conférence, en 1974, un consensus émerge autour de l'idée d'interdépendance entre la démographie et le développement économique et social. La baisse des taux de croissance est indispensable au développement et ne peut se faire que dans des conditions de développement économique et social satisfaisantes. Dès lors, l'objectif du président mexicain est d'établir un équilibre démographique favorisant le développement économique et social dans le respect des droits individuels, et la jouissance équitable des bénéfices du développement par tous les Mexicains. Cet engagement sera réaffirmé, en 1975, lors de la deuxième « Réunion latino-américaine de population » organisée elle aussi à Mexico. Les pays d'Amérique Latine reconnaissent alors aux individus et aux familles le droit de décider du nombre et de l'espacement de leurs enfants et attribuent aux États le devoir de fournir les connaissances et les moyens nécessaires à la planification des naissances. Ils reconnaissent aussi la souveraineté de chaque nation en ce qui concerne les questions de population.

L'évolution idéologique des responsables politiques mexicains se concrétise rapidement. En 1972, le concept de paternité responsable est diffusé dans les instituts publics de santé. L'année suivante, les lois interdisant la propagande et la vente de contraceptifs sont abrogées par le nouveau Code de la Santé promulgué le 26 février 1973. Cette même année, une association pour l'étude de la population est née *Asociación mexicana de estudios de población* (AMEP). Elle rassemble les associations et les organismes non gouvernementaux qui s'intéressent à la population. Du fait des personnalités qui la composent, scientifiques, membres du corps médical, hauts fonctionnaires, elle a une audience certaine auprès des membres du gouvernement souvent issus des mêmes formations. Légitimées, l'information et la diffusion de la planification familiale sortent du cadre associatif ou privé. Des programmes de contraception sont initiés dans les services de santé publics. Le Mexique se dote alors d'une véritable politique de population qui sera la première politique démographique explicite en Amérique Latine.

Les principes, le cadre juridique et institutionnel de la politique de population

Pour élaborer et mettre en œuvre sa politique de population le gouvernement mexicain choisit la voie juridique. De grands principes généraux sont posés grâce à un amendement de la Constitution. Les principes de la politique proprement dite, ses objectifs et les aspects opératoires sont définis dans une Loi de Population. La politique de population trouve ainsi ses fondements juridiques dans les articles 4 et 11 de la Constitution et dans la Loi Générale de la Population (*Ley General de Población*), déposée le 11 décembre 1973⁹. Elle est ratifiée le 7 janvier 1974, et les décrets d'application (*Reglamento de la Ley General de Población*) paraissent au Journal Officiel le 17 novembre 1976.

Depuis le 31 décembre 1973, l'article 4 de la Constitution redéfinit certains droits et devoirs concernant d'une part les relations entre les sexes et d'autre part les relations entre les générations. La Constitution établit l'égalité de l'homme et de la femme face à la loi. Elle affirme le devoir pour les parents de veiller au respect des droits de leurs enfants et à la satisfaction de leurs besoins tant physiques que psychiques. Elle énonce aussi le droit pour toute personne de décider de manière libre, responsable et informée du nombre de ses enfants et de l'espacement entre leurs naissances. Enfin elle garantit la protection de la famille, le droit à la santé et au logement, et indique que la loi mexicaine devra détailler les mesures et les moyens publics permettant d'atteindre de tels objectifs. L'article 11 de la Constitution assure le droit à la libre circulation des Mexicains dans leur pays et la liberté du choix du lieu de résidence.

L'objectif de la Loi Générale de la Population est d'inscrire la politique de population dans l'ensemble des actions menées par l'Etat. La politique démographique ne se substitue pas à la politique de développement économique et social, elle en fait partie¹⁰. Son propos est aussi de donner un cadre pour réguler les phénomènes qui affectent le volume, la structure, la dynamique de la population et sa répartition sur le territoire, et pour assurer à chacun le bénéfice des progrès réalisés.

Le troisième article du premier chapitre de la loi est consacré aux aspects relatifs à la fécondité dans la politique de population¹¹. Il définit les trois orientations majeures de l'action gouvernementale :

⁹ Conapo (1984).

¹⁰ Le texte de loi se compose de sept chapitres traitant principalement de la mobilité des personnes : objectifs et attributions, migration, immigration, émigration, rapatriement, registre de population et identification des personnes, sanctions. Ces textes figurent dans le livre de Cosío-Zavala M.E. (1994).

¹¹ D'autres objectifs démographiques sont énoncés dans cet article. Ils ne concernent pas directement la fécondité mais la mortalité, la distribution de la population sur le territoire national ou les inégalités sociales.

- le gouvernement doit sensibiliser et responsabiliser la population aux questions de démographie pour obtenir la participation de la collectivité dans la résolution des problèmes qui la concerne,
- le gouvernement s’engage à influencer sur la dynamique de la population en impulsant la planification familiale grâce à la promotion et à la diffusion des méthodes contraceptives. Ainsi, la loi stipule que le gouvernement doit réaliser des programmes de planification familiale par le biais des services publics d’éducation et de santé,
- le gouvernement assume une fonction de garant des principes en contrôlant que ses programmes ainsi que ceux du secteur privé sont développés dans le respect des droits fondamentaux de l’Homme et de la dignité de la famille.

Enfin cet article réaffirme la place de la politique de population dans l’ensemble du processus de développement en précisant que le gouvernement doit assurer l’intégration économique, sociale et culturelle des femmes. Cette intégration apparaît dès lors comme un élément important pour la réussite de la politique démographique.

La volonté d’intégrer la politique de population se lit aussi dans les missions confiées à l’institution interministérielle fondée par la Loi Générale de la Population¹², le Conseil National de la Population (CONAPO). En effet, il a en charge l’intégration des questions de population dans les programmes de développement économique et social émanant de l’État¹³ ainsi que la planification démographique du pays. Ce conseil dépend de la *Secretaría de Gobernación*, mais regroupe des représentants de plusieurs ministères et des centres de sécurité sociale¹⁴. Ces activités débutent officiellement le 27 mai 1974.

Une des premières entreprises du CONAPO est la rédaction des décrets d’application de la Loi de Population¹⁵. Ils définissent les règles pour l’élaboration de la politique de population et rappellent les principes généraux déjà donnés par la loi.

¹² Chapitre I, Article 5.

¹³ L’organisation et les fonctions du CONAPO sont exposées en détail dans Urbina Fuentes M. (1994).

¹⁴ Les représentants des ministères de l’éducation, de la santé, des finances, des relations extérieures, du travail, de la réforme agraire, du plan, des établissements humains participent aux activités du CONAPO. Depuis 1989, le ministère du développement urbain et de l’écologie, le département du District fédéral ainsi que des centres de sécurité sociale (l’Institut mexicain de sécurité sociale et l’Institut de sécurité sociale et services sociaux des travailleurs de l’État) y participent aussi.

¹⁵ Ils se composent de trois chapitres. Le premier précise leur cadre juridico-administratif, le second est consacré à la politique de population et le troisième au Conseil National de la Population.

Deux idées sont particulièrement soulignées :

- le respect des droits de l’Homme, des libertés, des croyances et valeurs populaires sont les principes qui doivent sous-tendre les politiques et les programmes de population,
- la nécessité de sensibiliser les personnes aux questions démographiques et aux objectifs des politiques, de les rendre responsables face à ces problèmes et de stimuler leur participation afin de les résoudre.

Les décrets comportent une section consacrée spécifiquement à la planification familiale. Reprenant en partie l’article 4 de la Constitution, elle définit la planification familiale comme le droit pour toute personne de décider librement, en étant responsable et informée, du nombre de ses enfants, et de l’intervalle de temps entre chaque naissance. Puis elle énonce comment les principes généraux de la politique doivent être adaptés à la fécondité.

Afin de respecter la dignité et la liberté des personnes, le gouvernement garantit le droit à une information sur les objectifs, les méthodes et les conséquences de la planification familiale. Les Mexicains sont libres de choisir la méthode avec laquelle ils souhaitent réguler leur fécondité, du moment que cette méthode n’a pas d’effets secondaires graves et qu’elle n’est pas interdite. Il est par ailleurs interdit d’obliger une personne à utiliser une méthode pour contrôler sa fécondité. Lorsque la personne opte pour une méthode définitive, elle doit le notifier par écrit.

Afin d’assurer la participation des populations, l’information doit permettre de comprendre l’intérêt de pouvoir choisir le nombre de ses enfants, l’intervalle entre leurs naissances, de retarder la naissance de l’aîné et d’avoir le dernier à un âge propice à une bonne condition de la grossesse.

Enfin certains paragraphes concernent l’organisation de la planification familiale. Il est ainsi notifié que les services de planification familiale sont intégrés et coordonnés à ceux de la santé et de l’éducation, que l’information, les services de santé et d’éducation relatifs à la planification familiale sont gratuits quand ils sont fournis par le secteur public. Les services sont ouverts à tous et les mineurs n’ont pas de statut particulier.

L’ensemble de ces textes, fortement inspiré par les réunions préparatoires à la Conférence Mondiale sur la Population de Bucarest et par le Plan Mondial d’Action sur la Population adopté à cette occasion en 1974, donne des fondements juridiques et des moyens institutionnels à l’ambition du gouvernement. Les textes définissent de grandes lignes d’action et des principes dans lesquels s’inscrivent les plans et les programmes proposés par l’Etat.

Les plans et les programmes

La mise en pratique de la politique de population se fait, en vertu des principes fondateurs, au moyen de programmes démographiques intégrés à des projets plus vastes de développement. Dans un premier temps, les préoccupations démographiques sont surtout intégrées à des programmes de santé¹⁶. Puis en 1977, la politique démographique est associée à la planification du développement. La mise en œuvre de la politique est alors confiée, en janvier 1977, à la Coordonation du Programme National de Planification Familiale (CPNPF)¹⁷. Mais l'articulation entre la politique démographique et les autres secteurs de développement sera vraiment organisée en 1980. La Direction Générale de la Planification Familiale du ministère de la santé remplace alors la CPNPF. Sa mission, comme celle de la Coordonation qu'elle remplace, consiste à coordonner l'ensemble des activités du secteur privé et du secteur public concernant la planification familiale et à organiser celle du secteur public. Elle participe à la définition des objectifs, à leur diffusion, à l'organisation opérationnelle des programmes mais aussi à l'évaluation des actions menées. À partir de 1980 quatre périodes se succèdent :

1. 1980-1982 : un premier Plan Global de Développement inclut un Plan National de Planification Familiale.
2. 1983-1988 : un Plan National de Développement inclut un Programme National de Population.
3. Ce dispositif est renouvelé pour les années 1989-1994.
4. De nouveaux programmes sont définis pour la période 1995-2000.

A l'instar de nombreux pays, la politique de population débute par une analyse de la situation démographique et la définition, en 1977, d'objectifs de croissance nationale. Ainsi, des taux d'accroissement annuel moyen sont proposés à différentes dates jusqu'à l'an 2000, date à laquelle le taux devrait être de 1 %. Ces objectifs sont aussitôt traduits en termes de taux bruts de natalité et de nombre d'utilisatrices des services de planification familiale. Dès 1978, les autorités ont conscience qu'il faut définir des objectifs de croissance régionaux afin d'atteindre les objectifs nationaux. Ainsi en 1979, le CONAPO publie des objectifs de politique démographique régionale pour la période 1978-1982. Ces objectifs devaient être établis à partir d'une étude de la situation entre 1970 et 1976. En réalité, les sources n'étant pas assez complètes et fiables, ils sont

¹⁶ Un programme de santé materno-infantile et de planification familiale figure dans le Plan National de Santé élaboré pour la période 1973-1974. Il reprend le concept de paternité responsable développé dès 1972.

¹⁷ De 1973 à 1976, une Coordonation interinstitutionnelle des soins maternels et infantiles et de la planification des naissances a en charge la diffusion du concept de paternité responsable et de l'information sur la planification familiale.

définis un peu arbitrairement en fonction des objectifs nationaux¹⁸. Dès lors, les programmes sont définis afin d'atteindre ces objectifs.

Le Plan National de Planification Familiale (1980-1982)

Pendant ces premières années les modalités de développement des programmes se mettent en place. Très concrètement, pour atteindre les objectifs, les actions sont orientées vers l'augmentation de la prévalence de la contraception dans la population. La coopération des trois principales institutions publiques de santé du pays est essentielle¹⁹. Dès le début, l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS), l'Institut de Sécurité Sociale et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat (ISSSTE) et le Ministère de la Santé (SSA) sont au centre du système. « Médiateurs institutionnels », ils assurent l'interface entre les décideurs et la population. Ils prescrivent des méthodes contraceptives dès 1973 et participent à la mise en place d'infrastructures sanitaires, hôpitaux et centres de santé, notamment en milieu rural, qui permettent l'augmentation de la couverture médicale²⁰. Ils assument la gestion des infrastructures sanitaires et participent à la formation du personnel susceptible de développer les programmes. Ainsi par exemple, l'IMSS, institution la plus impliquée dans la politique, ouvre 71 hôpitaux ruraux et 3 024 postes de santé entre 1979 et 1986, et forme 14 635 sages-femmes entre 1974 et 1983²¹.

Cette infrastructure fournit une palette importante d'informations et de méthodes contraceptives. Cette offre est proposée selon différentes « stratégies » visant à « créer la demande ».

¹⁸ Dès l'origine, la méthodologie appliquée pour définir les objectifs nationaux et régionaux fait l'objet de critiques, au sein même du CONAPO, en raison du manque de données de qualité et de méthodes performantes permettant de traduire les objectifs démographiques en nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives.

¹⁹ Le Ministère de la Santé (*Secretaría de Salud y Salubridad*, SSA) gère directement des centres de santé et d'assistance ouverts à l'ensemble de la population. Il existe des centres de sécurité sociale soumis à des conditions d'affiliation. Les principaux sont l'Institut Mexicain de Sécurité Sociale (IMSS) qui accueille les salariés du secteur privé, notamment de l'industrie, et l'Institut de Sécurité Sociale et Services Sociaux des Travailleurs de l'Etat (ISSSTE). Ces institutions de sécurité sociale font partie du service public. Elles sont financées par les cotisations des bénéficiaires et de leurs employeurs, et par l'Etat. D'autres centres de sécurité sociale liés à des corporations prennent en charge des parts restreintes de la population. En parallèle, des services de santé sont proposés par le secteur privé (cliniques ou cabinets médicaux).

²⁰ En 1976, seuls 58 % des Mexicains avaient accès au système de soins public. Welti C. (1980).

²¹ Ces infrastructures bénéficieront à l'ensemble de la population défavorisée. Dès 1979, l'IMSS en collaboration avec la SSA, développe un programme nommé IMSS-COPLAMAR (*Coordinación general del plan nacional de zonas deprimidas y grupos marginados*) qui permet aux personnes non affiliées de recourir aux centres de santé de l'institution pour les services de planification familiale, Cosio-Zavala M.E. (1994).

Elle s'organise autour de deux moments :

- quel que soit le motif de leur consultation, les usagers des centres de santé publics reçoivent une information sur la planification familiale. Une contraception leur est systématiquement proposée,
- la grossesse et l'accouchement sont considérés comme des moments privilégiés. Ainsi, le personnel médical profite du séjour des femmes à l'hôpital lors des accouchements pour leur proposer une contraception.

De plus, les institutions disposent de relais dans les communautés. Les sages-femmes jouent ainsi un rôle important, soit en participant à des opérations ponctuelles telles que les « Journées de promotion de la contraception » organisées dans de petites localités rurales par l'IMSS²², soit en développant, souvent à l'aide d'infirmières, des unités de soins de santé primaire et de protection materno-infantile dans les communautés. Dès 1979, le ministère de la santé implante ce type de relais dans les 12 000 localités de 500 à 2 500 habitants du pays. Ces structures permettent d'intégrer les acteurs du système de soins traditionnel, comme les matrones, qui sont alors formées et encouragées à promouvoir le contrôle des naissances. Ces sages-femmes traditionnelles seront peu à peu relayées par les promotrices de santé. Issues de générations plus jeunes et n'ayant jamais assumé les accouchements dans les communautés, elles y tiennent un rôle particulier en prodiguant des soins de santé primaire, en diffusant la planification familiale et en encourageant la population à avoir recours aux services de soins. Comme les sages-femmes traditionnelles, elles sont formées, encadrées et reçoivent une rémunération symbolique.

Même si toutes les institutions de santé, et par conséquent tous les centres et toutes les unités de santé, ne sont pas également dotés, des moyens importants en personnel et en matériel sont mis à la disposition des programmes. De plus, le personnel impliqué est fortement motivé par la définition d'objectifs mensuels. En effet, quel que soit le centre de soins, chaque médecin est encouragé à prescrire une contraception à un nombre de femmes fixé pour atteindre les objectifs nationaux.

En parallèle, des activités d'appui sont développées. Les centres de santé et l'éducation nationale proposent des programmes d'éducation sexuelle, incluant un volet contraception. Les centres de santé mais aussi les médias, journaux, radio, télévision, participent activement aux activités de propagande. Des affiches et des annonces sont publiées. Des spots publicitaires et même une série télévisée sont diffusés²³. Certains slogans des premières années, comme par exemple « La petite famille vit mieux », sont restés

²² Lors de ces journées les sages-femmes informent les femmes et tentent de les convaincre d'utiliser une contraception. La stérilisation peut être proposée et le convoyage des volontaires vers l'hôpital le plus proche est alors organisé par l'IMSS. En 1984, au Yucatan, un tiers des pilules et injections d'hormones distribuées par l'IMSS, le sont par les sages-femmes (Gautier, 1997).

²³ Un feuillet "Accompagnez-moi" est diffusé en 1977. Créé au Mexique, il sera ensuite distribué dans d'autres pays.

célèbres. Même s'ils ne figurent plus dans les discours officiels ils font partie de la mémoire collective et sont encore utilisés aujourd'hui.

A la fin du Plan National de Planification Familiale en 1982, les éléments clés de l'organisation et les stratégies de développement des programmes sont en place. Pendant ces premières années, il apparaît que pour favoriser le succès de la politique, il convient de décentraliser les programmes de population. La définition d'objectifs régionaux ne suffit pas. La décentralisation débute théoriquement en 1983 avec le premier Programme National de Population²⁴.

Le Programme National de Population 1983-1988

Un des objectifs spécifiques majeurs de la période 1983-1988 est d'organiser une réelle décentralisation des programmes. Dès lors, des programmes de population sont définis pour chaque Etat. Les gouvernements des Etats sont sollicités et des conseils étatiques de population sont créés. Chaque année des programmes étatiques de planification familiale sont publiés sous la direction du Ministère de la Santé. Les instances étatiques (Direction des services de santé publique, département de planification familiale et d'attention materno-infantile...) y participent. Ces programmes dressent un bilan de la situation démographique et des activités de planification familiale. Des objectifs sont fixés en termes d'utilisatrices de méthodes contraceptives, de nouvelles utilisatrices, mais aussi de formation de personnel, d'activités d'encadrement et d'activités d'appui au développement de la planification familiale (conférences, distribution de tracts...). Les objectifs sont établis pour chaque entité fédérale et, pour certaines, à l'échelle de leurs différentes juridictions.

Paradoxalement, alors que les décideurs sont convaincus de la nécessaire décentralisation et de l'adaptation des programmes aux différents Etats du pays, le Ministère de la santé normalise toujours plus la conduite des programmes. Des notes techniques émanant du Ministère de la santé sont publiées au Journal Officiel pour aider le corps médical à développer la planification familiale. Elles donnent des informations et précisent les règles de conduite. Ainsi, par exemple, une note du 7 juillet 1986 rappelle les objectifs de la planification familiale, définit ensuite ce que doit être une visite médicale de planification et enfin, établit très précisément les critères de prescription des différentes méthodes contraceptives. Elle indique leurs contre-indications et certains de leurs effets secondaires. L'intention est de normaliser la conduite du personnel de santé sur l'ensemble du territoire en lui donnant un cadre de référence.

En 1988, la décentralisation reste une déclaration d'intention. La régionalisation ne va pas au-delà de la publication chaque année de programmes étatiques souvent rédigés en

²⁴ Ce changement correspond aussi à un changement politique. Le président du Mexique Miguel de la Madrid, successeur de José Lopez Portillo, fait voter une loi de "Planification Démocratique" qui prévoit la décentralisation du Plan National de Développement, dont fait partie le Programme National de Population.

dehors des instances des Etats. Ces derniers manquent de personnels qualifiés et de moyens pour réellement s'impliquer. Les activités d'appui, développées en dehors des institutions publiques de santé, sont devenues plus rares en raison des restrictions budgétaires liées à la crise économique. Dans les institutions de santé publiques toutes les énergies s'orientent vers l'augmentation de la prévalence de la contraception et la politique de population tend à devenir une politique sanitaire du contrôle des naissances. La définition d'objectifs précis à des échelles fines mobilise mais permet aussi un contrôle des activités. Les centres de santé sont encouragés à augmenter chaque année la couverture, c'est-à-dire le nombre et le pourcentage d'utilisatrices. Chaque mois les hôpitaux comptabilisent le nombre de femmes hospitalisées dans les services de gynécologie, ou d'obstétrique, ayant adopté une contraception, ainsi que la méthode choisie. Les consultations à l'hôpital ou dans les centres de santé sont aussi sources de statistiques. Le nombre de visites de suivi et le nombre de nouvelles utilisatrices sont comptabilisés.

Le Programme National de Population 1989-1994

Comme le précédent, le Plan National de Développement 1989-1994 intègre les questions de population. Son objectif est toujours de réduire la croissance et de favoriser une répartition qui permette l'exploitation des ressources du pays. Pour réduire la fécondité, l'éducation doit être développée, la couverture des services de planification familiale augmentée et les changements de structures permettant cette diminution doivent être faits. Ces objectifs sont intégrés à des sous-programmes qui forment le Programme National de Population, défini également pour la période 1989-1994²⁵. Concrètement, comme lors des deux périodes précédentes, l'accent est mis sur la planification familiale à travers les institutions de santé publique et, afin de les diriger dans leur travail, un Programme National de Planification Familiale est publié pour la période 1990-1994²⁶. Les acteurs de la planification familiale doivent relever trois types de défis. Ils sont d'ordre politique, social, et opérationnel :

- il semble nécessaire de favoriser la coopération entre les institutions publiques ou privées, notamment au niveau régional, pour organiser une communication de grande ampleur sur des thèmes liés à la planification familiale. Les médias doivent être plus sollicités,
- le programme vise à homogénéiser les comportements entre groupes sociaux et conseille de promouvoir la planification familiale ainsi que l'usage de contraceptifs, particulièrement auprès des femmes les plus fécondes (rurales et non scolarisées), des adolescentes et des hommes,

²⁵ Les sous-programmes : population et développement, dynamique, structure et distribution de la population, planification familiale, famille et population, participation de la femme, population indigène, éducation et population, développement de la connaissance et de l'information en matière de population, décentralisation de la politique démographique.

²⁶ CONAPO, (1991).

– l'amélioration de la qualité des services est le troisième défi que propose le gouvernement. L'information, les relations entre prestataires de services et usagers doivent être de meilleure qualité. L'accès facile à un choix plus vaste de contraceptifs doit être garanti.

Ainsi, les conditions de santé materno-infantile devraient être améliorées, les niveaux de fécondité devraient continuer à baisser ainsi que la fréquence des grossesses non désirées et le recours à l'avortement.

Une fois la volonté politique exprimée et le cadre juridique et institutionnel établi, la loi de population est effectivement appliquée. Des programmes de planification familiale voient le jour et des actions d'appui sont menées. L'Etat n'a pas rencontré d'obstacle institutionnel. Seule l'Église pouvait s'opposer violemment à cette politique. Mais la séparation de l'Église et du pouvoir rend son influence sur les institutions négligeable. De plus, elle reconnaît la nécessité du contrôle des naissances et adopte une attitude de laisser faire. Cependant, comme elle n'approuve pas l'introduction des moyens modernes de contraception, notamment la stérilisation, elle participera à la promotion de la planification familiale en organisant des séances d'information sur les méthodes traditionnelles²⁷. Sa position sera beaucoup plus tranchée dans son refus de l'avortement. Son audience dans la population, variable selon les contextes, tend à diminuer au fil du temps²⁸.

Le Mexique s'est donné les moyens de sa politique en mettant en place un ensemble d'organes de décision, de coordination et d'évaluation très structuré, hiérarchisé et centralisé. La politique repose essentiellement sur les institutions de santé publique, elles-mêmes organisées verticalement. Les différents acteurs sont très encadrés. La publication des textes des programmes rappelle régulièrement les principes de la politique, les modalités concrètes devant prévaloir au développement des programmes et les objectifs exprimés très précisément. La volonté politique se concrétise extrêmement rapidement grâce à la forte mobilisation politique aux différents niveaux d'un organigramme très hiérarchisé, à la clarté des objectifs et de leur évaluation.

Les moyens financiers mobilisés sont importants. En 1980, 2,5 % du Produit Intérieur Brut sont consacrés à la santé²⁹. Or la politique démographique est fortement intégrée au secteur santé dont elle stimule le développement. Le soutien de l'aide internationale contribuera à donner au Mexique les moyens de son ambition. Le Fond des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et son bureau régional l'Office Panaméricain de la Santé ont largement financé les programmes. Des organisations privées, comme les fondations américaines Ford ou

²⁷ Dans certaines paroisses, au Yucatan par exemple, des positions plus radicales seront prises contre les programmes et les prêtres menacent de refuser la communion aux femmes qui pratiquent la contraception, Gautier A., Quesnel A. (1993).

²⁸ Gautier A., Quesnel A. (1993), Brugeilles C. (1998).

²⁹ Lopez Arellano O. (1993).

Rockefeller, des associations consacrées à la famille et à la santé³⁰ apporteront aussi leur contribution soit directement au gouvernement, soit en aidant des organismes non gouvernementaux³¹.

En effet, pendant toutes ces années les organisations non gouvernementales nationales ou régionales continueront à se mobiliser et réaliseront des programmes d'éducation et de sensibilisation à la planification familiale. Leurs moyens d'action sont très variés : conférences, édition de bulletins d'information parfois destinés à des populations particulières comme les adolescents, émissions dans les médias, notamment à la radio, aide à la construction et à la gestion de centres de santé communautaires proposant des services de planification familiale, formation et encadrement de volontaires assurant la promotion de la planification familiale dans les communautés. La Fondation Mexicaine pour la Planification Familiale, MEXFAM, qui a succédé à la Fondation pour l'Étude de la Population est la plus importante. Elle intègre d'autres structures comme, par exemple, l'Association Mexicaine pour l'Éducation Sexuelle. Mais de nombreuses structures sont isolées comme la « Fondation des Projets Frontaliers » qui œuvre dans le nord du pays.

Cette politique a pu être présentée comme un exemple ; le Mexique a d'ailleurs reçu un prix de l'ONU. en 1986. Les programmes peuvent être évalués selon différents critères : la réussite des objectifs de croissance démographique, leur impact sur les niveaux de fécondité ou sur la pratique contraceptive, la façon dont ils sont appliqués et le respect de leurs principes fondateurs. La baisse de la fécondité et la diffusion des méthodes contraceptives sont incontestables. Mais la définition de défis à relever dans le programme 1990-1994 révèle l'existence de certains problèmes. Il en est de même de la répétition de certains objectifs. Ainsi par exemple, la régionalisation est souhaitée depuis le premier programme sans devenir effective. Dès la fin des années 1980, les chercheurs sont de plus en plus nombreux à s'interroger sur les modalités d'application des programmes et plus particulièrement sur le respect des principes de la loi.

Une baisse de la fécondité spectaculaire

La mise en place des politiques de population a eu pour conséquence indirecte un vif intérêt pour les questions de population et la multiplication des enquêtes permettant une

³⁰ Par exemple: "Association for Voluntary Surgical Contraception", "Family Health International", "International Planned Parenthood Federation"...

³¹ À propos des aides financières fournies par les organismes internationaux ou par des organismes privés étrangers voir Palma Y., Palma J.L. (2000).

bonne connaissance des évolutions³². Aussi, l'histoire contemporaine de la fécondité est-elle bien connue.

Une baisse de la fécondité irrégulière

Le Mexique a vécu une baisse spectaculaire de sa fécondité qui a débuté avant la mise en place de la politique de population. L'indice conjoncturel passe de 6,7 enfants par femme en 1970 à 5,9 en 1975, soit une baisse moyenne de -2,5 % par an. Elle s'intensifie entre 1975 et 1980, pendant la première phase de la politique démographique (-5,7 %). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,4 en 1980. La baisse ralentit ensuite au cours de la décennie 1980. L'investissement politique, mais aussi financier, se relâche pendant cette période marquée par une crise économique aiguë. Par ailleurs, la pression internationale se détend. À la Conférence Mondiale de 1984 à Mexico, la plupart des pays du Nord prônent un moindre interventionnisme dans les questions de population. La diminution de l'indicateur est minimum, -1,3 %. L'indice conjoncturel de fécondité est de 3,8 en 1991. Une nouvelle accélération est enregistrée entre 1991 et 1995 (-4,9 %). En 1995, les femmes ont en moyenne 3,1 enfants³³.

Quel que soit l'âge des femmes, la diminution est maximum pendant la première phase des programmes (1975-1982). Mais le rythme des changements n'est pas identique pour chaque groupe d'âges. La limitation des naissances est d'abord utilisée par les femmes âgées de plus de 35 ans, voire de plus de 40 ans, pour mettre un terme à leur descendance. Parmi elles, quelques pionnières contrôlaient déjà leur fécondité avant 1975. L'amplification de la baisse, due à son extension à tous les âges, correspond à la mise en place des programmes.

En effet, les jeunes femmes n'ont pas introduit un comportement novateur en matière de fécondité. D'ailleurs, de 1975 à 1992, la baisse reste moins marquée chez les moins de 25 ans et minimum avant 20 ans. Elle est plus soutenue en fin de vie féconde (tableau 1). La baisse ne s'accompagne donc pas d'un retard de calendrier. En 1992, la fécondité des adolescentes reste un sujet de préoccupation. 18 % des naissances sont le fait de mères de moins de 20 ans. La fécondité élevée des adolescentes exprime mieux que tout autre indice le manque de possibilité de développement et de réalisation personnelle – en

³² Les enquêtes permettant d'étudier la fécondité sont nombreuses : enquête de fécondité urbaine de la ville de Mexico, 1964 (PECFAL-urbaine) ; enquête de fécondité rurale 1969-1970 (PECFAL-rurale) ; enquête mexicaine de fécondité du programme de l'enquête mondiale de fécondité 1976-1977 (EMF) ; enquête nationale de prévalence dans l'utilisation des méthodes de contraception 1978 (EMP, 1978) ; enquête nationale de prévalence et d'utilisation des méthodes de contraception 1979 (EMP, 1979) ; enquête rurale de planification familiale 1981 (ERPF, 1981) ; enquête nationale démographique 1982 (END) ; enquête nationale sur la fécondité et la santé 1987 (ENFES) ; enquête sur les déterminants de la pratique de la contraception au Mexique 1988 (EDEPAM) ; enquête nationale sur la dynamique démographique 1992 (ENADID) ; enquête nationale sur la planification familiale 1995 ; enquête nationale sur la dynamique démographique 1997 (ENADID).

³³ Cosio-Zavala M.E. (1989) ; Paz Gomez L. (1995), INED (1995).

dehors de la maternité – offerte par la société mexicaine à certaines femmes³⁴. Ces maternités ont un coût pour les femmes, mais aussi un coût social, en particulier pour la santé publique. Les grossesses à risque sont plus nombreuses chez les très jeunes femmes et une surmortalité infantile a été remarquée chez leurs bébés.

Tableau 1 – Taux de fécondité générale par groupes quinquennaux d'âges

Groupe d'âges	Fécondité générale		
	1975	1991-1992	Diminution en %
15-19 ans	116	82	-29,3 %
20-24 ans	263	174	-33,8 %
25-29 ans	283	166	-41,3 %
30-34 ans	245	116	-52,6 %
35-39 ans	148	74	-50,0 %
40-44 ans	92	21	-77,2 %

Sources : EMF (1976) ; Cosio (1994) ; ENADID (1992) ; Paz Gomez (1995).

Des inégalités selon les caractéristiques socio-économiques

Une étude plus fine montre que les évolutions résultent de la coexistence de deux modèles de transition de la fécondité³⁵. Un petit groupe de femmes, dont l'attitude face à la famille et au modèle de reproduction traditionnel a évolué, est à l'origine des changements. Ces femmes résidant en milieu urbain sont scolarisées. Elles ont bénéficié des progrès économiques et sociaux du pays. Elles se sont mariées plus tard et ont eu moins d'enfants que leurs aînées. Leur intérêt pour la limitation des naissances s'est manifesté avant la diffusion massive de la contraception par le gouvernement. La politique de population, en légalisant la planification familiale et en facilitant l'accès à la contraception, a répondu à leurs aspirations.

Mais la majorité des femmes, issues de milieux ruraux ou défavorisés économiquement et socialement, a suivi un autre processus d'évolution. Leur fécondité a baissé plus tardivement. Cette baisse ne s'est pas toujours accompagnée d'une modernisation et d'une amélioration des conditions de vie. La réduction du nombre d'enfants ne correspond ni à un changement de mentalité, ni à un changement de statut des femmes, mais

³⁴ Welte C. (1995, 2000).

³⁵ Cosio-Zavala M.E. (1989, 1990).

constitue parfois une stratégie de survie face à la dégradation des conditions de vie³⁶. Le gouvernement a joué un rôle déterminant pour une partie de cette population qui, sans cela, n'aurait peut-être pas envisagé de réduire sa fécondité ou n'aurait pas eu accès à l'information et aux méthodes. Pour ces femmes, la gratuité des services de planification familiale est essentielle.

Au début des années 1990, les femmes qui présentent les mêmes caractéristiques que les pionnières, les « urbaines », celles qui ont suivi une scolarité supérieure au cycle primaire, se distinguent encore par une moindre fécondité. Même si les écarts se réduisent, des différences subsistent (tableau 2). En 1992, les femmes qui habitent une localité de moins de 2 500 personnes ont en moyenne 1,9 enfants de plus que les urbaines, qui résident dans une ville de plus de 20 000 habitants ou dans une zone métropolitaine. Les différences en fonction des niveaux de scolarité sont encore plus marquées à toutes les dates, que celles liées au lieu de résidence. En 1991-1992, l'écart est de 2,4 enfants entre celles qui n'ont jamais été scolarisées et celles qui ont fréquenté le cycle secondaire, et de 2,1 entre les femmes non scolarisées et celles qui ont été au lycée alors qu'il était supérieur à 4 enfants en 1976³⁷. La réduction des différences n'est pas constante dans le temps. Ainsi, par exemple, l'écart entre les femmes qui n'ont jamais été scolarisées et celles qui ont continué après le cycle primaire est maximum en 1982 (5,8 enfants). Son augmentation entre 1976 et 1982, témoigne d'un décalage important dans l'adoption d'un comportement malthusien.

Diffusion et médicalisation de la contraception

L'évolution de la fécondité a été possible grâce à la diffusion de la contraception. Avant 1970, une proportion réduite de femmes utilise un moyen de contraception³⁸. En 1973, selon les estimations réalisées par des laboratoires qui commercialisent des produits contraceptifs, 12 % des Mexicaines vivant en union en consomment. Dès la mise en place des programmes de planification familiale cette proportion augmente rapidement. En 1976, la prévalence contraceptive chez les femmes en couple est de 30 %. Elle atteint 63,1 % en 1992³⁹ (tableau 3).

Comme la baisse de la fécondité, la diffusion des méthodes contraceptives a connu des rythmes différents suivant les périodes et les caractéristiques démographiques et sociales de la population⁴⁰.

³⁶ Cosio-Zavala M.E. (1996).

³⁷ Ces comparaisons ne sont pas parfaitement rigoureuses puisque les catégories ne sont pas les mêmes. Les taux en 1976 sont calculés pour les femmes âgées de 15 à 49 ans, alors qu'en 1991-1992 les personnes âgées de plus de 44 ans ne sont pas prises en compte.

³⁸ Enquêtes PECFAL urbaine 1964, et PECFAL rurale 1970. Enquêtes réalisées dans le cadre d'un programme d'enquêtes comparatives sur la fécondité en Amérique latine, et patronnées par le Centre latino-américain de démographie (CELADE) ; Urbina Fuentes M., Palma Cabrera Y., Figueroa Perea J.G., Castro Morales P. (1984).

³⁹ Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, (1989). Palma Cabrera Y., Suarez Morales J. (1994).

⁴⁰ Palma Cabrera Y., Figueroa Perea J.G., Cervantes A. (1990).

Tableau 2 – Indice conjoncturel de fécondité (ICF) selon le lieu de résidence et le niveau de scolarité à différentes dates

Années	1972-1976	1979	1982	1984-1986	1985-1986	1991-1992
Indice conjoncturel de fécondité	15-44 ans 15-49 ans	15-49 ans	15-49 ans	15-49 ans	15-44 ans	15-44 ans
Lieu de résidence	(15-44 ans)					
<i>Moins de 2 500</i>	7,63	6,2	-	5,85	5,7	4,6
<i>De 2 500 à 19 999</i>	5,72*	5,1	-	4,16	3,9	3,6
<i>Plus de 20 000</i>	-	-	-	-	-	-
<i>Sans zone métropolitaine</i>	-	3,9	-	3,24	-	-
<i>Avec zone métropolitaine</i>	-	-	-	-	3,0	2,7
<i>Zone métropolitaine</i>	4,81	3,4	-	3,00	-	-
Scolarité	(15-49 ans)					
<i>Pas de scolarisation</i>	8,81	6,7	8,7	6,14	6,0	5,1
<i>Primaire incomplet</i>	7,89	6,1	5,6	5,66	5,5	4,6
<i>Primaire complet</i>	5,32	3,8	4,0	3,66	3,5	3,1
<i>Secondaire</i>	-	-	-	-	2,6	2,7
<i>Secondaire et plus</i>	3,90	2,8	2,9	2,51	-	-
<i>Baccalauréat et plus</i>	-	-	-	-	2,4	2,0

Sources : 1972-1976 : EMF 1976.

Lieu de résidence : 1972-1976, Alan et Casterline dans Cosio-Zavala M.E. (1990) ;

*Urbain : plus de 2 500 habitants sans les zones métropolitaines ;

Scolarité : 1976 Welti C., Paz L., (1990). 1979 : ENP 1979 Garcia Espana (1980). 1982 : END 1982 Urbina Fuentes M., Palma Cabrera Y., Figueroa Perea J., Castro Morales P., (1984). 1984-1986 : ENFES 1987, Secretaria de Salud, (1989). 1985-1986 et 1991-1992 : ENFES 1987, ENADID 1992. Paz Gomez L. (1995).

Ainsi la diffusion de la contraception est plus rapide entre 1976 et 1982, notamment chez les femmes âgées de 20 à 39 ans. Les adolescentes et les femmes âgées de plus de 40 ans, moins promptes à adopter une méthode, ont connu une diffusion plus soutenue après 1982. Mais la pratique contraceptive des adolescentes reste en retrait alors que celle des femmes de 40 à 44 ans rattrape rapidement son retard. En 1992, les femmes de 35 à 45 ans sont les plus nombreuses à utiliser une méthode contraceptive. Ces résultats confirment ceux énoncés lors de l'étude de la fécondité. L'innovation ne vient pas des jeunes femmes. De plus, la contraception apparaît principalement comme un moyen pour mettre un terme à la fécondité. Pourtant, au fil du temps, l'intensité de la pratique contraceptive est plus précoce au regard de la formation de la descendance, même si les nullipares sont toujours assez peu nombreuses à planifier leurs grossesses (20,7 %).

Les institutions publiques de santé ont largement contribué à cette diffusion. En 1992, elles prescrivent une méthode contraceptive à 66 % des utilisatrices du pays. L'IMSS domine largement (tableau 4). Le secteur médical privé tient un rôle bien plus discret. Il

fournit 15,6 % des utilisatrices. L'automédication, plus fréquente, concerne 18,4 % des utilisatrices et s'explique par la vente libre, en pharmacie, de la pilule contraceptive⁴¹.

Tableau 3 – Proportion de femmes en couple utilisant une méthode contraceptive (en %)

1973	1976 (EMF)	1979 (ENP)	1982 (END)	1987 (ENFES)	1992 (ENADID)
12	30	38	48	53	63

Sources : Urbina Fuentes M., Palma Cabrera Y., Figueroa Perea J.G., Castro Morales P. (1984) ; *Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud*, (1989) ; Palma Cabrera Y., Suarez Morales J. (1994).

Tableau 4 – Lieu de prescription de la contraception en 1992 (en % d'utilisatrices)

Lieu de prescription de la contraception	Proportion d'utilisatrices
IMSS	41,0
SSA	14,9
ISSTE	4,3
Autres institutions liées au gouvernement	5,8
Secteur médical privé	15,6
Automédication	18,4
Total	100,0

Source : INEGI (1994)

Tableau 5 – Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives selon le moyen utilisé

	1976	1979	1982	1987	1992
Pilule	35,9	33,0	29,7	18,2	15,3
Stérilet	18,7	16,1	13,8	19,4	17,7
Injection	5,6	6,7	10,6	5,3	5,1
Préservatif et spermicides	7,0	5,0	4,1	4,7	5,0
Traditionnelles	23,3	15,1	13,0	14,7	12,2
Stérilisation féminine	8,9	23,5	28,1	36,2	43,3
Vasectomie	0,6	0,6	0,7	1,5	1,4*

Sources : EMF (1976) ; ENP (1979) ; END (1982) ; ENFES (1987) ; *Secretaría de Salud* (1989) ; 1992 ENADID ; INEGI (1994).

* En 1992, cette modalité correspond à « Autres méthodes ».

⁴¹ INEGI (1994).

La diffusion de la contraception reste très inégale dans la population : 44,6 % des « rurales »⁴² en union utilisent une méthode, alors que cette proportion est de 70,1 % pour les « urbaines »⁴³. Ces proportions sont de 38,2 % pour les femmes jamais scolarisées et de 73,6 % pour celles qui ont fréquenté l'enseignement secondaire. Les populations parlant une langue indigène sont aussi en retrait ; la proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives est de 46,3 % à Oaxaca et de 49,9 % au Chiapas, Etats où ces populations sont très nombreuses⁴⁴.

De 1976 à 1992, les Mexicaines ont délaissé les méthodes traditionnelles et locales au profit de méthodes plus modernes, efficaces et médicalisées (tableau 5).

La diffusion de la stérilisation féminine est importante. En 1976, 8,9 % des utilisatrices d'une méthode avaient eu recours à la stérilisation. En 1992, 43,3 % d'entre elles sont concernées. Quatrième méthode par le nombre d'utilisatrices en 1976, elle est la première en 1992. Sa progression est très rapide et témoigne de la promotion faite à l'occasion des programmes de planification familiale, notamment auprès des femmes de secteurs défavorisés chez qui la baisse de la fécondité ne s'est pas accompagnée d'un espacement des naissances.

Comparée à l'évolution enregistrée pour la plupart des autres méthodes, la proportion de femmes utilisant un stérilet est stable depuis 1976. Mais c'est la troisième méthode pratiquée jusqu'en 1982, et la seconde en 1987 et 1992.

Première méthode en 1976, utilisée par plus du tiers des utilisatrices de méthodes contraceptives, la pilule a connu un déclin important dans les années 1980. En 1992, elle n'arrive qu'en troisième position.

Les méthodes traditionnelles, utilisées par près d'une femme sur quatre en 1976, ont subi une désaffection aussi nette. Les injections d'hormones et les préservatifs n'ont jamais connu un grand succès, à l'exception des injections en 1982. Depuis cette date, la proportion d'utilisatrices d'injections diminue et se stabilise en fin de période alors que celle de préservatifs augmente légèrement. La vasectomie a également progressé pendant cette période, mais elle reste rare. De fait, la participation des hommes à la contraception est presque marginale. Dans 8 couples sur 10, la femme assume seule la contraception⁴⁵.

⁴² Habitantes des localités de plus de 2 500 habitants.

⁴³ Palma Cabrera Y. Suarez Morales J. (1994).

⁴⁴ Palma Cabrera Y. Suarez Morales J. (1994).

⁴⁵ Castro Morales P. (1995).

Un bilan démographique plutôt positif

Le bilan démographique de la politique est globalement positif. La fécondité a baissé grâce aux changements de comportement de chaque catégorie de femmes, et grâce aux changements de structure de la population. Pendant les 25 dernières années, la société mexicaine est devenue de plus en plus urbaine et le niveau scolaire s'est élevé.

Les objectifs, en termes de croissance de la population, proposés en 1977 étaient ambitieux. Le taux de croissance annuel devait être de 2,5 % en 1982, 1,9 % en 1988, 1,3 % en 1994 et enfin de 1 % en l'an 2000. L'objectif de 1982 a été atteint. La baisse de la fécondité s'est ensuite ralentie et l'objectif n'est plus atteint en 1988. Le taux de croissance est alors estimé à 2,2 %. Compte tenu de ce bilan, un objectif moins ambitieux de 1,8 %, a été proposé pour 1994, lors de la publication du Programme National de Planification Familiale de 1990-1994⁴⁶. Cet objectif a été atteint et le taux de croissance était de 1,7 % en 1995. Ce programme fixe aussi la proportion d'utilisatrices de méthodes contraceptives à 63,7 % des femmes vivant en couple et en âge de procréer. Cet objectif était presque atteint en 1992.

Cependant les programmes de planification n'ont pas complètement rempli leurs missions. Des inégalités importantes subsistent selon les caractéristiques sociales et le niveau de fécondité des adolescentes reste préoccupant. La diffusion de la contraception n'a ni légitimé son usage en dehors des unions, ni modifié les liens entre le début de la vie maritale, les premières relations sexuelles et la procréation⁴⁷. L'usage de la contraception dès le premier rapport est rare. En 1995, parmi les utilisatrices de contraceptifs 9,5 % des urbaines et 3,8 % des rurales déclarent avoir utilisé une contraception lors de leur première expérience⁴⁸. L'idéal de fécondité des femmes a changé mais toutes ne parviennent pas à une adéquation entre leur désir et la réalité⁴⁹. En 1992, le manque d'information sur les méthodes contraceptives, ou sur les moyens de s'en procurer, est la raison la plus souvent avancée par les femmes qui n'utilisent pas la contraception (18,9 %⁵⁰), 16,5 % sont contre le principe de son usage et 9,9 % ont peur des effets secondaires⁵¹. En 1995, parmi les femmes qui ne souhaitent pas d'enfant et n'utilisent pas de contraception ; 8,8 % déclarent manquer d'information en ville, elles sont 21,5 %

⁴⁶ CONAPO, (1991).

⁴⁷ Szasz I. (2001), Brugeilles C., Samuel O., (2003)

⁴⁸ Szasz I. (2001)

⁴⁹ Zuniga Herrera E (1993).

⁵⁰ Cette proportion s'élève à 26 % en zone rurale.

⁵¹ INEGI (1994).

à la campagne ; 31,7 % des femmes ne limitent pas leur fécondité en raison des effets secondaires en ville et 38,1 % à la campagne⁵².

L'interruption volontaire de grossesse est illégale et punie d'un emprisonnement de 6 mois à 5 ans pour la personne qui la subit et de 3 ans pour la personne qui la pratique. Cependant, la législation de la plupart des Etats autorise certaines exceptions : dans 29 Etats l'avortement est légal pour sauver la vie de la mère, dans 9 états le risque de conséquences graves sur la santé de la mère est pris en considération, 30 Etats l'autorisent en cas de viol, 9 Etats pour des raisons « eugénistes ». Un seul Etat prend en compte des raisons socio-économiques à condition que la femme ait déjà 3 enfants⁵³. Des autorisations exceptionnelles peuvent être données par une commission *ad hoc*. Dans les faits, c'est rarissime. Néanmoins, même s'il semble moins fréquent qu'avant le développement de la planification familiale⁵⁴, le recours à l'avortement existe. Aucune statistique n'est disponible, mais un taux d'avortement de 0,7 par femme en fin de vie féconde a été estimé grâce à une méthode indirecte⁵⁵. Une autre étude estime à 220 000 le nombre annuel d'avortements en 1990-1992 et à 20 % la proportion de femmes entre 15 et 49 ans qui ont subi une interruption de grossesse, volontaire ou non. Des agences internationales et des organisations non gouvernementales avancent des nombres beaucoup plus importants : il y aurait entre 500 000 et 1 500 000 avortements chaque année⁵⁶. Une enquête menée à Mexico auprès de femmes montre que 58 % des avortements sont déclarés comme « spontanés » et 21 % comme « volontaires ». Cette dernière proportion s'élève à 46 % lorsque l'on interroge les conjoints de ces femmes⁵⁷.

La santé maternelle et infantile a progressé. La médicalisation de la grossesse s'est intensifiée. La plupart des accouchements se font sous surveillance médicale. Le suivi prénatal et postnatal s'est aussi beaucoup développé mais dans une moindre mesure, notamment en ce qui concerne les suites de couche. Des différences importantes selon les caractéristiques sociales et économiques des femmes et selon les régions existent. Au Morelos, par exemple, à la fin des années 1980, 22,5 % des femmes de moins de 35 ans interrogées lors d'une enquête avaient accouché de leur premier enfant à domicile sous la surveillance d'une sage-femme traditionnelle⁵⁸ alors que cette pratique était marginale en Basse Californie. Mais on tend vers une homogénéisation des pratiques.

La mortalité maternelle a chuté. Elle est passée de 565 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1930 – tous les taux sont exprimés « pour 100 000 naissances vivantes » – à

⁵² Hernandez D. (2001)

⁵³ Center for reproductive law and policies (1997) ; Salas et Lerner (1996).

⁵⁴ Juarez C. (1985). La baisse du nombre des avortements a été estimée à partir des hospitalisations en urgence, dans les centres de santé publics, de femmes au cours d'un avortement clandestin.

⁵⁵ Welti C. (1993).

⁵⁶ Center for reproductive law and policies (1997).

⁵⁷ Salas y Villagomez G. (1998).

⁵⁸ Lerner S., Quesnel A., Samuel O.(1999).

108 en 1976 puis à 47 en 1993⁵⁹. En 1994, ces décès représentent 8,2 % de la mortalité par causes naturelles chez les femmes âgées de 15 à 44 ans⁶⁰. Mais les inégalités sont très importantes. L'Etat de Oaxaca, peuplé d'une population indigène nombreuse, enregistre un taux maximum de 128 en 1990, alors que les taux sont inférieurs à 35 dans la plupart des Etats du Nord. Les caractéristiques socio-démographiques sont très discriminantes : le taux de mortalité maternelle est de 72 chez les « rurales » et de 35 chez les « urbaines », de 86 chez les femmes jamais scolarisées et de 30 chez celles qui ont fréquenté le lycée⁶¹. Une part importante de ces décès est liée à une déficience de l'attention médicale pendant la grossesse et surtout au moment de l'accouchement⁶².

La mortalité infantile a également chuté mais les inégalités sont très importantes ainsi, par exemple, le taux est de 55,1 ‰ pour les populations indigènes et de 34,8 pour mille au niveau national en 1990⁶³.

La stratégie du gouvernement de se concentrer sur la diffusion de la contraception et de promouvoir la stérilisation a certes été efficace, mais elle présente des limites. Pour les comprendre il faut prendre en compte d'autres dimensions : les modalités concrètes de développement des programmes et leur inscription dans les principes fondateurs de la politique.

Les principes et la réalité

A l'origine, la politique de population exprime une volonté gouvernementale de développement économique et social. Elle est un élément du processus de développement. La Loi Générale de la Population stipule que le gouvernement doit influencer sur la dynamique de la population, en favorisant le développement économique et social et en réalisant des programmes de planification familiale par le biais des services publics d'éducation et de santé. Il garantit le respect des droits fondamentaux de l'Homme et de la dignité de la famille dans le cadre de ces programmes.

Concrètement, l'énergie du gouvernement se polarise sur la diffusion de la planification familiale et des méthodes de contraception. D'une part, le gouvernement fixe des objectifs de croissance démographique, traduits dans des programmes de planification familiale en termes de nombre d'utilisatrices de méthodes contraceptives puis de taux de couverture. Il confie la mise en pratique des programmes aux institutions de santé

⁵⁹ Aguirre A. (1997). Ces données sont certaines sous-estimées. En effet, Aguirre souligne la difficulté de connaître les niveaux compte tenu des omissions et des biais de déclaration des causes de décès. Aguirre A. (1998).

⁶⁰ Cardenas R. (2003)

⁶¹ Aguirre A. (1997).

⁶² Rangel Gomez G., Ortiz Soto I (1999).

⁶³ Fernandez Ham P.(1993).

publique. Développer la planification est un devoir pour elles et leurs résultats sont contrôlés. Dès lors, les membres du corps médical assument un rôle primordial. « Médiateurs institutionnels », ils interprètent les programmes des décideurs politiques et les « transmettent » à la population.

D'autre part, le gouvernement s'engage à assurer une information sur la planification familiale et à rendre accessible à tous les méthodes contraceptives, afin que chaque mexicain choisisse librement le nombre de ses enfants et les méthodes pour planifier sa fécondité. Il place la population face à sa liberté mais aussi face à ses responsabilités.

Dans un tel contexte où l'offre de services de planification familiale n'émane pas d'une demande sociale, mais d'une volonté gouvernementale fondée sur une logique de limitation de la croissance démographique, se pose la question de la compatibilité de ces deux engagements, d'ordre très différent⁶⁴. Leur respect dépendra de la rencontre entre la volonté du gouvernement et la volonté de la population et donc, de l'adéquation entre l'offre de services de planification familiale mise en place par le gouvernement et la demande de planification familiale de la population.

Il y a adéquation si la population souhaite limiter sa descendance, ou si les acteurs responsables du développement des programmes de planification familiale arrivent à la convaincre de limiter sa fécondité. Ces derniers pourront atteindre les objectifs démographiques tout en respectant les principes fondateurs du respect des libertés individuelles fixés par l'Etat. Mais si la population ne souhaite pas limiter sa descendance et n'adhère pas aux arguments des acteurs responsables du développement des programmes, ces derniers devront se livrer à un arbitrage entre les différentes préoccupations de l'Etat. Ils pourront alors choisir, soit de privilégier les objectifs démographiques au risque de nier la demande de la population, soit de respecter les principes fondateurs respectueux de la demande de la population au risque de ne pas atteindre les objectifs démographiques.

Dans un premier temps, la mise à disposition de contraceptifs a permis aux femmes désireuses de limiter leur descendance de pouvoir le faire avec des moyens modernes, efficaces, légaux et gratuits. La loi a répondu à une demande latente. Mais, dans un second temps, pour atteindre les objectifs démographiques, il a fallu convaincre des femmes plus réticentes. Parallèlement les services publics d'éducation se sont désengagés, les moyens accordés à la promotion de la planification familiale, notamment aux grandes campagnes médiatiques, ont diminué⁶⁵. Les institutions publiques de santé, et à travers elles le corps médical, ont été abandonnées face à la responsabilité de faire baisser la fécondité tout en respectant la liberté individuelle des personnes.

⁶⁴ Plusieurs auteurs sont partis de cette possible "contradiction" pour faire une analyse de l'application des politiques de population. C'est le cas de : Tuiran R., (1988) Figueroa Perea J.G. (1990), Figueroa Perea J.G., Hita Dussel M.G., Aguilar Ganado B.M. (1992) ; Cervantes Carson A. (1993) ; De Barbieri M.T.(1994).

⁶⁵ L'éducation apparaît nettement insuffisante ; peu d'heures sont consacrées à l'éducation sexuelle et à la planification familiale et cette information intervient tardivement dans le cursus, au lycée, alors qu'une partie importante de la population est sortie du système scolaire. Gautier A. (1997).

L'interprétation des textes, leur adaptation aux différents environnements socio-économiques régionaux, les contraintes de fonctionnement liées aux ressources et les modalités concrètes de développement des programmes qui en découlent rendent le corps médical des institutions de santé publique plus ou moins apte à répondre à la demande et à réguler les tensions entre les objectifs de l'Etat et les pratiques individuelles. Le respect des principes fondateurs, l'adéquation entre l'offre de services de planification familiale et la demande ont été étudiés à l'échelle nationale et à l'échelle d'entités fédérales comme le Yucatan, le Morelos ou la Basse Californie. Ces études révèlent un certain nombre de dysfonctionnements.

Des interlocutrices privilégiées, les mères

Le gouvernement s'est engagé à rendre l'information sur la contraception et son usage accessible à tous. Or, d'une part la couverture médicale ne garantit pas cette possibilité à toute la population, d'autre part dans la pratique, les mères restent les interlocutrices privilégiées des centres de planification familiale alors qu'il est évident que d'autres populations sont en demande d'informations. En effet, la fécondité des adolescentes et des célibataires, les conceptions prénuptiales témoignent d'une sexualité en amont de la vie maritale⁶⁶ alors que la plupart des femmes accèdent à une information concernant la contraception à l'occasion de leur première rencontre avec des services de gynécologie lors de leur première grossesse. Incontestablement, les centres de santé ne répondent pas aux besoins d'informations d'une partie de la population.

De plus, lors des séjours en maternité les médecins focalisent parfois leur attention sur les mères qui accouchent de leur troisième enfant. La très grande diversité des comportements reproductifs témoigne d'une société en pleine transformation. Certaines femmes sont très en retard dans la transition de la fécondité et persistent dans un schéma de formation rapide de la descendance en début de vie féconde. Pourtant, beaucoup de femmes souhaitent limiter leur descendance et espacer les naissances. Le corps médical en privilégiant une contraception d'arrêt, après le troisième enfant, reste en marge des évolutions et ne répond pas aux besoins de ces femmes⁶⁷.

Des arguments médicaux pour convaincre les femmes de limiter leur descendance.

Pour assurer la « promotion » de la planification familiale le corps médical utilise un corpus d'arguments dans lequel la santé tient une place essentielle. Des normes relatives

⁶⁶ En Basse Californie, par exemple, les mères célibataires représentent 4,17 % des femmes en âges féconds. Parmi les femmes hospitalisées à l'IMSS de Tijuana en Basse Californie en avril-juin 1993, 34 % des premiers nés étaient le fruit de conception prénuptiale. Brugeilles C. (1998).

⁶⁷ Brugeilles C. (2000).

au calendrier sont très utilisées. L'âge « correct » pour procréer⁶⁸ est compris entre 20 ans et 30-35 ans. Avant 20 ans, la maternité est présentée comme un risque pour la santé et l'avenir social des adolescentes, après 35 ans, elle met en péril la santé de la femme et celle du bébé. Les conséquences d'un intervalle intergénéral de courte durée et celles de nombreuses grossesses sur la santé de l'enfant et de la mère sont aussi très souvent avancées. Ces arguments concernent directement les femmes et leur santé et relèvent du domaine d'expertise du personnel médical. Il est donc difficile de les réfuter.

Des arguments économiques, insistant sur les meilleures conditions de vie matérielles des « petites familles », et des arguments psychologiques – la qualité de la relation à l'enfant – sont parfois invoqués. Mais des réflexes infantiles de peur sont aussi utilisés dans la plaidoirie : angoisse de la dégradation physique liée au vieillissement précoce et peur de la désertion du mari face à une épouse accaparée par sa progéniture. Les revendications liées au développement de la contraception dans les pays occidentaux, liberté et autonomie des femmes, sont assez peu utilisées.

Éduquer les femmes ou choisir à leur place une méthode contraceptive ?

Le gouvernement s'est engagé à offrir le choix des méthodes contraceptives. Dans un contexte de respect des personnes, le rôle du personnel de santé est d'éduquer la population ce qui consiste à lui donner les éléments permettant de faire un choix. Or, l'information concernant les effets secondaires des différentes méthodes est souvent succincte, voire inexistante et, en raison du souci d'efficacité, la tentation est grande de ne pas apprendre aux patientes comment choisir, mais ce qu'il faut choisir. En effet, dans une optique d'efficacité, toutes les méthodes ne sont pas identiques. Celles qui sont jugées les plus adéquates sont celles où la femme intervient le moins. Ainsi le stérilet, et *a fortiori* la stérilisation, qui dépendent totalement du médecin sont plus efficaces que la pilule que l'utilisatrice peut arrêter librement ou oublier. Les médecins incitent donc les femmes à utiliser ces méthodes⁶⁹. Les statistiques du CONAPO sont révélatrices : 64,6 % des utilisatrices de méthodes contraceptives de l'IMSS sont stérilisées, 27,5 % ont un stérilet, seules 6,1 % d'entre elles utilisent la pilule. La distribution est similaire à L'ISSTE. La SSA encourage moins la stérilisation au profit du stérilet et de la pilule. Moins riche, cette institution a plus de difficultés à assurer un service chirurgical.

Des entretiens réalisés auprès de femmes font apparaître un rejet du stérilet. Il s'appuie sur des arguments psychologiques, le refus de la présence d'un corps étranger dans l'utérus, et sur des arguments éthiques, le refus d'une méthode micro-avortive. Il est aussi jugé inefficace et inducteur d'effets secondaires. Par ailleurs, en limitant la prescription de contraceptifs hormonaux oraux, les médecins renvoient les femmes à l'automédication puisque la pilule est en vente libre. Le manque de suivi médical et par

⁶⁸ De Barbieri M.T. (1994).

⁶⁹ Figueroa Perea J.G. (1990).

conséquent la difficulté de trouver une pilule adaptée explique en partie les nombreux effets secondaires déplorés par les femmes. Cela limite l'usage de la contraception en général et de la pilule et contribue à faire de la stérilisation la seule solution acceptable.

Le peu de choix offerts par certaines structures médicales révèle un manquement aux principes de bases de la politique et une négation de l'expression d'une demande de la population⁷⁰. Il relève de la volonté d'indiquer aux femmes les méthodes qu'il faut choisir plutôt que de leur donner une information permettant le choix et ne contribue pas à les rendre responsables de la planification de leur descendance.

Des pratiques médicales contestables

Un certain nombre de pratiques lors de la prescription de méthodes contraceptives sont contestables. Les conditions de pose du stérilet ne sont pas idéales. Il est souvent imposé aux femmes. Les médecins reconnaissent placer des stérilets, notamment après l'accouchement et en informer les femmes ensuite. Ils justifient cet acte par des raisons d'efficacité. Ainsi, lors des accouchements, comme beaucoup de femmes ne viennent pas à la consultation postnatale huit jours après leur sortie de la maternité, le personnel préfère leur prescrire le contraceptif jugé le plus approprié tant qu'elles sont dans le service. La pose de stérilet post-partum, encouragée par les textes des programmes, est reconnue inefficace et dangereuse au niveau international⁷¹. La probabilité de rejet spontané lors des saignements liés à l'accouchement est importante. Des grossesses accidentelles sont survenues alors que les femmes croyaient être protégées par un stérilet posé lors de leur précédent accouchement. Interrogés sur cette contradiction les médecins insistent sur le fait que les expulsions, comme les accidents, ne doivent pas remettre en cause cette pratique puisque grâce à elle une proportion non négligeable de femmes sera finalement protégée d'une nouvelle grossesse. L'objectif de cette pratique est-il d'améliorer les résultats des statistiques d'évaluation, au mépris de l'intérêt des femmes et de l'efficacité réelle de la planification des naissances ?

L'idée sous-jacente à cette pratique est la nécessité de prescrire une contraception, et pas n'importe laquelle, pour le bien des femmes. Ce faisant, les médecins assimilent la pose d'un stérilet à un acte médical qui relève de leur compétence et de leur autorité. De telles pratiques sont évidemment peu respectueuses des femmes qui encore une fois sont considérées comme incapables de gérer leur vie reproductive.

Selon les manuels de l'*International Planned Parenthood*, il faut attendre un an après une naissance pour que la mère soit dans des conditions psychologiques adéquates à une prise de décision concernant une stérilisation. Plusieurs études sur les conditions de ce choix et sur la satisfaction des femmes opérées révèlent qu'au Mexique cette décision est très souvent prise au moment d'une naissance. Le respect d'un certain nombre de règles

⁷⁰ À Tijuana, l'hôpital de L'IMSS propose le stérilet ou la stérilisation, seules méthodes efficaces selon le sous-directeur chargé de la planification familiale. Brugeilles C. (1998).

⁷¹ Voir par exemple à ce sujet, Docteur Kervasdoué A. (1996).

est souhaitable avant de pratiquer l'intervention⁷². Les femmes doivent être informées du caractère irréversible de leur choix. Elles doivent avoir le nombre d'enfants qu'elles désirent et connaître les autres options possibles pour limiter leur descendance. Elles doivent être soumises à un examen clinique, à une histoire contraceptive et bénéficier de temps pour « mûrir » leur décision. Des précautions particulières doivent être prises pour les personnes qui ne semblent pas très sûres ou qui sont dans un état d'instabilité émotionnelle et psychologique. Enfin, elles doivent signer une autorisation. Il semble que seule cette dernière règle, qui protège autant la patiente que le praticien, soit scrupuleusement respectée.

En effet, lors de l'ENFES, quelques femmes déclarent ne pas avoir pris la décision elles-mêmes (4 %). Un quart des femmes stérilisées affirme ne pas avoir eu d'information avant l'opération. 10 % des femmes ont été opérées alors qu'elles souhaitaient avoir d'autres enfants. Le temps entre la décision, la naissance du dernier enfant et l'opération est court. 20 % des femmes ont ainsi été stérilisées alors qu'elles avaient pris la décision depuis moins de 4 jours et dans 70 % des cas l'intervention a lieu moins d'une semaine après le dernier accouchement. La moitié des femmes seulement a été soumise à un examen médical complet, et un quart n'a pas été suivi après l'intervention. Ces mauvaises conditions sont plus fréquentes en milieu rural et lorsque le niveau scolaire est faible. La satisfaction des femmes après l'opération a aussi été étudiée⁷³ : 85 % des patientes sont satisfaites de leur décision, 10,6 % la regrettent et les autres doutent. Lors d'entretiens approfondis auprès de femmes la part des insatisfaites peut être nettement supérieure : un tiers des femmes stérilisées interrogées par A. Gautier au Yucatan émettait des réserves sur leur opération⁷⁴.

Un second problème réside dans le lien évident entre la stérilisation et l'accouchement par césarienne⁷⁵. Il soulève des interrogations sur la liberté de choix des femmes. Ce lien est d'autant plus suspect qu'il est commun au Mexique de considérer qu'une femme ne peut pas subir plus de trois césariennes et qu'une femme qui a accouché par césarienne peut difficilement accoucher normalement par la suite. Dans cette logique, après trois césariennes, les femmes sont automatiquement stérilisées pour des « raisons médicales ». Le caractère relatif de ces normes peut être mis en évidence par la comparaison

⁷² Figueroa Perea J.G. (1990 ; 1994).

⁷³ Tuiran R. (1990).

⁷⁴ Gautier A. (1997).

⁷⁵ Selon l'enquête réalisée à l'hôpital de l'IMSS de Tijuana, à partir du second enfant, quelle que soit la parité, la proportion des femmes stérilisées est toujours plus importante chez celles qui ont subi une césarienne. Les différences sont très marquées. Ainsi, 8,65 % des mères de deux enfants ayant accouché normalement ont été stérilisées alors que cette proportion s'élève à 53,2 % pour celles ayant accouché par césarienne. Pour les mères de trois enfants, ces proportions sont respectivement de 31,21 % et de 87,5 %. À partir du quatrième enfant, quasiment toutes les femmes ayant subi une césarienne sont stérilisées (94 % des mères de quatre ou cinq enfants et toutes les mères de six enfants et plus), alors que les médecins continuent de placer des stérilets à celles qui ont accouché normalement (Brugailles, 1998).

internationale⁷⁶, mais apparaît aussi lorsque l'on donne la parole aux médecins. Certains déclarent fixer à trois le nombre maximum de césariennes, mais disent déplacer cette limite s'il y a eu un problème avec l'enfant précédent, s'il a une anomalie ou s'il est mort et laissent ainsi la possibilité à la femme d'avoir un autre enfant. L'objectif est alors de limiter la descendance à trois enfants.

Il semble que de plus en plus de femmes accouchent par césarienne dès leur premier enfant. Cette progression de la pratique de la césarienne chez les plus jeunes mères devrait, dans le futur, éviter aux médecins de convaincre les femmes d'utiliser une contraception puisqu'elles seront stérilisées systématiquement pour raisons médicales. Lors d'entretiens effectués auprès de femmes, il est apparu que ces dernières avaient intégré les normes médicales liées à la césarienne et la limitation de leur fécondité qu'elles imposaient. Celles qui avaient donné naissance à leur premier enfant par cette opération savaient qu'elles ne connaîtraient pas d'accouchements par voie naturelle, qu'elles auraient trois enfants puis seraient stérilisées pour des raisons médicales⁷⁷. Ces femmes souffraient souvent de sentiments de frustration liés aux naissances par césarienne qui les privent d'une certaine expérience de l'accouchement hautement valorisée dans la société mexicaine.

Ces pratiques permettent donc d'imposer une contraception, dans certains cas pour des raisons médicales, sans prendre en compte la demande des femmes. Elles ne garantissent pas toujours le succès de la planification familiale et n'œuvrent pas à rendre les femmes autonomes et responsables. En revanche, elles peuvent générer des problèmes de santé et des problèmes psychologiques.

Une réalité loin des principes

L'analyse de dysfonctionnements de la politique démographique ne doit pas masquer le progrès que représente pour la population la mise en place de la politique qui a rendu légal l'usage de la contraception, en a assuré la gratuité et reste, malgré tout, majoritairement basée sur le volontariat comme en témoigne l'évolution du nombre idéal d'enfants. En 1976, les nullipares souhaitaient avoir 5 enfants, en 1995 elles en désirent 2,3 en moyenne⁷⁸. Le propos n'est pas ici de discréditer une politique, mais de montrer les effets pervers possibles d'un tel système. Si les textes fondateurs de la politique de population intègrent les questions démographiques dans les problématiques du développement social et économique du pays et sont respectueux des droits de la personne humaine, l'orientation donnée par la traduction de la Loi de Population en programmes de planification familiale, les consignes passées pour leur développement, le choix des

⁷⁶ Rappelons qu'en France, 12 % environ des femmes accouchent par césarienne et que l'on estime que 50 % des femmes qui ont subi une césarienne pourront accoucher normalement ultérieurement (Frydman et Cohen-Solal, 1996).

⁷⁷ Gautier A., Quesnel A. (1993), Brugeilles C. (1998).

⁷⁸ Hernandez D. (2001)

critères d'évaluation, l'importance accordée à la satisfaction de ces critères forment un système parfois peu respectueux des principes des textes fondateurs de la politique de population mexicaine. Il est apparu plus facile de polariser l'énergie sur la planification familiale plutôt que de mettre en place une réelle politique de développement économique et social susceptible d'entraîner des changements dans les comportements reproductifs. Utiliser l'autorité morale des médecins apparaît comme un gage de réussite. Développer les programmes de planification familiale est devenu une mission pour le corps médical. Convaincre une femme de planifier sa fécondité est alors synonyme de la convaincre d'utiliser un contraceptif, puis de lui prescrire un contraceptif en faisant parfois l'économie de l'étape de conviction. La politique de population s'est partiellement transformée en une politique sanitaire du contrôle des naissances dont l'objectif prioritaire n'est pas de répondre à la demande des femmes mais de communiquer une « vision légitime de la manière de conduire sa vie sexuelle et reproductive ».

L'interprétation des programmes de planification familiale et les stratégies retenues ne sont pas seules responsables. Les conditions d'application des programmes sont très défavorables. L'accès aux services de santé est insuffisant dans certaines régions. En 1994, 10 millions de mexicains n'avaient pas accès à un service sanitaire minimum⁷⁹. Dans d'autres régions, les institutions publiques doivent souvent faire face à une demande supérieure à leur capacité d'accueil. Les impératifs liés au bon fonctionnement des hôpitaux ont des conséquences négatives sur la santé de la reproduction et sur les services de planification offerts aux femmes. Le problème des ressources financières est signalé dans le programme de planification familiale de 1990-1994, qui suggère qu'un appel plus vigoureux soit fait aux gouvernements des Etats, au secteur privé, aux organismes internationaux afin d'aider le gouvernement fédéral qui ne semble plus pouvoir assumer les dépenses indispensables à un service de qualité. La crise économique a entraîné une réduction de l'investissement de l'Etat dans tous les domaines de la santé. Les dépenses de santé ne représentent plus que 1,7 % du P.I.B en 1990.

L'impératif d'atteindre les objectifs a introduit des notions d'efficacité et de rentabilité des moyens mis en œuvre pour réaliser les programmes et cela au risque de mettre en péril la qualité de la médecine. En effet, comment dans ce contexte, les médecins concilient-ils les impératifs des programmes et leur devoir de rendre un service de santé de bonne qualité ? La logique des objectifs à atteindre⁸⁰ introduit des risques pour la qualité de la médecine. Une enquête⁸¹ montre que les prescriptions médicales ne donnent pas toujours lieu aux examens nécessaires et qu'elles sont parfois inappropriées à la patiente ; soit les médecins ne sont pas assez formés, soit le service médical est relégué au second plan, après les objectifs à atteindre. Cette logique s'est transformée « *en coutume, en habitude non seulement comme critère d'évaluation mais aussi comme guide de fonctionnement* ».

⁷⁹ Palma Y., Palma J.L. (2000).

⁸⁰ Figueroa Perea J.G. (1990), Figueroa J.G., Hita Dussel M.G., Aguilar Ganado B.M. (1992).

⁸¹ *Encuesta Nacional sobre factores de riesgo en la anticoncepción hormonal* 1984, citée par Figueroa Perea, Hita Dussel et Aguila Ganado (1992).

Alors qu'il se place dans un cadre de promotion de la santé materno-infantile, il ne semble pas que le développement des programmes permette aux femmes de gérer leur reproduction dans de bonnes conditions de santé, en bénéficiant de services de planification familiale de bonne qualité, intégrés aux autres services de santé pour les femmes et leurs enfants, comme le recommandent les institutions internationales⁸². Les pratiques médicales génèrent une crise de confiance qui limite la demande des femmes concernant les autres aspects de leur vie reproductive, comme l'attention prénatale ou postnatale, et mettent en péril la santé de la reproduction. Certaines femmes préfèrent rester en marge du système de soins plutôt que d'y être confrontées⁸³.

Plusieurs auteurs ont souligné un autre aspect des programmes peu compatible avec le respect de toute personne humaine : le sexisme. Les politiques ne remettent pas en question la place et le rôle des deux sexes dans la société. Or, cette ambition est inscrite dans la loi et le changement de statut des femmes est une condition nécessaire à la modification des comportements reproductifs. Les politiques sont élaborées en dehors des femmes, sans débat ni concertation avec elles. L'efficacité des programmes est jugée par rapport aux résultats en termes d'utilisatrices de méthodes contraceptives, et non par rapport au respect des principes, ou de la satisfaction des usagers⁸⁴. Associer les femmes à leur élaboration permettrait de connaître leurs besoins réels et témoignerait du respect et de la confiance à leur égard. De plus, les politiques sont appliquées principalement par des hommes. Les femmes interviennent, comme infirmières, sages-femmes, « promotrices » de santé. Elles sont rares à être médecin et à assumer une position hiérarchique dominante⁸⁵. Par contre, la responsabilité du contrôle des naissances pèse sur les femmes. Le concept de paternité responsable a été abandonné. Et, lorsque les hommes sont sollicités, c'est avec beaucoup de précautions. Un manuel de l'IMSS donnant des conseils pour proposer la stérilisation énumère uniquement les aspects physiologiques pour les femmes, et insiste sur les aspects psychologiques pour l'homme⁸⁶. La vasectomie prête à rire au Yucatan dans le milieu médical et remporte une adhésion non suivie de fait dans celui de Basse Californie. Les programmes ne semblent pas respecter le principe d'égalité entre les femmes et les hommes.

Le rôle des médecins dans ce système mérite d'être souligné. Ils sont les exécutants des programmes. Ils n'ont pas à assumer la responsabilité des choix de leur institution, mais doivent s'y conformer. Ils respectent ainsi un accord tacite avec leur employeur ; travailler dans une institution, c'est s'engager à développer les programmes même si cela

⁸² "Reproduction : choix qui ouvre des possibilités aux femmes", *Population Reports*, Série M, n° 12 juillet 1994 U.S.A.

⁸³ Lerner S., Quesnel A., Samuel O. (1999). La pratique jugée abusive des césariennes, le manque d'attention psychologique ou affectif notamment lors des accouchements incitent les femmes à limiter les contacts avec le système de soins public.

⁸⁴ La satisfaction des usagers est parfois demandée lors des grandes enquêtes démographiques, par rapport à quelques points précis, mais ces enquêtes n'ont pas de répercussion sur l'élaboration des programmes.

⁸⁵ À propos de la place des femmes dans la politique de population voir Gautier A. (1997).

⁸⁶ Muriedas P., Hernandez A.M. (1994).

implique parfois des pratiques contraires à la déontologie de la profession (placer des stérilets avant d'en informer la patiente, par exemple). Ils subissent des pressions de l'encadrement, notamment lorsqu'ils sont encore en formation⁸⁷. Ils sont peu nombreux à remettre en cause la globalité du système qui les a formés et leur assure un emploi souvent nécessaire à leur bien-être économique⁸⁸. Cependant, la plupart distinguent une médecine de qualité, la médecine privée et une médecine de masse développée par les institutions publiques.

Leur marge de manœuvre personnelle se trouve dans les relations qu'ils instaurent avec les femmes. Mais cette relation est définie par un triple déséquilibre. Elle met face à face des médecins, détenteurs d'un savoir et d'un pouvoir, et des patientes ; des hommes et des femmes dans une société où les inégalités hommes-femmes sont nombreuses ; des personnes qui n'appartiennent pas au même milieu social. En effet, les médecins sont le plus souvent issus des classes favorisées alors que les usagers des centres de santé publics viennent des classes moyennes ou défavorisées. Le corps médical a souvent beaucoup d'a priori, méconnaît l'évolution des femmes ou n'a pas le temps de s'adapter à la spécificité de chacune. Beaucoup de médecins ne cherchent pas à répondre aux demandes, mais à imposer ce que leur institution et eux-mêmes jugent convenable. Les femmes auront probablement du mal à être critiques face aux conseils du médecin et à remettre en question sa décision. Et elles ne porteront pas plainte, même si elles considèrent que la prestation des services de santé est de mauvaise qualité, alors que c'est légalement possible.

En 1994, à la veille de la Conférence Internationale sur la Population du Caire et de la définition d'un nouveau programme de planification familiale, les défis proposés par le Programme 1989-1994 sont loin d'être tous relevés. La santé maternelle et infantile a progressé, comme la gestion de la vie reproductive, mais de grandes inégalités subsistent. La médicalisation du programme s'est accrue sans que les relais extérieurs, éducation, médias, aient été réactivés. La qualité des services dans les institutions publiques et les relations entre prestataires de service et usagers doivent encore être améliorées. La décentralisation n'est toujours pas effective. Des programmes régionaux sont certes définis grâce aux statistiques faites à l'échelle des Etats. Mais les antennes régionales du Ministère de la Santé rassemblent les données des différentes institutions de santé, puis les envoient à Mexico. C'est là que sont définies les grandes options et les objectifs démographiques généraux, et régionaux. Ils sont toujours décidés au niveau

⁸⁷ Il ne semble pas y avoir de sanction à l'encontre des médecins peu "performants". Cependant en travaillant dans le secteur public, complément de salaire indispensable pour un bon nombre, ils s'engagent tacitement à appliquer les programmes. Beaucoup de médecins sont encore en formation et assurent ainsi leur service national, aussi leur hiérarchie peut leur imposer d'appliquer le programme. Ils reçoivent par exemple un quota de stérilets à placer. Horaires de garde pénibles ou mauvaises notes sanctionnent alors les récalcitrants. Gautier A., Quesnel A. (1993), Brugeilles C. (1998).

⁸⁸ Selon l'OMS, en 1993 le nombre de médecins par habitant était relativement important au Mexique, 107 médecins pour 100 000 habitants alors que le nombre d'infirmières était l'un des plus bas du monde (4 pour 100 000 habitants). 15 % des médecins seraient soit au chômage, soit sous-employés, ce qui explique leur intérêt pour les emplois dans le secteur public. Cette situation n'empêche pas la pénurie de médecins en zone rurale ; OMS (2000).

fédéral. Il en va de même de l'attribution des moyens financiers et du matériel. Les bureaux du ministère en province fonctionnent comme des relais. Les gouvernements des Etats et les communes n'interviennent pas dans les décisions.

La politique démographique après la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : le Programme National de Population 1995-2000

La 3^e Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994 a réuni 169 Etats et proposé un Plan d'Action Mondial pour la période 1995-2015. Ce document et les débats suscités par son élaboration ont occasionné une rupture conceptuelle dans l'appréhension des questions soulevées par les politiques démographiques et la santé materno-infantile. La dynamique démographique, la légitimité de sa régulation et ses inter-relations avec le développement économique passent au second plan et laissent émerger un nouveau paradigme, la santé de la reproduction définie comme « *le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour 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 donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent et aussi peu souvent qu'elle le désire* »⁸⁹.

Au Mexique, la préparation de la Conférence coïncide avec le bilan de 20 années de politique démographique. Le gouvernement ne rompt pas avec sa traditionnelle implication internationale. Il coordonne les travaux préparatoires pour l'Amérique Latine et les Caraïbes. Les échanges internationaux et les analyses nationales l'amènent à évoluer avant la Conférence. Ces évolutions se sont inscrites dans les institutions. Dès 1991 le Département de Planification Familiale de l'IMSS a été rebaptisé Département de Santé de la Reproduction⁹⁰. Le Programme National de Population 1995-2000, intégré au Plan National de Développement, fait référence au concept de santé de la reproduction. Parallèlement, le système de santé a connu des aménagements permettant une meilleure prise en charge de la santé de la reproduction et des recommandations du Plan d'action définies lors de la CIPD.

⁸⁹ Voir à ce propos Bonnet D., Guillaume A. (1999).

⁹⁰ Ce changement est intervenu en 1994 dans les deux autres principales institutions de santé publique.

Le Programme National de Population 1995-2000

Le Programme National de Population 1995-2000⁹¹ réaffirme les relations entre la dynamique démographique et le développement et met en exergue la lutte contre la pauvreté. La précarité constitue un facteur prépondérant de la croissance démographique. En effet, elle est associée à des comportements démographiques traditionnels qui assurent la croissance rapide des secteurs sociaux les plus défavorisés. Cette croissance constitue un frein important au développement. La lutte contre la pauvreté devra être menée en favorisant le développement social et économique mais aussi grâce à la promotion de la limitation des naissances.

Le programme insiste aussi sur la dimension environnementale des questions démographiques. Croissance rapide et répartition de la population génèrent des problèmes écologiques tels que la pollution atmosphérique ou la disponibilité en eau potable, et sont responsables d'une dégradation de l'environnement peu compatible avec un projet de développement durable.

Deux autres préoccupations nouvelles, inspirées des travaux de la CIPD, apparaissent dans le texte du programme, la santé de la reproduction et la nécessaire prise en considération d'une perspective de genre dans le développement de la politique démographique.

À l'instar des programmes antérieurs celui élaboré pour la période 1995-2000 comprend 2 volets : l'un présente les objectifs démographiques, l'autre est consacré aux moyens pour les atteindre.

Le Programme National de Population 1995-2000 propose de nouveaux objectifs démographiques fondés sur des perspectives de l'évolution de la population établies pour la période 1995-2030. En 1995, il paraît évident que le taux de croissance de l'an 2000 sera supérieur à 1 %. Un nouvel objectif de 1,75 % est proposé. Le taux d'accroissement devrait être de 1,45 % en 2005 et inférieur à 1 % en 2010. Pour atteindre ces objectifs l'indice conjoncturel de fécondité devrait passer de 2,4 enfants par femme en 2000 à 2,1 en 2005, la prévalence de la contraception de 70,2 % des femmes en union à 73,3 %. À l'horizon 2020, l'indice conjoncturel de fécondité serait inférieur à 2,1 enfants par femme et le renouvellement des générations ne serait plus assuré.

Des hypothèses sont proposées concernant la mortalité. L'espérance de vie s'élèverait à 74,4 ans en 2000, puis à 79,2 ans en 2030. La mortalité infantile devrait diminuer à 24 ‰ en 2000, 15 ‰ en 2005 et 10 ‰ en 2030.

⁹¹ CONAPO (1996).

Compte tenu de ces évolutions, la population mexicaine devrait atteindre 99,9 millions d'habitants en 2000, 105,9 millions en 2005 et 130,3 millions en 2030⁹². Le souci de la structure par âge apparaît nettement pour la première fois dans ces perspectives. Il est souligné que les changements ne doivent pas être trop brutaux afin de ne pas compromettre les équilibres. Cependant, le vieillissement sera inéluctablement très rapide. L'âge médian de la population devrait passer de 25 ans en 1995 à 26 ans, cinq années plus tard, puis à 29 ans en 2010 et enfin à 37 ans en 2030. En 1995, 2,4 % de la population a plus de 65 ans. Cette proportion doublerait en 2000 (4,7 %), et atteindrait 6 % en 2010, 11,9 % en 2030. Mais, c'est surtout la population en âge d'activité qui augmenterait dans les premières années du XXI^e siècle obligeant l'économie mexicaine à relever un nouveau défi. Le nombre d'emplois devrait croître de 80 % entre 1994 et 2030.

Malgré les craintes éveillées par la rapidité des changements de structure, les objectifs et les moyens préconisés pour infléchir la dynamique démographique restent dans la tradition de la politique mexicaine : intégration du programme de population dans l'ensemble de la politique de développement, décentralisation, promotion des recherches démographiques et des procédures d'évaluation. L'éducation, l'information et la communication doivent être favorisées comme le recommande le texte publié après Le Caire. Le programme se divise en onze « lignes stratégiques », trois méritent une attention particulière, notamment par l'innovation de leur libellé.

L'axe relatif à la situation des femmes est intitulé « Amélioration de la condition féminine », celui concernant les populations indigènes, « Respect et prise en compte des caractéristiques socio-démographiques des populations indigènes ».

Enfin, la santé de la reproduction a été ajoutée au traditionnel intitulé « Planification Familiale »⁹³. Cet ajout témoigne de la prise en compte d'une nouvelle dimension, mais aussi de la prédominance de la planification familiale dans le champ de la santé de la reproduction.

La planification familiale reste donc la préoccupation essentielle et le programme propose d'augmenter la couverture et la gamme des services proposés afin d'améliorer leur qualité et de répondre à la demande non satisfaite. Les autres aspects de la santé de la reproduction occupent une place secondaire. Cependant, trois ensembles de propositions favorisent leur prise en considération et augurent de changements dans le développement des programmes. Le gouvernement propose :

- d'offrir à la population un ensemble de services « basiques » de planification familiale et de santé de la reproduction : accès à l'information et à l'éducation

⁹² Ces perspectives intègrent des hypothèses concernant les migrations : le solde migratoire devrait être fixe jusqu'en 2010, puis se réduire progressivement pour être nul en 2030. Cette hypothèse repose sur les conséquences supposées du Traité de Libre Commerce sur l'égalisation des salaires entre le Mexique, les États-Unis et le Canada.

⁹³ Les autres axes sont : population et développement ; dynamique et structure de la population ; éducation et communication auprès de la population ; renforcement de la famille ; décentralisation des programmes et actions ; répartition de la population et migrations internes ; population, milieu ambiant et développement durable ; recherche, information et formation de ressources humaines.

dans la perspective de limiter les grossesses non désirées et les grossesses à risque, la santé materno-infantile, la prévention et le traitement des maladies de l'appareil reproductif et des maladies sexuellement transmissibles, plus particulièrement du Sida, la prévention et le traitement des conséquences de l'avortement et de la stérilité,

- d'améliorer la qualité des services de planification familiale avec le souci de mieux répondre aux demandes, en tenant compte de la spécificité des populations. Pour cela le programme propose d'améliorer la compétence technique des personnels, notamment dans le domaine de la communication et des relations avec la population, et d'assurer la disponibilité des méthodes contraceptives pour garantir le choix,
- d'introduire une perspective de genre dans la conception et l'exécution des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction, afin de favoriser un changement dans les comportements des hommes et leur implication dans ces questions. Le concept de paternité responsable apparaît explicitement dans le texte.

Les deux dernières propositions sont « révolutionnaires » : elles remettent en cause la pratique et la formation médicales, ainsi que les relations hommes-femmes. L'émergence du concept de santé de la reproduction a une double conséquence. D'une part, elle met l'individu, ses besoins et sa santé au centre du protocole. D'autre part, elle renforce l'ancrage de la politique démographique dans le champ sanitaire. Son développement s'appuiera sur la réforme du secteur santé, elle-même nécessaire pour réaliser les ambitions gouvernementales d'améliorer l'état sanitaire et de promouvoir le développement et la justice sociale. En effet, en 1994, 10 millions de personnes n'avaient pas accès aux services de santé de base et *a fortiori* aux services de santé de la reproduction. La qualité des prestations sanitaires est très hétérogène et le manque de coordination entre les institutions de santé compromet fortement l'efficacité du système.

La réforme du système de santé

La réforme du système de santé 1995-2000 propose d'une part d'élargir la couverture et l'accès aux soins et surtout d'assurer l'accès à des soins de santé primaire notamment dans les secteurs urbains et ruraux les plus défavorisés, et d'autre part de promouvoir la qualité et l'efficacité des services. Elle s'appuie sur différentes stratégies.

Afin d'intégrer le maximum de mexicains au système de santé, le gouvernement a mis en place un service de base pour les populations marginalisées (Programme de couverture étendue). Il offre un ensemble de services, à faible coût, orienté vers la lutte contre les principales maladies et causes de mortalité. En ciblant les efforts, le gouvernement espère un impact fort sur l'évolution sanitaire.

Le programme renforce les unités sanitaires de base en leur donnant plus de moyens, en élargissant leur palette de services et en soutenant particulièrement les priorités définies

par le programme. Il crée aussi des équipes itinérantes de soignants qui touchent des populations jusque là exclues.

Ce programme est financé en grande partie par la Banque Mondiale⁹⁴ et fait intervenir les différents échelons administratifs du pays, notamment les nouveaux groupes inter-institutionnels chargés de coordonner les actions relatives à la santé à l'échelle des États. Il contribue ainsi à la décentralisation. 12 % des ressources mobilisées en 1998 proviennent des entités fédérales.

Afin d'améliorer la qualité des services de santé, le gouvernement tente d'impliquer directement le personnel de santé en favorisant le choix du praticien au sein des institutions de santé publique. Il encourage les institutions qui autorisent ce choix en augmentant leur dotation, ce qui leur permet de récompenser les praticiens les plus demandés. Cette opportunité représente aussi une remise en cause importante du pouvoir médical.

Parmi les principales causes de morbidité, le gouvernement a retenu 13 priorités dont trois relèvent de la santé de la reproduction et sont intégrées à un sous-programme intitulé « Santé de la reproduction et planification familiale⁹⁵ ».

Contrairement au Programme National de Population, l'affichage privilégie la santé de la reproduction. La limitation des naissances n'est pas sa finalité.

Cependant, le programme s'organise autour de trois axes :

- la planification familiale constitue l'une des 13 priorités retenues dans le cadre de la réforme. Les moyens préconisés pour offrir des services de planification familiale de qualité sont identiques à ceux proposés par le Programme de Population : implication de patients informés et volontaires, choix plus large de contraceptifs, développement des services auprès des adolescentes et participation des hommes,
- la santé périnatale. Au-delà de sa définition classique la santé périnatale mentionne la nécessaire prise en charge des avortements inachevés. La santé maternelle est une autre des priorités retenues,
- la santé des femmes est présentée principalement comme le dépistage et le traitement du cancer du col de l'utérus, troisième priorité relevant de la santé de la reproduction, du cancer du sein et de la stérilité.

Si la motivation et l'esprit de ce programme sont spécifiques, il s'agit de promouvoir la santé et non la limitation des naissances, les objectifs concrets diffèrent assez peu de ceux proposés par le Programme de Population 1995-2000. Les deux programmes

⁹⁴ La Banque Mondiale finançait 76 % du budget 1998.

⁹⁵ Son contenu, présenté en avril 1996, a été établi par un groupe interinstitutionnel créé par le ministère de la santé en février 1995. Ce groupe comprend les principales institutions de santé publiques, le CONAPO, le ministère de l'éducation, l'Institut national des indigènes, le programme national pour les femmes et six des plus importantes organisations non gouvernementales impliquées dans ces domaines.

entrent en synergie. Ainsi le CONAPO et les principales institutions de santé publique ont établi un plan d'action commun au Programme National de Population et au Programme de Santé de la Reproduction et de Planification Familiale.

L'idée directrice de ce plan consiste à diffuser le nouveau concept de santé de la reproduction auprès des praticiens et des usagers, afin que les uns et les autres modifient leurs comportements. La promotion du concept de santé de la reproduction et des droits afférents⁹⁶ est donc largement promue. Le corps médical doit intégrer les nouveaux protocoles, bases techniques légales, devant présider à l'exercice de leur profession. Ces protocoles sont diffusés dans les différents services concernés, directement ou indirectement, par des questions relevant de la santé de la reproduction. L'éducation des usagers est perçue comme une composante indispensable à l'évolution. En connaissance de leurs droits, ils pourront se positionner autrement face aux institutions de santé. Divers médias sont sollicités : fascicules, posters, vidéos diffusées dans les salles d'attentes...

Grâce à l'ensemble de ces dispositifs, les autorités espèrent améliorer l'accès aux services de santé et leur qualité en favorisant l'implication du corps médical et la prise en compte de la demande, conditions indispensables à l'intégration au système biomédical d'un nombre croissant de mexicains et à la promotion de la santé de la reproduction.

Les premiers résultats

Indéniablement la Conférence du Caire et la prise de conscience des limites introduites par les objectifs quantitatifs ont introduit un changement de perspective dans la définition de la politique démographique et dans les programmes de santé. Cependant, les changements démographiques, la modification des habitudes dans le développement des programmes et dans leur évaluation ne peuvent pas être instantanés. Il est encore trop tôt, et les études manquent, pour appréhender les conséquences de ces nouvelles perspectives sur les modalités d'application de la politique démographique. De plus, une réflexion doit être menée afin de proposer des indicateurs moins quantitatifs et plus humains, permettant de mesurer les évolutions et de rendre compte des progrès en terme de santé de la reproduction ou de perspective de genre. Toutefois, quelques éléments d'évaluation seront présentés.

La dernière enquête démographique date de 1997 ; aussi les données disponibles reflètent-elles peu les changements introduits par les nouvelles approches. La baisse de

⁹⁶ La division de la population de l'ONU associe à la santé de la reproduction des droits reproductifs définis ainsi : « Les droits reproductifs peuvent être vus comme ces droits, possédés par toutes les personnes, leur permettant l'accès à tous les services de santé reproductive... Ils incluent aussi le droit à atteindre le niveau le plus haut possible de santé reproductive et sexuelle et le droit de prendre les décisions reproductives, en étant libre de toute discrimination, violence et coercition, comme il est exprimé dans les documents sur les droits humains. Les droits reproductifs sont intimement liés à d'autres droits internationaux reconnus qui ont un impact sur les droits reproductifs et qui sont influencés par les droits reproductifs. Les exemples incluent le droit à l'éducation, le droit à un statut égal au sein de la famille, le droit d'être libre de violence domestique, et le droit de ne pas être marié avant d'être physiquement et psychologiquement préparé pour cet événement », ONU (1998).

la fécondité et la diffusion de la contraception se prolongent⁹⁷, mais la fécondité des adolescentes reste élevée⁹⁸ et les différences selon le lieu de résidence et le niveau scolaire persistent (tableau 6). Il en est de même pour celles relatives aux régions : 1,8 % des adolescentes du District Fédéral étaient enceintes en 1997, cette proportion s'élevait à 7,4 % au Chiapas⁹⁹. Les inégalités concernent également la connaissance des méthodes contraceptives et la pratique contraceptive. Ainsi, par exemple, 89,9 % des « urbaines » en union ont déjà utilisé une méthode contraceptive alors que c'est le cas de 73 % des rurales. Au moment de l'enquête, 51 % des femmes résidant en Basse Californie ou au Sonora utilisent une contraception, elles ne sont que 36 % au Chiapas et à Oaxaca. La publication de données concernant les populations parlant une langue indigène permet de souligner le retard de ces dernières : elles souhaitent avoir plus d'enfants, connaissent moins les méthodes contraceptives (79,4 % contre 97,8 % pour les populations ne parlant pas de langue indigène) et utilisent moins la contraception alors même que le droit à la régulation des naissances fait partie des revendications des femmes indigènes¹⁰⁰.

Le secteur public joue toujours un rôle prépondérant dans la diffusion de la contraception. Il prescrit une contraception à 72 % des utilisatrices. L'IMSS à lui seul fournit 38 % des utilisatrices. La contraception est plus médicalisée qu'en 1992. La stérilisation (46,5 % des utilisatrices de contraception) et le stérilet (21 %) ont progressé. Seules 10 % des utilisatrices utilisent la pilule.

Tableau 6 – Taux de fécondité en 1996 selon le lieu de résidence et le niveau de scolarité

Groupe d'âge	Ensemble	Rural	Urbain	Sans instruction	Primaire complet	Secondaire	Lycée et plus
15-19 ans	74,30	94,60	61,17	213,60	122,30	87,80	27,10
20-24 ans	147,90	189,30	125,90	267,10	203,90	168,60	106,80
25-29 ans	154,10	170,30	145,80	225,60	157,20	150,00	137,60
30-34 ans	97,50	122,60	84,10	178,70	105,10	89,30	92,90
35-39 ans	55,20	79,00	43,10	100,50	55,80	40,70	42,90
40-44 ans	18,00	30,50	11,80	41,70	15,20	10,40	9,10

Source : ENADID 1997, INEGI (1999).

⁹⁷ 68,7 % des femmes en union utilisent une contraception Tuiran R. (1998).

⁹⁸ 16% des naissances soit environ 400 000 naissances annuelles sont le fait d'adolescentes (Welti Chanes C. 2000).

⁹⁹ Welti Chanes C. (2000)

¹⁰⁰ Le droit de décider du nombre d'enfants est inscrit dans la loi révolutionnaire des femmes zapatistes. Voir à ce propos Stutz E. (1998).

Quelques éléments d'évaluation de la prise en considération des recommandations de la Conférence du Caire dans l'application de la politique démographique peuvent être avancés.

Le rôle des organisations non gouvernementales s'est nettement accru depuis la CIPD. Certaines organisations non gouvernementales participent aux débats et coopèrent avec les instances gouvernementales. Six d'entre elles font partie du groupe inter-institutionnel sur la santé de la reproduction et la planification familiale. Des collaborations réussissent. Ainsi MEXAM et l'IMSS ont mené à bien un projet sur les adolescents et ont réalisé conjointement des supports d'information. Mais nombre d'organisations non gouvernementales sont critiques vis-à-vis des programmes et des pratiques des institutions de santé publique qu'elles jugent trop éloignés des principes affirmés au Caire. Leurs critiques portent sur les pratiques du corps médical, sur les résistances face à l'implication des hommes ou à la mise en place d'une véritable éducation sexuelle à l'école¹⁰¹. Les organisations non gouvernementales ne sont pas seules à faire des constats pessimistes sur la prise en compte des recommandations de la Conférence.

La SSA a procédé à une étude dans 30 centres de santé en milieu urbain et 5 centres en milieu rural afin d'évaluer la « pénétration » des nouvelles orientations des programmes de planification familiale et de santé de la reproduction au sein du milieu médical et de la population. Il est apparu que le protocole concernant la planification familiale avait été largement distribué, 92 % des centres en possédait une copie alors que 76 % des centres sont en possession des textes relatifs à la santé maternelle et que seuls 48 % des centres disposent de ceux relatifs au Sida. Pour autant, la présence d'une copie ne garantit pas sa lecture. Si plus de 50 % des praticiens ont lu les consignes relatives à la planification familiale, 29 % seulement ont pris connaissance de celles relatives au Sida. Enfin, lecture ne veut pas dire compréhension. Un tiers des praticiens ne comprend pas le terme santé de la reproduction et pour un tiers il est synonyme de planification familiale. 60 % du personnel ne voient pas comment intégrer une perspective de genre dans leur pratique.

Pour les usagers, la compréhension semble aussi mauvaise. Seules 22 % des femmes avaient entendu le terme « santé de la reproduction » et 4 % le comprenaient. Pour 67 % des femmes qui en avaient entendu parler, elle signifiait « planification familiale » et pour 34 % « frottis », les autres services étant cités par moins de 20 % des usagers.

Dans les faits les centres offrent toujours très peu de prestations autres que la planification familiale. Cette non-application des textes est justifiée par le manque de temps, de coopération de la part des femmes et le manque d'intérêt des médecins qui jugent inutile la promotion systématique de certains volets des programmes.

¹⁰¹ Notons cependant que les ONG n'assurent pas toutes la promotion des principes du Caire. Certaines ont des positions très traditionnelles sur la famille et la place des femmes dans la société et participent selon d'autres positions idéologiques aux débats et décisions concernant la promotion de la planification familiale (Szasz I. 2002)

Cette étude est corroborée par des entretiens réalisés par Yolanda et Juan Luis Palma auprès d'interlocuteurs privilégiés qui font aussi apparaître des problèmes de diffusion, de compréhension conceptuelle des notions de santé de la reproduction et de perspective de genre et de difficultés à imaginer le développement concret de ces concepts dans leur pratique. Le manque de moyens pour que les nouvelles orientations s'inscrivent dans le vécu des différents acteurs est évoqué. Il semble que la planification familiale reste la préoccupation essentielle ; ni les actions destinées aux adolescentes ni les questions de santé étrangères au cycle reproductif, comme la ménopause, ne font l'objet d'une attention accrue.

De plus, comme lors des débats internationaux, des résistances à la nouvelle volonté politique sont apparues au Mexique. Tous les praticiens n'adhèrent pas aux nouveaux paradigmes. Par exemple, Jorge Martinez Manautou exprime dans un article de 1997 une réelle nostalgie pour la période antérieure à 1982 et des réserves quant aux critiques soulevées par l'ensemble de la politique démographique¹⁰².

Par ailleurs, la mise en œuvre de ces nouveaux programmes s'est effectuée dans un contexte peu favorable. En effet, l'année 1994 est marquée par une crise économique sévère. Alors que les budgets dévolus aux programmes de population et à la santé avaient fortement augmenté entre 1990 et 1994, ils ont connu une baisse brutale entre 1994 et 1995¹⁰³. La santé materno-infantile, dont le budget est nettement inférieur à celui de la planification familiale, a connu les restrictions les plus importantes comparées à l'ensemble du secteur santé, à la planification familiale et au programme concernant le SIDA (tableau 7).

À partir de 1996, la situation s'est améliorée ce qui a permis de revenir à des financements égaux ou supérieurs à ceux du début des années 1990. Finalement, le budget dévolu à la santé a augmenté entre 1990 et 1997. Il représente alors 5,6 % du PIB¹⁰⁴. La planification familiale reste prioritaire dans le champ de la santé de la reproduction ; 2,5 % du budget de la santé lui est dédié et c'est le seul poste dont le montant investi en 1997 est supérieur à celui de 1994. La part de la santé materno-infantile est d'environ 1 % et celle du Sida est marginale (0,03 %).

Le financement de la politique démographique a aussi augmenté entre 1995 et 1997 si l'on tient compte de l'investissement dans la propagande médiatique. Mais le budget du CONAPO et ceux des conseils étatiques ont connu une réduction en *peso* constant¹⁰⁵.

¹⁰² Martinez Manautou J. (1997).

¹⁰³ Les données proviennent du bulletin annuel d'information statistique, ressources et services 1990-1997, du système national de santé in Palma Y., Palma J.L. (2000). Budget de la santé en 1997 : 9 606 millions de dollars.

¹⁰⁴ Organisation Mondiale de la Santé (2000).

¹⁰⁵ Comme précédemment l'aide internationale est primordiale, Pour la période 1993-1997, l'ensemble des donations s'élève à 37,5 millions de dollars pour les activités relatives à la politique de population et à la planification familiale et à 195,6 millions de dollars pour le secteur santé. Elle se concrétise principalement par une aide octroyée au gouvernement. Cette aide est destinée à des institutions (le CONAPO, les institutions de santé...), aux États mais aussi plus

Tableau 7 – Budget consacré à différents secteurs de la santé
(en millions de dollars)

Années	Planification familiale	Santé materno-infantile	HIV/Sida	Ensemble du budget du secteur santé
1990	67,4		2,4 (1991)	5 884
1994	211,3	123,1	3,3	11 383
1995	108,5	74,0	2,0	7 086
1996	124,3	76,4	1,8	76 559
1997	238,5	93,4	2,9	9 606

Source : Données statistiques du système national de santé in Palma Y. et Palma J.L.

Si les premiers éléments d'évaluation ne donnent pas une image optimiste, les analyses disponibles à ce jour ne permettent pas encore de conclure, notamment sur les opportunités d'évolution ouvertes grâce à la plus grande participation des ONG. Il semble cependant évident que les ambitions affichées par le gouvernement d'appliquer les recommandations du Caire ne seront pas satisfaites si la volonté politique n'est pas confirmée et si un véritable travail d'éducation et de conviction n'est pas réalisé afin de mobiliser le corps médical et de sensibiliser la population à ses droits reproductifs. De la même façon, l'expérience risque fortement de se solder par un échec si le gouvernement ne dégage pas des budgets importants. Le risque est alors que le concept de santé de la reproduction, mal compris, s'ajoute aux arguments utilisés pour convaincre les femmes de limiter leur descendance ou, pire encore, de légitimer la politique sanitaire du contrôle des naissances.

Conclusion

L'expérience du Mexique en matière de politique démographique est, depuis 1974, riche d'enseignements. Son évolution reflète celle que la communauté internationale a connue. La volonté de réduire la croissance de la population a dans un premier temps focalisé toute l'attention sur la planification familiale. La forte mobilisation, la mise en place de structures centralisées et hiérarchisées, l'implication des centres de santé publics ont permis des résultats démographiques évidents. Les limites de cette stratégie sont apparues dans un second temps. Elle n'a pas répondu à son ambition de promouvoir la justice sociale face au développement et aux conditions de vie sanitaires. Elle a alors été

directement à la réalisation de programmes comme par exemple celui concernant la couverture étendue du système de santé. Les organisations non gouvernementales ont aussi été soutenues.

soupçonnée de s'être transformée en politique sanitaire du contrôle des naissances, dont la finalité démographique justifie des moyens peu compatibles avec les principes fondateurs respectueux des libertés individuelles. Cette remise en cause, accentuée et légitimée par les travaux de la Conférence du Caire, a induit un changement de stratégie qui laisse désormais une large place aux questions de santé de la reproduction et encourage une perspective de genre.

Historiquement, cette évolution coïncide avec une baisse importante de la fécondité d'une part, accompagnée d'une moindre inquiétude face à la croissance, et avec l'émergence de nouvelles préoccupations d'autre part telles que le vieillissement ou, dans une moindre mesure, la diffusion du Sida¹⁰⁶, qui nécessitent le développement de prises en charge particulières en matière de santé.

Il est trop tôt pour mesurer les incidences réelles de ces changements sur la démographie, la réduction des inégalités et la qualité de vie des mexicains ainsi que sur la santé des femmes. L'amélioration du statut des femmes, l'évolution des relations entre les hommes et les femmes sont certainement des conditions essentielles aux futures évolutions. Les changements seront limités sans une réelle prise en compte d'une perspective de genre qui devrait permettre le développement économique et social des femmes leur assurant une place égale à celle des hommes dans la société notamment en termes d'autonomie et de pouvoir de décision. L'évolution des identités et des critères de valorisation des femmes et des hommes semble aussi indispensable. Ainsi par exemple la transformation des normes relatives à la sexualité¹⁰⁷, la levée des tabous relatifs aux relations sexuelles prémaritales pour les femmes faciliterait l'usage de la contraception pour les célibataires et éviterait des grossesses précoces. L'implication des hommes dans la sphère privée, dans les domaines relevant de la planification familiale et de la santé de la reproduction semble une condition nécessaire dans un contexte où l'opposition du mari à la contraception reste un frein à son usage¹⁰⁸.

Ces changements supposent la mobilisation de tous les acteurs sociaux qui participent aux constructions normatives des identités et des relations entre les hommes et les femmes ainsi qu'aux normes concernant la planification familiale et la santé de la reproduction. Une mission de l'école, lieu de socialisation et d'intégration de ces normes, pourrait être de promouvoir une réflexion critique sur la reproduction sociale des catégories du masculin et du féminin. Des mesures politiques émettant des signaux forts pour légitimer les ambitions des femmes en dehors du mariage et de la maternité ouvriraient des perspectives de réalisation personnelle pour une nouvelle frange de la

¹⁰⁶ En 1997, 180 000 cas de Sida sont comptabilisés.

¹⁰⁷ Les normes sont très différentes pour les hommes et les femmes. Les hommes ont leur première expérience sexuelle plus jeune, 7 ans en moyenne avant de vivre en couple et dans la majorité des cas elle ne s'inscrit pas dans la perspective de fonder une union. La durée moyenne entre la première expérience et la première union est de 3 mois pour les femmes et le premier partenaire est le plus souvent le fiancé ou l'époux. Szaz I. (2001)

¹⁰⁸ Voir à ce propos Casique I. (2001).

population adolescente¹⁰⁹. La question de l'articulation de la vie professionnelle et familiale, et plus précisément celle de la garde des enfants pendant les heures de travail¹¹⁰, devraient être débattues.

Des changements législatifs sont aussi nécessaires. Si la constitution établit l'égalité des sexes la législation de certains Etats introduit parfois des discriminations. Ainsi, les femmes doivent parfois avoir l'autorisation de leur mari pour travailler. Par ailleurs, la promotion de la santé de la reproduction a le mérite d'attirer l'attention sur certains aspects de la condition des femmes telles que les violences. En 1992, lors d'une étude sur la santé dans l'Etat de Jalisco 53 % des femmes urbaines et 42 % des rurales ont déclaré avoir été victimes de violences. Une enquête réalisée en 1998 dans l'Etat du Morelos auprès de 446 patientes de l'IMSS révèle que 16,1 % de ces femmes ont subi des violences ; 12,6 % des femmes ont été victimes de violences psychologiques, 6,1 % de violences physiques et 5,8 % de violences sexuelles¹¹¹. Là encore des changements législatifs sont nécessaires notamment pour la pénalisation du viol.

Enfin, la recherche a certainement un rôle à jouer en investissant de nouveaux champs en ce qui concerne, par exemple, la place des hommes dans les processus de décision et dans la planification de la vie reproductive¹¹².

Ainsi, sans une volonté politique extrêmement forte, difficile à évaluer tant les obstacles culturels sont importants, les changements nécessaires au renouveau de la politique démographique, au développement de la santé et des droits reproductifs, risquent de ne pas voir le jour.

¹⁰⁹ Welti Chanes C. (2000). Pour cet auteur si une part des grossesses adolescentes résulte d'accidents, une part non négligeable réside dans la volonté des adolescentes de se réaliser personnellement et socialement grâce à la maternité.

¹¹⁰ Il existe très peu de structure d'accueil pour les jeunes enfants, et le temps scolaire s'achève, dans la plupart des établissements, entre 13 heures et 15 heures.

¹¹¹ Castro R., Ruiz G.R., Arenas Monreal M., Juarez Marquez S., Martinez Rojas N., (2002)

¹¹² A ce propos voir Figueroa Perea J.G., Sanchez Olguin V. (2000)

Bibliographie

- Aguirre A., 1998 - « México : estimación de la mortalidad materna a partir de diversas fuentes », *Notas de Población*, n° 67/68, p. 119-137.
- Aguirre A., 1997 - « Mortalidad materna en Mexico : medición a partir de estadísticas vitales », *Estudios Demográficos y urbanos*, vol. 12, n° 1 et 2, p. 69-99.
- Biraben J.N., 1979 - « Essai sur l'évolution du nombre des hommes », *Population*, n° 1.
- Bonnet D. et Guillaume A., 1999 - *La santé de la reproduction. Concept et acteurs*. - Paris, IRD, équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction, *Documents de recherche*, n° 8.
- Bronfman M. et Lopez E., 1986 - « Les politiques de population au Mexique », in *La transition démographique dans le monde contemporain en développement*. - Journées démographiques de l'ORSTOM, 31 p.
- Brugelilles C., 2000 - « Confrontation de l'offre et de la demande de services de planification familiale au Mexique », in CRESSON G. et SCHWEYER F.X. - *Les usagers du système de soins*. - Éditions de l'École Nationale de la Santé Publique.
- Brugelilles C., 1998 - *La fécondité et les comportements reproductifs à la frontière Mexique - États-Unis*. - Thèse de doctorat, Université Paris III, 534 p.
- Bustamente J., 1987 - « La migración de los indocumentados », *El cotidiano*, numéro spécial, n° 1, p. 13-28.
- Casique I., 2001 - « Women's autonomy and power and use of contraception in Mexico : What difference does it make ? », IUSSP, *XXIV General Population Conference*, Salvador, Brazil, 18-24 August 2001.
- Castro R., Ruiz G. A., Arenas Monreal M., Juarez Marquez S., Martinez Rojas N.B, 2002. - Violencia contra mujeres embarazadas entre las usuarias del Instituto Mexicano del Seguro Social : un estudio sobre determinantes, prevalencia y severidad, *Papeles de Población*, n° 31, p. 243-266.
- Castro Morales P., 1995 - « El varón y la práctica de la anticoncepción », *Demos*, Mexico, p. 38-40.
- Center for reproductive law and policy/demos, 1997. - *Women of the world : laws and policies affecting their reproductive lives. Latin America and the Caribbean*. - New York.
- Cervantes Carson A., 1993 - « Mexico : Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales », *IV Conferencia Latinoamericana de población : La transición demográfica en América Latina y el Caribe*, Mexico. sesión paralela.
- Consejo Nacional de Población, 1996 - *Programa Nacional de Planificación Familiar 1950-2000*. - 114 p.
- Consejo Nacional de Población, 1991 - *Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994*. - 47 p.
- Consejo Nacional de Población, 1985 - *Resultados principales de la Encuesta Nacional Demográfica de 1982*. - Mexico, 210 p.
- Consejo Nacional de Población, 1984 - *Bases jurídicas de la política de población de Mexico*. - Mexico.
- Corona Vasquez R., 1993 - « La migración de mexicanos a los Estados Unidos : cambios en la década de 1980-1990 », *Revista mexicana de sociología*, n° 1, p. 213-229.
- Cosio-Zavala M.E., 1998 - *Les changements démographiques en Amérique Latine*, Éditions ESTEM, 122 p.
- Cosio-Zavala M.E., 1996 - « Malthusianisme de la pauvreté au Mexique », in *Populations. L'état des connaissances. La France. L'Europe. Le monde*. - Éditions La Découverte, p. 255-256.
- Cosio-Zavala M.E., 1994. - *Changements de fécondité au Mexique et politiques de population*. - Éditions l'Harmattan, IHEAL, 255 p.
- Cosio-Zavala M.E., 1990 - « Niveles y tendencias de la fecundidad en Mexico IV », *Memorias de la IV reunión nacional de investigación demográfica en Mexico*. - INEGI, SOMEDE, Mexico, p. 26-334.

- Cosio Zavala M.E., 1989 - « Mexique, Mexico, Mexicains », *Population et sociétés*, n° 236. - Paris, Institut national d'études démographiques, 4 p.
- De Barbieri M.T., 1994 - « Género y políticas de población. Una reflexión », in *Políticas de población en Centroamerica, el Caribe y Mexico*. - INAP, PROLAP, UNAM, p. 277-294.
- Kervasdoué A. (Dr), 1996 - *Questions de femmes*. - Éditions Odile Jacob, 689 p.
- FERNANDEZ HAM P., 1993 - « La mortalidad infantil en la población indígena », *Demos*, p. 12-13.
- Figuroa Perea J.G., Sanchez Olguin V., 2000. - La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto, *Papeles de Población*, n° 25, p. 59-83.
- Figuroa Perea J.G., 1994 - « Apuntes para un estudio multidisciplinario de la esterilización femenina », *Estudios demográficos y urbanos*, vol. 9, n° 25, p. 105-127.
- Figuroa Perea J.G., 1990 - « Anticoncepción quirúrgica, educación e elección anticonceptiva », *IV Reunión nacional de investigación demográfica*. - p. 110-116.
- Figuroa Perea J.G., Hita Dussel M.G., Aguilar Ganado B.M., 1992 - *Algunas referencias sobre reproducción, derechos humanos y políticas de planificación familiar*. - Mimeo, 40 p.
- FNUAP, 1997. - *État de la population mondiale. Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. - New York, 74 p.
- Frydman (Pr), Cohen-Solal (Dr), 1996 - *Naissances et accouchements*. - Éditions Odile Jacob.
- García España, 1980. - « Algunas diferenciales de fecundidad en Mexico », *Segunda Reunión Nacional de Investigación Demográfica en Mexico*, CONACYT, Mimeo.
- García y Griego M., 1987. - « International migration statistics in Mexico », *International migration review*, vol. 21, n° 4, p. 1245-57.
- Gautier A., 1997 - « Femmes et planification familiale au Yucatan », *Cahiers des Amériques Latines*, n° 22, IHEAL, p. 87-102.
- Gautier A., 2000 - « Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ? », in *Autrepart*, n° 15, p. 167-180.
- Gautier A. et Quesnel A., 1993 - *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan*. - Éditions de l'ORSTOM, Colloque Études et Thèses, 114 p.
- Hernández, D., 2001 - Anticoncepción en México, in *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI*. Gómez de León Cruces, J., Rabell Romero, C. coords, México, p. 271-306
- INED, 1995 - « Tous les pays du monde », *Population et Sociétés*, n° 304, Paris.
- INEGI, 1999 - *Encuesta nacional de la dinámica demográfica. Metodología y tabulados 1997*. - 635 p.
- Juarez C., 1985 - « Epidemología del aborto », in MARTINEZ GINER, J. - *Planificación familiar y demografía médica. Un enfoque multidisciplinario*. - Mexico, Éditions IMSS, p. 451-467.
- Lerner S., Quesnel A., Samuel O., 1999 - « Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, n° 1.
- Lopez Arellano O., 1993 - « La política de salud en Mexico : un ejemplo de liberalismo social ? », *Estado y políticas sociales en el neoliberalismo*. - Mexico, Coord. Asa Cristina Laurell, p. 165-183.
- Martinez Manautou J., 1997 - « Cambios en planificación familiar », *Demos*, p. 37-39.
- Muriedas P., Hernandez A. M., 1994 - « El derecho a la salud sexual y reproductiva en Mexico y las políticas de población », *Fem*, n° 31.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2000 - *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*. - Genève, 237 p.
- Palma Y., Palma J.L., 2000 - « Mexico », in *Promoting reproductive health*, Éditeurs FORMAN S. GHOSH R., Lynne Rienner Londres, p. 111-145.
- Palma Cabrera Y., Figuroa Perea J.G., Cervantes A., 1990 - « Dinámica del uso de métodos anticonceptivos en Mexico », *Revista Mexicana de Sociología*, vol. LII, n° 1, p. 51-81.
- Palma Cabrera Y., Suarez Morales J., 1994 - « Diferencias regionales en la práctica anticonceptiva », *Demos* - Mexico, p. 39-40.

- PAZ GOMEZ L., 1995 - « Las diferencias significativas del número de hijos », *Demos.* - p. 6-8.
- PNUD, 2000 - *Rapport mondial sur le développement humain.* - New York, 262 p.
- « Reproduction : choix qui ouvre des possibilités aux femmes », 1994, *Population Reports*, Série M, n° 12 juillet, U.S.A.
- Price A. J., 1973 - *Tijuana : in a border culture.* - London, University of Notre-Dame press, 195 p.
- Rangel Gomez G., Ortiz Soto I., 1999 - « Morbilidad de la mujer durante embarazo, parto y puerperio en Tijuana », in *Género, Familia y Conceptualización de la Salud Reproductiva en Mexico.* - Coord. Norma Ojeda, COLEF, p. 326-346.
- Salas G. and Lerner S., 1996 - « Abortion legislation in Mexico in the face of a changing socio-demographic environment and political context », in IUSSP - *Socio-cultural and political aspects of abortion in a changing world.* - Rovalam Trivandam (India), 26 p.
- Salas y Villagomez G., 1998 - « Incidencia del aborto en Mexico », *Papeles de población*, n° 16, p. 83-100.
- Sanchez Albornoz N., 1994 - *La población de América Latina.* - Alianza Universidad, Madrid, 269 p.
- Secretaría de Salud, 1989 - *Encuesta Nacional sobre fecundidad y Salud 1987.* - DHS, Mexico, 231 p.
- Stutz E., 1998 - *Irma, femme du Chiapas entre révolte zapatiste et vie quotidienne.* - Paris, L'esprit frondeur.
- Szasz, I., 2002 - El papel de algunas instituciones sociales en el derecho a decidir sobre la regulación de la fecundidad, *Papeles de Población*, n° 31, p. 177-188.
- Szasz, I., 2001 - La investigación sobre sexualidad y el debate sobre los derechos reproductivos en México, in *La población de México. Tendencias y perspectivas sociodemográficas hacia el siglo XXI.* Gómez de León Cruces, J., Rabell Romero, C. coords, México, p. 365-397.
- Tuiran R., 1998 - « La situación demográfica de Mexico », *Papeles de Población* n° 16, p. 17-38.
- Tuiran R., 1990 - « La esterilización anticonceptiva en Mexico : satisfacción y insatisfacción entre las mujeres que optaron por este método », *IV Reunión nacional de investigación demográfica*, p. 119-137.
- Tuiran R., 1988 - « Sociedad disciplinaria, resistencia y anticoncepción », *Memoria de la reunión sobre avances y perspectivas de la investigación social en planificación familiar en Mexico.* - Dirección general de planificación familiar, Secretaría de Salud, Mexico, p. 45-58.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, UN SECRÉTARIAT, 1998 - *World population monitoring report, 1996. Selected aspects of reproductive rights and reproductive health.* - New york, 281 p.
- Urbina Fuentes M., 1994 - « El contexto y las políticas de población. El caso de Mexico », in *Políticas de población en centroamérica, el Caribe y Mexico.* - PROLAP, p. 171-182.
- Urbina Fuentes M., Palma Cabrera Y., Figueroa Perea J., Castro Morales P., 1984. - « Fecundidad, anticoncepción y planificación familiar en Mexico », *Comercio exterior*, vol. 34, n° 7, Mexico, p 647-666.
- Welti Chanes, C. 2000 - Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México, *Papeles de población*, n° 26, p. 43-87.
- Welti Chanes C., 1995 - « Implicaciones del inicio temprano de la maternidad », *Demos*, p. 9-10.
- Welti Chanes C., 1993 - « El impacto demográfico del aborto », *Demos*, p. 25-26.
- Welti Chanes C., Paz L., 1990, « Niveles y patrones diferenciales de la fecundidad », *Memorias de la IV Reunión Nacional de investigación Demográfica en Mexico*, INEGI, SOMEDE, p. 46-52.
- Zuniga Herrera E., 1993 « Cambios en el nivel de la fecundidad deseada en las mujeres mexicanas, 1976-1986 », *Revista mexicana de sociología*, n° 1, p. 91-97.

Famille et développement économique et social en Tunisie. Une politique de planification familiale intégrée

Bénédicte Gastineau et Frédéric Sandron

Introduction¹

Pays précurseur du continent africain et des pays arabo-musulmans en matière d'adoption d'une politique de planification familiale, la Tunisie a suivi dès le début des années 1960 une voie originale en intégrant ses programmes de population dans une politique sociale beaucoup plus large. Le faible niveau de la fécondité atteint aujourd'hui ainsi que sa baisse concomitante à la mise en place du programme national de planification familiale, invitent à se pencher sur le contexte dans lequel cette politique a vu le jour, sa mise en œuvre effective et son déroulement, ses moyens d'action et évidemment sur les influences réciproques qui ont pu exister entre les politiques de planification et les niveaux de la fécondité. Nous étudierons donc, au rythme des plans de développement de l'Etat, les phases marquantes de la politique tunisienne de planification familiale, l'élargissement de cette politique de restriction des naissances à des objectifs orientés vers la santé de la reproduction et la famille, puis tirerons un bilan en terme d'impact sur la croissance démographique de la population.

Le contexte social à l'indépendance

Outre son aspect pionnier en Afrique et dans les pays arabo-musulmans, ce qu'il faut retenir de la politique de population de la Tunisie est son intégration explicite à une politique de développement beaucoup plus large. Selon l'importance que l'on veut lui accorder, on pourra alors mettre l'accent sur la mise en place d'une politique de planning familial au service du développement ou bien sur l'élaboration d'un ensemble de

¹ Nous tenons à remercier les lecteurs du document pour leurs commentaires et suggestions.

mesures sociales au service d'une politique de population. Malgré les importants moyens mis en œuvre au service de cette politique, il semble plus réaliste, comme nous allons le voir, de considérer les mesures de planning familial comme un support à la réalisation d'objectifs de développement socio-économique ambitieux. Cette perspective nous aidera aussi à mieux comprendre la réussite du programme tunisien de limitation des naissances.

Après avoir été sous le protectorat de la France de 1881 à 1955, la Tunisie devient indépendante le 20 mai 1956. L'acteur principal de cette lutte fut Habib Bourguiba, fondateur du Néo-Destour en 1934². Alors que la population s'attend à des réformes économiques et agraires importantes, la première mesure d'ampleur du nouveau Président Bourguiba est de mettre en place un Code du Statut Personnel (CSP) seulement trois mois après l'indépendance.

Le statut juridique³ de la femme en sortira complètement renouvelé. En premier lieu, la polygamie est abolie. Deuxièmement, un âge minimum au mariage est instauré, de 15 ans révolus pour les femmes, et non plus dès la puberté, et de 18 ans pour les hommes. Troisièmement, le mariage doit être librement consenti par les deux époux. Enfin, la répudiation est remplacée par le divorce judiciaire, demandé indifféremment par l'homme ou la femme⁴. Mentionnons qu'à cette époque, le taux d'analphabétisme féminin est de 96 % (CREDIF, 1994).

Attardons-nous sur le contexte de l'adoption de ce CSP dont on perçoit déjà l'importance des répercussions qu'il aura sur la politique de planification familiale proprement dite. Comment des mesures aussi révolutionnaires que celles décrites ont-elles pu être adoptées aussi facilement⁵ ? Il semble que trois faisceaux d'explications puissent être avancés :

- le statut de la femme étant jusqu'alors dicté par les textes de l'Islam, les pouvoirs publics ont pris soin, comme l'avait fait l'Égypte à la même époque, de consulter les autorités religieuses. Même si la *Zitouna*, la grande université théologique de Tunis, se prononce publiquement contre le Code du Statut Personnel, sa présentation par le Président Bourguiba comme « conforme au cadre du courant réformateur de l'Islam » (Daoud, 1994), va entraîner un assentiment de la part de la majorité des religieux. Mieux, il prendra appui directement sur le Coran, dont les interprétations peuvent être très larges, pour faire imposer son point de vue. Par exemple, en ce qui concerne la polygamie, l'argument du Coran selon

² Le Néo-Destour, regroupant de jeunes intellectuels, est issu de la scission du Destour, parti créé en 1920, à la suite du mouvement nationaliste indépendantiste « Parti des Jeunes Tunisiens » créé en 1907. Contrairement au Destour qui revendiquait une identité forte arabe et musulmane, le Néo-Destour était favorable à la coopération occidentale et à la laïcité de l'État.

³ Bourguiba est juriste de formation.

⁴ Selon Sahli (1992), au Maghreb, la répudiation est souvent consécutive à une fécondité trop faible de la femme.

⁵ En l'an 2000, 44 ans après la mise en place du CSP en Tunisie, aucun autre pays arabo-musulman n'a aboli la polygamie.

lequel il est dit que « les épouses doivent être traitées de manière égale » est jugé irréalisable, en conséquence de quoi la polygamie doit être interdite ;

– la Tunisie a toujours connu, au fil de son histoire plusieurs fois millénaire, un pouvoir centralisateur fort. Le peuple tunisien, ethniquement et religieusement homogène, est donc culturellement familiarisé à recevoir des messages de la part des autorités, contrairement à d'autres pays de la région peuplés d'ethnies diverses et localement autonomes dans leurs modes de vie ;

– la réception de ces messages est favorisée par la personnalité charismatique du président Bourguiba⁶ et par l'importance qu'a pris son parti depuis trente ans, plus vieux parti politique d'Afrique et du Monde Arabe, « Etat dans l'Etat contrôlant l'ensemble de la population à travers un réseau serré de cellules » (Rouissi, 1977).

L'adoption du CSP sera d'autant moins difficile que les représentants de l'Etat, relayés par le parti Néo-Destour, vont s'expliquer très largement sur leurs conceptions de ces réformes. Elles sont destinées à forger un citoyen tunisien nouveau, dont le bonheur est devenu, selon l'expression de Sahli (1980), « objet de science » dans les mains de l'Etat. Pour ce faire, le Président Bourguiba va lancer le slogan « nous ne voulons pas de femmes libérées, nous voulons des femmes responsables ». Peut-être faut-il voir aussi dans l'instauration de ce Code du Statut Personnel la volonté politique d'affaiblir les prérogatives de la famille élargie, puissante instance de décision concurrente de l'Etat.

Toujours est-il que le CSP sera rapidement suivi d'autres mesures concernant la généralisation de la scolarisation aux deux sexes à partir de six ans (1958), des campagnes contre le port du voile, du vote de la constitution de 1959 dans laquelle est prescrite l'égalité des droits et devoirs entre hommes et femmes dans les droits constitutionnels, administratifs, économiques et sociaux (la femme devient électrice et éligible), de l'égalité des deux sexes dans le Code du Travail et de l'interdiction du travail des enfants de moins de 15 ans comme employés ou salariés dans l'industrie (1966). C'est sur ce terreau de réformes sociales en profondeur qu'une politique de planning familial va être élaborée. Nul ne doute que l'ancrage dans les esprits des mesures exposées va favoriser sa réalisation⁷.

⁶ « Le *Combattant suprême* » disposait d'une assise beaucoup plus large que celle de l'ensemble de l'élite dirigeante de l'Etat-Parti. Sa position personnelle ne se réduisait pas à la direction d'un groupe plus puissant que les autres. Elle le plaçait également au-dessus de tous les groupes, y compris celui-là, contre lequel il constituait un recours éventuel. Paradoxalement, la figure emblématique de l'Etat moderne était celle, éminemment traditionnelle, du Père juste et fort, manifestation, à l'échelle de l'ensemble de la société, de la vitalité du modèle familial patriarcal comme forme d'adaptation à un changement social minant les fondements structurels de la famille patriarcale. La stature personnelle et le statut traditionnel du fondateur du Nouvel Etat lui ont conféré une aptitude à manipuler les hommes et à dénouer les situations les plus critiques, qui l'ont maintenu au pouvoir alors que les assises de celui-ci se fragilisaient » (Camau, 1989).

⁷ « En s'attaquant au statut traditionnel de la femme, le régime tunisien a, à la fois, ouvert la voie à une modernisation en profondeur de la société et préparé un terrain plus sûr à la réussite d'une politique de planning familial » (Rouissi, 1977) ; « Toutes ces mesures [...] n'auraient pas d'influence profonde et directe sur la réduction de la dimension de la famille mais elles

La nature de la politique de population

Alors que de nombreux pays masquent une simple politique de limitation des naissances sous le terme de « politique de population », c'est l'inverse qui se passe en Tunisie peu après l'indépendance ; si le terme « planning familial » désigne la politique officielle menée par les pouvoirs publics, c'est véritablement une politique globale qui s'intéresse aux individus, aux familles et à la population qui est mise en application. La volonté de ne pas se heurter au refus des populations quant à l'acceptation de ce programme a été concrétisée par l'adoption graduelle de mesures préparatoires, dont on peut dire avec Rouissi (1977) qu'elles ont permis de lever les obstacles idéologiques et législatifs à une demande de planification familiale.

Dans la continuité du Code du Statut Personnel, mais plus directement tournées vers la réduction de la fécondité, ces mesures sont elles aussi révolutionnaires non seulement au sein du continent africain et des pays arabo-musulmans mais même comparées à des pays développés, puisque par exemple la vente de contraceptifs et l'avortement sont autorisés en Tunisie avant de l'être en France.

C'est d'abord la limitation de l'octroi des allocations familiales aux seuls quatre premiers enfants qui est votée en 1960. Les premiers signes clairs de la volonté de mettre un frein à la politique nataliste du protectorat sont donnés. En 1961, la loi française de 1920 interdisant l'importation, la vente et la publicité des produits contraceptifs est abrogée et remplacée par la loi du 9 janvier qui autorise ces pratiques. Le vote de cette loi ne fut cependant pas facile, les débats des parlementaires furent houleux. Dans la mouvance du CSP de 1956, l'âge minimal au mariage est encore rehaussé en 1964 à 17 ans pour les femmes et 20 ans pour les hommes. Enfin, en 1965 l'avortement est autorisé, dans les trois premiers mois de la grossesse, pour les femmes ayant déjà cinq enfants. Le 23 septembre 1973, nous y reviendrons, la clause du nombre d'enfants disparaîtra, et l'avortement deviendra libre.

Quelle est la nature de ces mesures, dans quel état d'esprit sont-elles prises, quels en sont les objectifs ? On peut répondre que, comme dans le cas du CSP, ces mesures démographiques et la politique de planning familial qui sera lancée en 1966 servent un projet très ambitieux de modernisation du pays et de développement économique et social. La « promotion de l'homme » est au centre des plans de développement de la décennie 1960. Des efforts importants seront consentis en ce sens dans les secteurs de l'éducation, des conditions sanitaires et des infrastructures. Mais l'idée sous-jacente à la volonté de réduire la natalité est la peur de voir les investissements productifs annihilés par la croissance démographique. C'est dans cet esprit que la Tunisie signera tous les textes internationaux (la déclaration des Nations unies en 1966, celle de Téhéran en 1967, celle des Nations unies en 1969...) visant à freiner la croissance démographique.

prépareraient tôt ou tard le passage aux mesures directes, en éveillant le sens des responsabilités des femmes arabo-musulmanes » (Seklani, 1960).

Même si la population est peu nombreuse en 1956 – 3,4 millions de Tunisiens –, le taux de croissance démographique n’a jamais été si élevé que pendant la période 1956-1966, atteignant une moyenne annuelle de 2,7 %. Nous sommes en effet dans la phase de la transition démographique où la mortalité a fortement régressé mais pas encore la fécondité. Sur la question de la population, les discours des officiels et particulièrement ceux du Président Bourguiba seront très fortement empreints des idées malthusiennes⁸. Alors que, pendant la colonisation et pour l’immense majorité des pays de la région, un nombre d’habitants élevé est synonyme de puissance, en Tunisie, l’accent est mis très tôt après l’indépendance sur les rythmes de développement inégaux entre la population et l’économie :

« Nous nous trouvons, d’un côté, devant une natalité sans cesse croissante et il est de notre devoir d’assurer la subsistance à la population, de l’autre, dans un pays au potentiel agricole et industriel insuffisant et dont le développement est lent »⁹.

Les discours de Bourguiba sont souvent prononcés à l’occasion de réunions devant des assemblées de femmes, dont l’émancipation est vue comme une condition nécessaire au progrès social. Ils peuvent prendre des tournures catastrophistes dont le principe est de sensibiliser au mieux les individus face au problème de limitation des naissances :

« Nous ne pouvons nous défendre contre un sentiment d’appréhension devant la marée humaine qui monte implacablement à une vitesse qui dépasse de beaucoup celle de l’augmentation des subsistances car à quoi servirait l’accroissement de notre production agricole, de nos richesses minières... si la population doit continuer à s’accroître d’une manière anarchique et démentielle. Nous n’aurions rien fait car nous risquons de nous trouver ramenés malgré tous nos efforts à un niveau inférieur à celui du point de départ. L’humanité qui, par la raison a pu dominer la nature et vaincre progressivement la maladie, qui a créé l’outil et transformé le visage du monde, l’humanité est capable de se régenter elle-même et de maîtriser le rythme devant la procréation »¹⁰.

« Produire, produire davantage... moins procréer car nous risquons d’être engloutis par la vague provoquée par l’explosion démographique »¹¹.

« Si la natalité devait prendre des proportions abusives et se développer sans frein ni limite, la famille ne pourrait plus accomplir ses devoirs premiers, les plus simples, c’est-à-dire élever, éduquer et former ses enfants [...]. Le fait est que la science moderne a découvert le moyen de stériliser la femme ou l’homme, tout en leur permettant de

⁸ « Le « principe de Population » semble être, dans la vie politique tunisienne, un « principe de combat » (Sahli, 1980).

⁹ Bourguiba, Discours « *Sortir du sous-développement* », 13 avril 1959.

¹⁰ Bourguiba, Allocution au 3^e congrès de l’Union National des Femmes de Tunisie, 25 décembre 1962.

¹¹ Bourguiba, Discours « *Augmenter la production et enrayer l’explosion démographique* », 2 novembre 1970.

continuer à remplir leur devoir conjugal. Car il faut bien faire la distinction entre la mère et l'épouse. On peut arrêter la première sans porter atteinte à la seconde »¹².

Nous verrons par la suite plus précisément les modes de communication de ces idées mais précisons d'ores et déjà la méthode générale. A travers l'insistance mise sur ce thème du planning familial dans leurs déclarations publiques au fil des ans, les responsables au pouvoir vont essayer d'éduquer les citoyens. Si dans les domaines économique et agricole, des politiques plus coercitives furent menées, notamment dans les années 1964-1970, les messages en faveur du planning familial ont la plupart du temps joué sur la compréhension des citoyens et l'appel à leur responsabilité, jouant sur l'argument selon lequel l'intérêt individuel devait se confondre avec l'intérêt collectif.

Pour satisfaire ce dernier, dans de nombreuses déclarations, le Président Bourguiba avancera le chiffre de quatre enfants comme un maximum. Mais il semble qu'il s'agisse en réalité dans son esprit d'un optimum, ne perdant pas de vue la fonction sociale de la procréation. Si la voie législative a permis le recul de l'âge au mariage et la vente de produits contraceptifs, ce n'est pas pour autant qu'il faille délaissé le mariage et sa fonction procréatrice. Ainsi, la « décadence morale » est combattue, et en 1966, le chef de l'Etat fustigera les « célibataires endurcis » dans son discours d'inauguration du programme national de planning familial ! Voyons maintenant les réalisations concrètes et les modalités d'intervention au cours des différentes phases du planning familial tunisien.

Le programme expérimental 1964-1965

Fort de l'ouverture idéologique qui vient d'être décrite, le gouvernement tunisien signe en 1963 un accord avec la fondation Ford pour instaurer un programme expérimental de planning familial de deux années sur la période 1964-1965. Appuyé techniquement par le Population Council, ce programme est placé sous la responsabilité du secrétariat d'Etat à la Santé publique. Il comprend des opérations de formation, d'information et doit servir de test avant la mise en place d'un programme plus vaste¹³.

A cet effet, une phase de formation des personnels médicaux et paramédicaux qui participeront au programme commence en 1964. Une grande campagne médiatique est consacrée au lancement du programme, par le canal des médias classiques mais aussi par la mobilisation des diverses organisations politiques liées au pouvoir, que ce soit par le truchement de l'Union Nationale des Femmes de Tunisie, du parti Néo-Destour, des membres du gouvernement ou du Président lui-même.

¹²Bourguiba, Discours à l'occasion de la fête du *Mouled*, 14 avril 1973.

¹³ Pour plus de détails sur ce programme expérimental, on pourra consulter Vallin (1971), Rouissi (1977), Boukhris (1992).

Appliqué d'abord dans 12 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) de Tunis, le programme a débuté avec la distribution de contraceptifs, pour s'étendre ensuite à 39 centres et pratiquer des insertions de dispositifs intra-utérins (DIU). Parallèlement, ont été créées des équipes mobiles dont la fonction était d'atteindre les populations enclavées du milieu rural.

L'apport essentiel de cette phase expérimentale est la réalisation d'une enquête « connaissances-attitudes-pratiques » qui met en avant le désir de la part des femmes de limiter leur descendance. La méconnaissance des moyens contraceptifs – seulement 15 % des femmes de 20 à 39 ans déclarent connaître une méthode contraceptive (Vallin, 1971) – montre l'importance pour un futur programme de l'effort à fournir en matière d'éducation et d'accès, spécialement dans le milieu rural.

On le perçoit, cette phase de formation et d'information était sans doute destinée à former et informer avant tout les instigateurs du planning familial plutôt que la population. Les aspects de communication ont été rôdés, les pratiques et les connaissances de la population en matière de contraception et de souhait de descendance examinées, les choix sur les meilleurs modes contraceptifs testés. L'aspect expérimental de cette phase permet de dire que la population a été sensibilisée à la question de la planification familiale de manière pragmatique, pour une meilleure mise en place du programme national à grande échelle.

Le programme national 1966-1972

Le lancement du programme national de planning familial¹⁴ s'est fait de manière tout à fait officielle et intégrée au contexte socio-économique puisqu'il est inscrit dans le plan quinquennal des années 1966-1971. L'un de ces objectifs est de ramener le taux de fécondité global de la Tunisie à la fin du siècle à celui du monde occidental actuel¹⁵. La responsabilité administrative, le bailleur de fonds et l'appui technique sont les mêmes que pour la phase expérimentale, celle-ci ayant été jugée satisfaisante par l'ensemble de ces organisations.

Parmi les acquis du programme expérimental, la primauté du dispositif intra-utérin comme méthode contraceptive favorite est conservée et entérinée. Dans les premières années du programme national, les autres méthodes demeurent marginales, même si elles sont disponibles dans les centres de PMI.

¹⁴ Sur cette période du planning familial, on pourra se référer à Vallin (1971), Sahli (1992).

¹⁵ Alors qu'il est de 193 ‰ en 1965, la valeur visée pour le taux de fécondité global est de 66 ‰ en 2001, c'est à dire le taux de l'Italie au début du lancement du programme.

Jusqu'en 1968, parmi les réalisations concrètes, mentionnons la généralisation des équipes mobiles à toutes les régions du pays. A cette date, l'ensemble des participants au programme national de planning familial reconnaissent les médiocres résultats de ces deux premières années. Les prévisions en matière d'insertion de DIU furent largement en deçà des prévisions, puisqu'on en comptait 27 000 au lieu des 120 000 escomptées. Les raisons de cet échec sont, en creux, celles qui firent le succès de la phase expérimentale.

Primo, la motivation des responsables et des cadres de toutes les organisations politiques et administratives autour du pouvoir n'était pas très forte, d'une part à cause des structures administratives inadaptées qui inséraient le planning familial dans un service non spécifique, d'autre part par l'attitude ambiguë du Président Bourguiba dans son discours d'inauguration du planning. Sa prise de position en faveur de la fécondité au service de la nation¹⁶, dont nous avons déjà parlé, a semé le doute dans les esprits. Ceci explique aussi sans doute l'absence de relais institutionnels, et la faiblesse des crédits et des personnels affectés.

Secundo, au-delà des discours d'intention, les moyens employés ne furent pas toujours ceux de la concertation mais parfois de la coercition. Il a pu y avoir ici ou là des excès de zèle de la part de certains responsables locaux. En outre, des bruits, fondés sur quelques cas avérés, ont couru sur les dangers du DIU. La réputation du planning familial est donc vite devenue mauvaise, obligeant les autorités à changer leur stratégie en ce domaine.

En 1968, un programme national rénové est instauré pour cinq ans. Il est soutenu par des moyens financiers plus importants grâce à l'intervention de l'USAID¹⁷. Une refonte organisationnelle a lieu au sein du Ministère de la Santé, donnant naissance à une direction du planning familial et de la PMI, divisé en cinq services (administration, communication, formation, statistiques, médical). Il apparaît que cette extension du planning familial comme simple fourniture de moyens contraceptifs à des prérogatives plus larges permettait aux femmes une plus grande discrétion face à des réticences familiales ou communautaires.

L'année 1968 est aussi celle qui voit la reconnaissance de l'Association Tunisienne de Planning Familial (ATPF), rouage supplémentaire dans les activités de relais, d'éducation et d'information auprès des populations. Parmi les activités d'envergure de cette période de la fin de la décennie 1960, signalons l'accent mis sur la formation et la disponibilité du personnel paramédical, ainsi qu'une campagne post-partum et post-abortum dont l'objet est systématiquement d'informer, par ce personnel spécialisé, les femmes quant aux activités et aux services du planning familial.

En terme d'impact, cette phase a permis le décollage de l'utilisation des méthodes contraceptives à partir de 1968 mais elle s'est déroulée dans un contexte politico-économique particulier. La période 1964-1970 est en effet celle d'une politique collecti-

¹⁶ Bourguiba évoque « la carence nataliste de ceux qui se croient libres de mener une existence de plaisir sans se préoccuper de l'intérêt de la nation » (discours inaugural du 12 août 1966), cité par Vallin (1971).

¹⁷ United States' Agency for International Development.

viste autoritaire qui a profondément transformé l'économie et l'agriculture du pays. Cet épisode fut considéré comme un échec, qui a abouti au limogeage du principal Ministre intéressé, Ahmed Ben Sallah. La nouvelle organisation économique et administrative qui en résulta au début des années 1970 touche directement la politique de planning familial, la fécondité et la croissance de la population ne devant, moins que jamais, grever les efforts de modernisation du pays. La place essentielle du planning familial dans les plans de développement est sans cesse réaffirmée et une nouvelle impulsion lui est donnée à partir de 1973, date de renforcement du programme.

Le renforcement du programme 1973-1983

Alors que le plan de développement précédent visait sur le long terme l'obtention d'une valeur d'un taux de fécondité, le plan de 1973-1976 se donne des objectifs ambitieux en termes de « naissances évitées »¹⁸. Fortement empreint d'une vision politique et bureaucratique des problèmes, les pouvoirs publics attribuent les limites du programme de planning passé à des écueils d'ordre administratif et organisationnel. Pour atteindre les objectifs du plan, la solution est donc de se donner les moyens de créer les structures adéquates.

Avec la création en 1971 de l'Institut National de Planning Familial et de Protection Maternelle et Infantile, un premier pas avait été fait dans la recherche d'une plus grande autonomie des activités de planning. Mais, l'effort étant jugé trop modeste, cet institut va être transformé le 23 mars 1973 en un office, c'est-à-dire un établissement public à caractère commercial¹⁹ placé sous la tutelle d'un Président-Directeur Général et doté d'une autonomie financière et d'une gestion propre. Relevant toujours du Ministère de la Santé Publique, l'Office National du Planning Familial et de la Population (ONPPF) a pour missions officielles (Sahli, 1992) :

- d'entreprendre des études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et technique ayant pour objet l'épanouissement harmonieux de la population et de faire au gouvernement, toutes propositions d'ordre législatif ou réglementaire visant cet objet ;
- en collaboration et en liaison avec les autorités publiques et privées intéressées, d'établir et d'exécuter tous programmes et plans d'action tendant à susciter et à soutenir l'équilibre des familles et à protéger la santé de ses membres ;

¹⁸ Sur la période de renforcement du programme de Planning Familial, on pourra consulter Boukhris (1992), Sahli (1992), Office National de la Famille et de la Population (1995).

¹⁹ Boukhris (1992) rapporte cette intervention lors des débats à l'assemblée sur la création de l'Office et sur son caractère commercial : « des travaux d'actuariat très précis ont démontré que la productivité de 1 dinar investi dans une programme de Planning Familial équivaut exactement à la productivité de 100 dinars investis dans des projets traditionnels tels que les usines ou les barrages ». Il est intéressant de noter une fois de plus cette nécessité de justifier la politique démographique par un argument économique.

- de mettre à la disposition des personnes physiques et morales dans les formations hospitalières et sanitaires, les cabinets médicaux, les officines pharmaceutiques, les cliniques, les infirmeries et tous les autres lieux jugés utiles, les moyens d'information et d'intervention de tous ordres qui leur permettent d'atteindre les objectifs d'équilibre et de santé des familles ;
- d'entreprendre les actions de formation nécessaires au niveau de la Faculté de Médecine, des Ecoles Professionnelles et des Ecoles du Service Social ou dans le cadre d'études et de stages à l'étranger ;
- d'entreprendre une action permanente d'information et d'éducation de la population au niveau familial, scolaire et professionnel.

L'ONPFP devient le bras armé de la politique de population décidée par un autre nouvel organe créé en 1974, le Conseil Supérieur de Population, placé directement sous l'égide du Premier Ministre. L'ONPFP est divisé en deux Directions Techniques, celle du Planning Familial qui englobe les aspects médicaux, de formation et d'éducation, et la Direction de la Population chargée de la programmation, des études et des recherches.

Les actions médicales ont consisté à renforcer les effectifs personnels médicaux et paramédicaux affectés au planning. Au cours de la phase précédente, par souci de perfectionnisme, les pouvoirs publics avaient misé sur le personnel médical pour la prescription contraceptive et l'insertion des DIU. Mais l'insuffisance des effectifs des médecins gynécologues femmes tunisiennes avait entraîné, dans le cadre d'un accord de coopération avec les pays de l'Europe de l'Est, le recrutement de médecins étrangers. Cette expérience s'est avérée assez décevante à cause des problèmes de communication entre la patiente et le médecin, alors même que le dialogue et l'instauration d'une situation de confiance se révèlent déterminants au sein de cette relation. C'est pourquoi, entre 1975 et 1978, 149 médecins ont été formés, 815 sages femmes, aides soignantes et infirmières ainsi que 1485 cadres sociaux et cadres des organisations nationales (Sahli, 1992).

Les équipes mobiles visitant les centres régionaux sont ainsi passées de 15 à 50 de 1972 à 1979. Leur tâche n'est pas essentiellement de l'ordre de la prescription contraceptive, elle est aussi dévolue à des consultations gynécologiques et obstétriques. Dans le même temps, des consultations régulières sont proposées dans la centaine de centres de PMI.

Coïncidant avec la période de renforcement des actions du planning familial, l'avortement social est autorisé en 1973 sans conditions restrictives²⁰. Il est pratiqué de manière gratuite et libre dans les centres de planification familiale. Il deviendra vite très prisé par les patientes ainsi que la stérilisation (Gastineau, 1999). Ces « grands moyens » ont été particulièrement encouragés dans le monde rural, « supposé moins discipliné et moins prévoyant » (Rouissi, 1977). C'est donc une contraception d'arrêt qui est en vigueur selon des modalités classiques de recul d'âge au mariage, d'une descendance

²⁰ « L'interruption artificielle de la grossesse est autorisée lorsqu'elle intervient dans les trois premiers mois dans un établissement hospitalier et sanitaire ou dans une clinique autorisée, par un médecin exerçant légalement sa profession », article 214 du code pénal.

souhaitée vite acquise suivie d'une contraception définitive. Au début de l'année 1976, l'ONPFP souhaite faire évoluer les mentalités vers une contraception de prévention et un plus grand espacement des naissances. La priorité sera donnée alors à la valorisation de la pilule, qui ne détrônera finalement pas la préférence pour le DIU.

Au cours de cette décennie 1970, un effort important a été consacré à la diffusion des idées véhiculées par la politique de planning familial. La demande de planning familial a été examinée à travers la réalisation de nombreuses enquêtes ponctuelles sur la contraception et l'impact du planning. Mais c'est surtout du côté de l'offre que se situe l'innovation. Les messages en faveur du planning familial ont été déclinés sous des formes très diversifiées par l'ONPFP (brochures, calendriers, monographies, bulletins, notes d'information, affiches publicitaires...) et surtout à travers les grands médias : la presse, la radio et la télévision.

Les messages diffusés à la télévision concernaient la connaissance des actions du planning familial et celle des contraceptifs, la lutte contre les rumeurs sur les effets néfastes dont se sont entourées certaines méthodes contraceptives, des saynètes vantant les avantages comparés d'une famille peu nombreuse sur une famille nombreuse. 620 émissions sur le planning ont été diffusées entre 1974 et 1978, et un sondage a permis de montrer qu'une émission hebdomadaire sur ce thème en 1980 était suivie au moins de temps en temps par 79 % des téléspectateurs (Sahli, 1992). La presse a aussi été un support de communication favorable aux idées des pouvoirs publics en matière de planning familial, ce qui est loin d'avoir été le cas dans d'autres pays arabo-musulmans. Mais il faut relativiser son impact dans la mesure où c'est surtout la presse en langue française qui s'intéressait à ce thème, presse lue par les classes sociales supérieures.

D'autres vecteurs de communication ont été utilisés avec des ciblage plus fins. Des campagnes d'information étaient dispensées dans les villes et les villages, des actions d'éducation des lycéens lancées sur l'initiative des enseignants, et des centres ruraux spécialisés destinés aux jeunes filles ont été créés. Mais ces actions restent du domaine collectif et si elles sont importantes en matière de sensibilisation, notamment des jeunes, les entretiens directs avec les patientes ont été le plus souvent réalisés après un accouchement ou un avortement.

A cette diffusion horizontale de la politique de population se surexpose une diffusion verticale, forte des structures administratives existantes et de la couverture intégrale de la vie politique par le parti en place. Cette politique, impulsée aux plus hauts niveaux, est ainsi relayée par les Gouverneurs²¹ qui la mettent en place au niveau de leur région. Ceci facilite l'adoption des mesures suscitées par l'intérêt croissant pour les zones rurales et permet un ciblage plus fin des objectifs au niveau concrétisé par l'institution d'un Conseil Régional de la Famille et de la Population, est soutenue par la création du prix Bourguiba le 16 juillet 1974 :

²¹ Les Gouverneurs sont les présidents des gouvernorats, la plus grande des entités administratives tunisiennes.

– article premier : il est institué un prix appelé « Prix du Président Bourguiba pour la promotion de la Planification Familiale », destiné à récompenser les trois gouvernorats de la République qui auront obtenu les meilleurs résultats de planification familiale, dans le cadre de la réalisation des programmes régionaux agréés par le Ministère de la Santé publique. Ce prix est imputé sur les crédits du budget de la Présidence de la République.

– article deux : le prix décerné au gouvernorat est réparti par le Gouverneur entre les délégations²² ayant enregistré les meilleurs résultats et, le cas échéant, les institutions qui auraient le mieux contribué à la réalisation du programme du gouvernorat.

Cette phase de la décennie 1970 a été très importante dans la politique de planning familial de la Tunisie en termes de moyens, de mobilisation de personnels, de la diversité des actions entreprises et de la volonté politique affichée de réduire la fécondité. Quant à sa nature, il faut voir qu'elle est encore une politique de limitation des naissances stricto sensu ; ce n'est qu'au cours de la décennie 1980 qu'elle sera élargie à des considérations plus générales touchant le domaine de la santé de la famille et dans la décennie 1990 la santé de la reproduction.

La santé maternelle et infantile : 1984-1991

« Les problèmes de la population sont étroitement liés aux problèmes de développement, la Tunisie l'a souligné dès le début de son expérience en matière de développement planifié. [...] La Tunisie a accumulé au cours des deux dernières décennies une expérience relativement riche dans ce domaine. Elle s'est dotée des instruments juridiques, des structures d'intervention et du personnel nécessaires à la maîtrise du croît démographique, dans le cadre de sa vision humaine, destinée à étendre les faveurs du bien-être et le progrès social au plus grand nombre. Les résultats enregistrés sont positifs ; la natalité a sensiblement baissé [...], le taux de croissance naturelle reste élevé. Il faudrait renforcer l'action dans ce domaine au cours du VI^e plan, et des deux prochaines décennies en général pour obtenir une baisse plus sensible de la natalité et du taux de croissance démographique. C'est là une action nécessaire si on veut que l'augmentation de la production et l'accélération économique se traduisent par une amélioration réelle du niveau de vie de la population, et si on veut assurer la maîtrise d'une série de problèmes sociaux, au premier rang desquels figure le problème de l'emploi »²³.

²² Sous-division administrative du gouvernorat.

²³ Secrétariat d'Etat au plan et à l'économie nationale, 1982, p. 71, tome 1.

En matière de politique de population, le VI^e plan de développement économique et social (1982-1986) s'inscrit d'abord dans la continuité des précédents : problèmes de population et problèmes de développement y sont explicitement liés. En revanche, le bilan du plan précédent est jugé trop modeste. Les décideurs s'en inquiètent et souhaitent renforcer la politique de planification familiale. Les mesures engagées pour faire reculer l'âge au mariage ayant produit leur effet sur la fécondité, c'est sur la limitation des naissances dans le mariage, donc sur la contraception, que tous les efforts des planificateurs vont se porter. Le principal objectif est de faire augmenter le taux de prévalence contraceptive de 27 % en 1980 à 40 % en 1986.

Pour atteindre ces objectifs, il faut à la fois intensifier l'offre de prestations de planification familiale et stimuler la demande des couples. Plusieurs types de mesures sont envisagés, qui seront développés ci-après :

- donner la priorité au milieu rural où les femmes restent encore peu touchées par les messages et les services de planification familiale. L'objectif annoncé est de faire doubler le taux de prévalence contraceptive en milieu rural pour qu'il atteigne 36 % en 1986 ;
- réformer le droit fiscal, la législation du travail et le système de prestations familiales pour inciter les couples à limiter leur descendance ;
- lancer la troisième phase du programme national de planification familiale qui débute en 1984 en créant un nouvel Office National de la Famille et de la Population qui aurait pour mission de renforcer le cadre institutionnel de la politique de population.

Jusqu'au début des années 1980, la planification familiale reste surtout pratiquée par les couples urbains, les moyens du programme sont concentrés dans les grandes villes, la capitale et les villes côtières. Néanmoins, à cette même date, la totalité des femmes non célibataires connaît au moins une méthode contraceptive efficace. Les programmes d'information ont donc atteint leur objectif dans les villes comme dans les campagnes. Pourtant, en terme d'utilisation les disparités sont flagrantes. En 1978, seulement 28 % des femmes rurales exposées avaient déjà utilisé une méthode contraceptive contre 59 % à Tunis et 58 % dans les autres zones urbaines (ONFP, 1982).

Le VI^e plan insiste donc sur la nécessité de multiplier l'offre de services et de méthodes contraceptives dans les zones rurales. Pour ce faire, il est préconisé de construire des nouveaux centres de santé de base et d'augmenter le nombre de cliniques mobiles, tout en insistant sur la nécessité de sensibiliser aux problèmes de planification l'ensemble du personnel de santé. C'est ainsi qu'une meilleure insertion des centres de santé de base dans le dispositif général de la Santé Publique figure aussi dans les orientations de la nouvelle politique.

Si la multiplication des lieux de prestation de services de planification familiale se fait dans le cadre plus large des orientations nationales de la politique de santé, c'est donc à la fois parce que ce sont ces centres de santé de base qui, dans une large majorité, vont servir de lieu de prestations de planification familiale et parce qu'ils sont un vrai rouage

dans le nouveau dispositif de santé. Le nombre de centres pouvant accueillir des femmes pour une information et un approvisionnement en contraceptifs passe ainsi de 812 en 1983 à 1127 en 1986 et 1854 en 1996²⁴. Les zones rurales profitent prioritairement de cette progression (ONFP, 1997a). Cette volonté de mieux répartir les moyens du planning familial est affirmée tout au long des années 1980 et 1990, et aboutira en 1995 à un programme spécifique pour les zones les plus défavorisées, les « zones d'ombre ».

Concernant la nouvelle réglementation économique, il faut souligner que dans le VI^e plan, émerge le projet de mettre l'ensemble des secteurs sociaux et économiques à contribution et ne pas limiter la politique de population aux secteurs de la santé et de la planification familiale. Les trois domaines concernés sont ceux de la fiscalité, des allocations familiales et de la législation du travail. Primo, il est décidé de modifier la fiscalité des ménages en réexaminant les taux d'imposition des célibataires, des ménages sans enfant et des ménages à deux ou trois enfants. Secundo, dans le cadre de la politique des prestations familiales, il est envisagé de limiter à trois le nombre des enfants ouvrant droit aux allocations. Tertio, si la durée du congé de maternité ne change pas quel que soit le nombre d'enfants, il est prévu de limiter à trois le nombre des congés payés.

Ces projets vont être mis en œuvre plus ou moins rapidement. En 1988, les allocations familiales sont limitées aux trois premiers enfants. Alors qu'au cours des années 1960 et 1970, la législation, les discours, les mass médias avaient permis d'inscrire dans « l'inconscient des familles tunisiennes » le chiffre de « quatre enfants » comme le nombre idéal (Zmerli, 1990), ceux des années 1980 véhiculent le modèle de la famille à trois enfants.

Les nouvelles mesures législatives alourdissent la charge du quatrième enfant et encore plus celui du cinquième surtout dans un contexte de régression du pouvoir d'achat (Guelmami, 1996). D'ailleurs, les enquêtes démographiques montrent toutes que le nombre d'enfants désirés par les femmes diminue : de 4,1 en 1978 à 3,5 en 1988 (ONFP, 1982 ; ONFP IRD, 1989). Les plus jeunes ont des souhaits de descendance limitée : les 15-24 ans, non célibataires, ne désirent en moyenne que 3,1 enfants en 1988 (ONFP IRD, 1989). Les modèles culturels, les attentes des couples en matière de descendance ont changé.

Plus généralement, les années 1980 sont marquées par des modifications importantes dans les formes de conjugalités. Le recul de l'âge au mariage, la scolarisation des filles, l'entrée des femmes sur le marché du travail formel mais aussi la crise économique ont modifié les conditions de formation de la famille et les rapports hommes/femmes au sein de ces familles. De nouvelles formes de conjugalité sont observées, au sein desquelles apparaissent des aspirations inédites en matière de descendance et de planification familiale (Mahfoudh, 1990). Le couple s'affranchit de plus en plus du groupe familial et les femmes disposent dans leur couple d'un pouvoir de négociation accru. C'est sur ce nouveau couple que s'appuie la troisième phase du programme de planification familiale, pour promouvoir la famille, restreinte et en bonne santé, comme un acquis de modernité de la société tunisienne.

²⁴ Chekir, 1977 ; ONFP, 1986 ; Aloui, 1998.

Cette troisième phase du programme de planification familiale débute en 1984. Durant cette phase, les moyens financiers mis à sa disposition augmentent de 4 754 000 dinars tunisiens²⁵ en 1987 à 6 542 000 dinars en 1991 (ONFP, 1995). La part du gouvernement tunisien investie dans le budget du programme augmente aussi puisque l'Etat participait à concurrence de 61 % des actions de planning familial entre 1970-1979 et à concurrence de 75 % entre 1980-1989.

Par la loi du 6 août 1984 est créé l'Office National de la Famille et de la Population, sous la tutelle du Ministère de la famille et de la Promotion de la femme. Ce nouvel institut s'inscrit dans l'objectif du renforcement de l'action des services de planification familiale.

Une seconde loi (13 janvier 1987) fait de l'ONFP « un établissement public à caractère industriel et commercial doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière ». Il retrouve sa première tutelle, le Ministère de la Santé Publique. La nouvelle loi stipule que l'Office doit s'acquitter, en plus de ses missions définies dans la loi de 1984, « *d'entreprendre les études et d'effectuer des recherches à caractère économique, social et démographique tendant à améliorer l'information sur les questions de population et sur les relations entre la croissance économique et le développement économique et social au niveau de la famille et de la collectivité* ».

Plus précisément, l'ONFP a pour missions de :

- mener des études et des recherches à caractère économique, démographique et social,
- renforcer les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planning familial,
- promouvoir la santé de la famille et garantir son bien être,
- informer et éduquer le public en matière de population et de santé familiale et lui fournir les services nécessaires.

La création de l'ONFP doit permettre de renforcer les prestations de planification familiale. Sur les aspects traditionnels du programme, il y a urgence de réactualiser la stratégie du planning familial (Laâjimi, 1987). La baisse de la fécondité atteint un palier, et le nombre de visites enregistrées dans les centres de PF, comme celui des « nouvelles utilisatrices de contraception » stagne. Il s'agit pour le programme de trouver de nouveaux interlocuteurs, de modifier et de multiplier l'offre de services en fonction des nouvelles attentes des femmes.

Au-delà de ses activités traditionnelles (campagne d'information, d'éducation, diffusion de la contraception), l'ONFP doit maintenant assurer des consultations prénuptiales et de dépistage des maladies sexuellement transmissibles, élaborer des actions de préventions

²⁵ Un dinar équivaut environ à un dollar US.

de maladies graves comme le cancer du col de l'utérus, proposer des consultations de conseil conjugal...

Ces nouvelles missions sont définies dans le prolongement des objectifs affichés dans le VI^e plan qui consacre dans son approche sectorielle un chapitre à la santé maternelle et infantile. Des moyens devront être mis en œuvre en faveur de la réduction de la mortalité périnatale et des handicaps évitables dès la grossesse, de la réduction de la mortalité maternelle, du contrôle du développement staturo-pondéral et de la prévention des états de malnutrition des enfants de 0 à 2 ans, de la réduction de la morbidité due aux maladies diarrhéiques de l'enfant ainsi que la mortalité liée à ces infections (Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Economie Nationale, 1982). Sous la nouvelle tutelle du Ministère de la Santé Publique, les services de planification familiale élargissent donc leur domaine d'intervention en y incluant la santé maternelle et infantile. A partir de cette date, il est évident pour les décideurs comme pour le corps médical et scientifique que les politiques de planning familial ne peuvent plus faire abstraction des dimensions sanitaires.

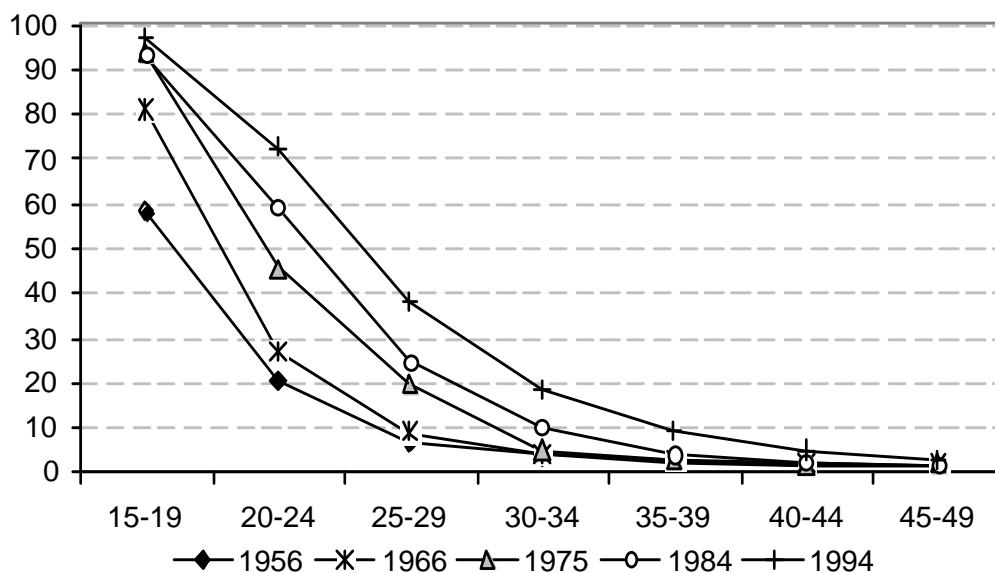
C'est pourquoi, au milieu des années 1980, les missions de l'ONFP sont élargies à la prise en considération de la santé familiale. L'accent est mis sur une gestion globale de la santé et de la planification familiale. On assiste au renforcement des programmes de planification familiale, au développement du dispositif de santé et à une forte convergence des politiques de population et de santé publique. Les VII^e et VIII^e plans de développement économique et social (1988-1996) permettront la mise en œuvre de moyens importants pour renforcer l'infrastructure et l'équipement sanitaires de base, les hôpitaux de circonscription.

Durant la période 1987-1991, des changements importants sont à noter dans la définition des populations cibles et des institutions vecteurs des messages d'information. A cet égard, la médecine du travail est largement sollicitée pour une mission d'éducation des ouvriers et des employés dans les entreprises agricoles et industrielles. Le monde du travail est particulièrement visé, et avec lui la population masculine entre dans les priorités de l'ONFP. La limitation des naissances ne doit plus être seulement une préoccupation féminine mais les dirigeants du planning familial tunisien ont bien compris que la motivation des pères pour restreindre leur descendance est importante, notamment parce que ce sont eux qui détiennent le plus souvent le pouvoir économique, social et symbolique dans le couple. Pour que les « sanctions » économiques (allocations familiales, déductions fiscales) et les messages d'incitation du planning familial soient efficaces, il faut donc qu'ils touchent aussi les hommes. Différents messages leur sont adressés pour les convaincre des avantages socio-économiques d'avoir peu d'enfants. Des affiches sont éditées par l'ONFP, rendant hommage à l'ouvrier qui a une « petite famille » et qui par conséquent peut se concentrer sur son travail et non pas avoir l'esprit occupé par les problèmes familiaux. Les avantages d'une famille restreinte tels qu'ils sont présentés aux pères sont presque exclusivement de l'ordre du bien-être économique (individuel ou collectif). Cet intérêt pour les hommes, dans le cadre de la santé familiale, se limite encore aux maris, et les autorités restent très attachées aux aspects traditionnels des programmes de planification familiale. Si les décisions de restriction des naissances peuvent être partagées par le couple, par contre la contraception reste encore exclusivement une affaire de femme.

La décennie 1980 est aussi celle où l'on commence à observer les résultats de la politique active de l'Office de la Famille et la Population menée depuis 1975. Il s'agit plus précisément d'une double politique. D'une part l'ONFP encourage vivement le recours à la stérilisation, méthode qui semble correspondre à l'attente des femmes, d'autre part il met en place des programmes spécifiques de distribution de la pilule (gratuité, approvisionnement des pharmacies privées...) en souhaitant vivement que les méthodes d'espacement se diffusent rapidement. La ligature des trompes qui n'était jusqu'alors que peu pratiquée devient une méthode courante, avec une moyenne annuelle de 11 730 opérations entre 1985 et 1989²⁶ (contre 4 600 entre 1970-1974, 8 645 entre 1975-1979 et 9 076 entre 1980 et 1984). Durant la même période, le nombre de femmes utilisant, pour la première fois, la pilule est multiplié par 1,5 (de 19 919 à 30 990). Les méthodes d'espacement restent malgré tout peu utilisées, le stérilet et la stérilisation féminine sont les deux moyens les plus fréquemment choisis par les femmes.

Les comportements contraceptifs des Tunisiennes privilégient toujours les méthodes d'arrêt. L'âge à la première naissance ne cesse de reculer avec l'âge au premier mariage, mais les grossesses se succèdent ensuite rapidement après le mariage et les femmes mettent fin à leur vie génésique de façon définitive. C'est donc par une proportion croissante de femmes célibataires dans les groupes d'âges jeunes que se traduit ce schéma (graphique 1).

Graphique 1 – Proportion de femmes célibataires par groupe d'âge (%)



Sources : recensements, INS 1956, 1966, 1975, 1984 et 1995

²⁶ ONFP 1997a, p. 56-67.

A la fin des années 1980, le planning familial a rempli l'un de ces rôles : toutes les femmes connaissent au moins une méthode contraceptive et plus de 90 % d'entre elles savent maintenant où se la procurer. Il faut cependant relativiser ce résultat, car si les femmes sont bien informées sur les méthodes, elles ont aussi souvent beaucoup de préjugés sur leur utilisation. En 1987, plus d'une femme sur deux connaissant la pilule étaient aussi convaincues que cette méthode provoquait des effets secondaires graves. Les méthodes traditionnelles (abstinence, retrait) et la stérilisation féminine sont celles qui sont perçues par les femmes comme les méthodes qui comportent le moins de contraintes et de dangers (ONFP IRD, 1989). La mission d'information et surtout de formation des utilisatrices potentielles des services de planification familiale n'est pas tout à fait achevée, il reste encore quelques difficultés à surmonter : toutes les femmes n'ont pas facilement accès aux services de planification et bien que la majorité des utilisatrices soient satisfaites, elles sont encore nombreuses à regretter le mauvais accueil qui leur est réservé dans les centres.

Ce qui semble le plus important, c'est que l'ONFP, sous ses différentes formes et statuts, a permis en un peu plus de vingt ans d'existence de rendre la contraception socialement légitime au fil des campagnes d'information. La limitation des naissances n'est plus un tabou. En 1987, 80 % des femmes jugent « acceptables » que les médias diffusent des messages sur la planification familiale (92,6 % dans le milieu urbain contre 71,1 % dans le milieu rural) (ONFP IRD, 1989).

Les orientations de l'ONPF après 1991

Après 1990, les priorités du programme de planification familiale continuent de miser sur la « globalité des prestations » et sur le concept de santé familiale. Elles s'enrichissent néanmoins, conformément aux recommandations internationales, d'une dimension « santé de la reproduction » s'appuyant sur les textes de la Conférence sur la Population et le Développement du Caire. En 1995, 63 % des fonds alloués par le FNUAP en Tunisie ont été consacrés à des programmes portant sur ce thème (FNUAP 1995).

La notion de santé de la reproduction, dans sa définition internationale, recouvre à la fois, le champ « traditionnel » de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi celui de la santé sexuelle et de la régulation de la fécondité (la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, l'avortement, l'infécondité, les maladies sexuellement transmissibles et le SIDA, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles...). Les notions de « parenté responsable » et de « sexualité responsable » apparaissent dans les déclarations des organismes internationaux. Le champ couvert par la santé de la reproduction inclut donc différents acteurs, hommes comme femmes et la notion de santé de la reproduction dépasse le strict cadre médical. La question de la liberté et de la responsabilité, individuelles et collectives, dans les comportements sexuels et reproductifs devient une préoccupation de premier plan (Bonnet et Guillaume, 1999).

Comment le concept de santé de la reproduction a-t-il été appliqué dans les actions de l'ONFP en Tunisie ? Quels sont les nouveaux acteurs concernés ? Comment sont mises en application les notions de liberté et de responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs ?

Les nouveaux acteurs : les jeunes et les hommes

Les efforts pour insérer les jeunes dans la population cible des programmes de santé et de planification familiale s'intensifient. L'ONFP veut réaliser auprès de cette population des actions d'éducation spécifiques comme des consultations de santé familiale (consultation prénuptiale, conseils conjugaux) basées sur la prévention des grossesses précoces et non désirées et une information sur les risques de l'interruption de grossesse et des MST.

L'ONFP (1998a) a mené une vaste enquête sur « les jeunes au quotidien » dont un volet était consacré aux connaissances et aux attitudes des 15-24 ans en matière de sexualité et de santé reproductive. Les résultats confirment qu'une minorité des jeunes considère que « discuter de la sexualité est important » (38 % des garçons et 40 % des filles). Les jeunes parlent de sexualité entre eux mais très rarement avec leur médecin, leurs enseignants ou leur famille. Ils ont reçu presque tous une information sur la contraception, sur les maladies sexuellement transmissibles et surtout sur le SIDA. L'enquête fait ressortir les difficultés qu'ont les jeunes à trouver un interlocuteur pour parler de leur sexualité et s'informer. Alors que 67 % souhaiteraient pouvoir en parler avec un médecin, seuls 24 % ont entamé un dialogue avec lui, et à l'opposé, alors que seulement 1 % des 15-24 ans pensent que leurs amis sont de bons interlocuteurs, plus de 90 % ont déjà abordé le sujet avec eux, sans doute par manque de conseillers plus qualifiés. Ces résultats montrent que l'ONFP a de toute évidence un rôle informatif important à jouer auprès des populations jeunes. Ils rappellent aussi combien il est difficile et encore tabou de parler de sexualité aux jeunes et combien les ignorances sont nombreuses chez ces adolescents. Seuls les jeunes des milieux les plus éduqués semblent être bien informés et parler sans trop de crainte de leur vie sexuelle.

Depuis récemment, on peut considérer qu'une nouvelle étape est franchie : l'idée que l'homme doit prendre ses responsabilités dans la planification de sa famille semble acquise²⁷. La crainte que l'épidémie du SIDA atteigne la Tunisie a obligé les autorités à intensifier et modifier leur discours sur les préservatifs et donc sur la contraception masculine même si, en dehors de la prévention des MST, la contraception des couples est toujours du ressort des épouses. Mais les résultats de l'enquête citée nous rappellent aussi que la connaissance en matière de sexualité et de procréation est minimale chez une large majorité des adolescents et adolescentes. Ils ne sont informés sérieusement sur la contraception qu'une fois mariés. Mais pour que l'éducation sexuelle des célibataires

²⁷ Voir par exemple dans le magazine trimestriel de l'ONFP (1998b, p.16) une lettre de la rédaction adressée aux jeunes hommes les informant sur ce thème.

soit motivée, encore faudrait-il que l'activité sexuelle, la procréation ou la cohabitation hors mariage soient légitimes et légales.

La liberté et la responsabilité individuelles et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs

Dans la mouvance des nouvelles orientations en matière de santé de la reproduction, les conférences du Caire et de Pékin introduisent le droit des femmes à la santé sexuelle, le droit d'être maîtresses de leur sexualité, sans aucune contrainte, discrimination ou violence et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. Les représentants de la Tunisie trouvent ce nouveau concept trop flou et, comme beaucoup d'autres pays musulmans, ils invoquent leurs lois nationales pour émettre des réserves sur les recommandations portant sur les droits fondamentaux des femmes d'exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité.

En effet, si les droits en matière de planification, de limitation des naissances ou même d'avortements en Tunisie sont acquis, ils se restreignent *de facto* aux couples mariés. Les prestations de l'ONFP s'adressent avant tout aux couples et non pas aux célibataires. Ce que les autorités craignent en signant les conventions internationales du Caire ou de Pékin c'est la « liberté sexuelle » dont pourraient bénéficier les femmes ou les hommes puisqu'ils peuvent théoriquement, grâce à la contraception, dissocier sexualité et procréation. Or, la procréation hors mariage reste hors norme et à l'inverse la virginité jusqu'à la nuit des noces est fortement idéalisée.

C'est dans ce cadre que l'ONFP inscrit ses campagnes d'information en matière de sexualité, en les limitant aux relations conjugales. Car même s'il reconnaît que « *en raison de l'ajournement de l'âge au premier mariage en Tunisie, l'activité sexuelle pré-nuptiale pourrait devenir de plus en plus importante* » (ONFP, 1999a), il ignore pour l'instant presque totalement les jeunes célibataires dans ses actions de promotion du planning familial, bien que cette règle soit de plus en plus contournée par l'intermédiaire des campagnes de prévention des MST ou du SIDA.

Certes, récemment, l'ONFP s'est intéressé à la « contraception des nulligestes », précisant qu'« une femme active sexuellement peut pour des raisons professionnelles ou autres désirer retarder sa première grossesse sans altérer sa fécondité ultérieure ni sa sexualité » (ONFP 1999a). Mais là encore ces conseils s'adressent aux femmes déjà mariées et en aucun cas ne doivent permettre aux femmes célibataires d'avoir une vie sexuelle. En réalité, la sexualité hors mariage et la procréation pré-nuptiale restent encore fortement condamnées socialement et juridiquement. L'acte sexuel avec une jeune fille âgée de

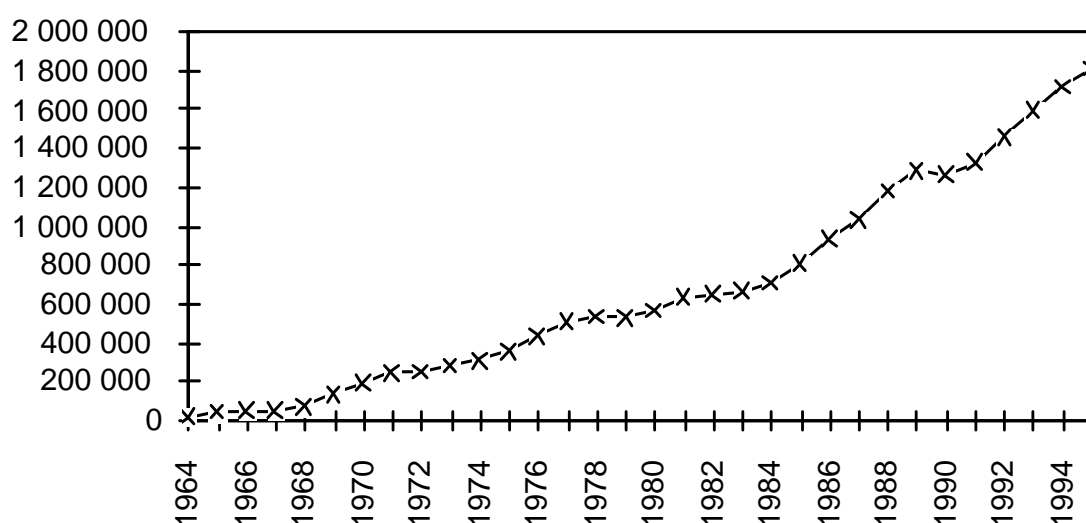
moins de 21 ans, même consentante, est passible de cinq à six ans de prison pour l'homme si sa partenaire n'est pas légalement sa femme²⁸ (Chérif-Chammari, 1995).

De la même façon, la cohabitation hors mariage des conjoints est absolument proscrite. L'article 36 du code pénal précise que « les époux, dont l'union a été déclarée nulle et qui continuent ou prennent la vie commune, sont passibles d'une peine de six mois d'emprisonnement ». Ce texte, instauré en 1957 pour supprimer les mariages coutumiers, est actuellement utilisé pour poursuivre les couples qui vivent maritalement, c'est-à-dire sans contrat de mariage (Chérif-Chammari, 1995).

La politique de prestations de planification familiale après 1991

Parallèlement aux nouvelles activités et recherches liées à la « santé de la reproduction », les activités traditionnelles du programme de planification familiale continuent (graphique 2).

Graphique 2 – Evolution du nombre de visites dans les centres de planification familiale (1964-1995)

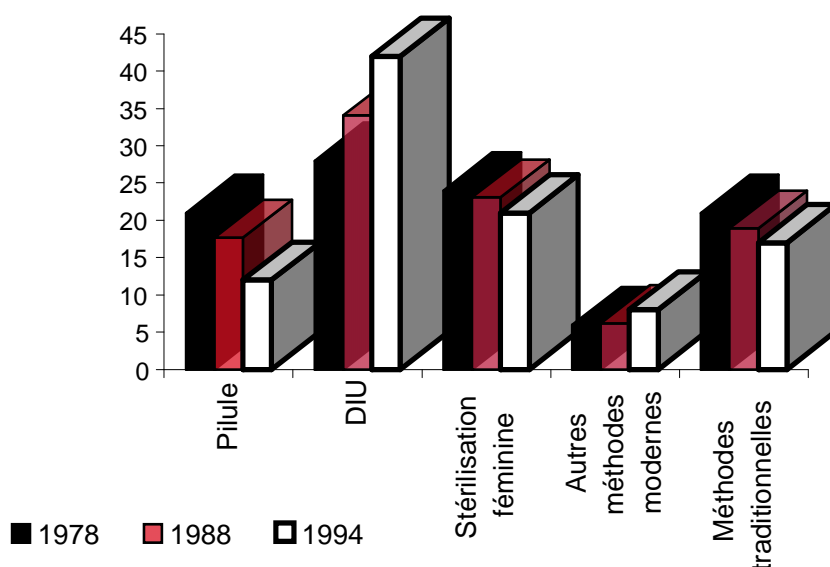


Source : ONFP 1997a.

²⁸ « Celui qui fait subir sans violences l'acte sexuel à un enfant de sexe féminin âgée de moins de 15 ans est puni de 6 ans de prison. La peine est de 5 ans de prison si l'âge de la victime est supérieur à quinze ans et inférieur à vingt ans accomplis. La tentative est punissable. Le mariage du coupable avec la victime dans les deux cas prévus par le présent article arrête les poursuites ou les effets de la condamnation. Les poursuites ou les effets seront repris si, avant l'expiration de deux ans à dater de la consommation du mariage, ce dernier prend fin par le divorce prononcé à la demande du mari », Article 227 bis du Code pénal.

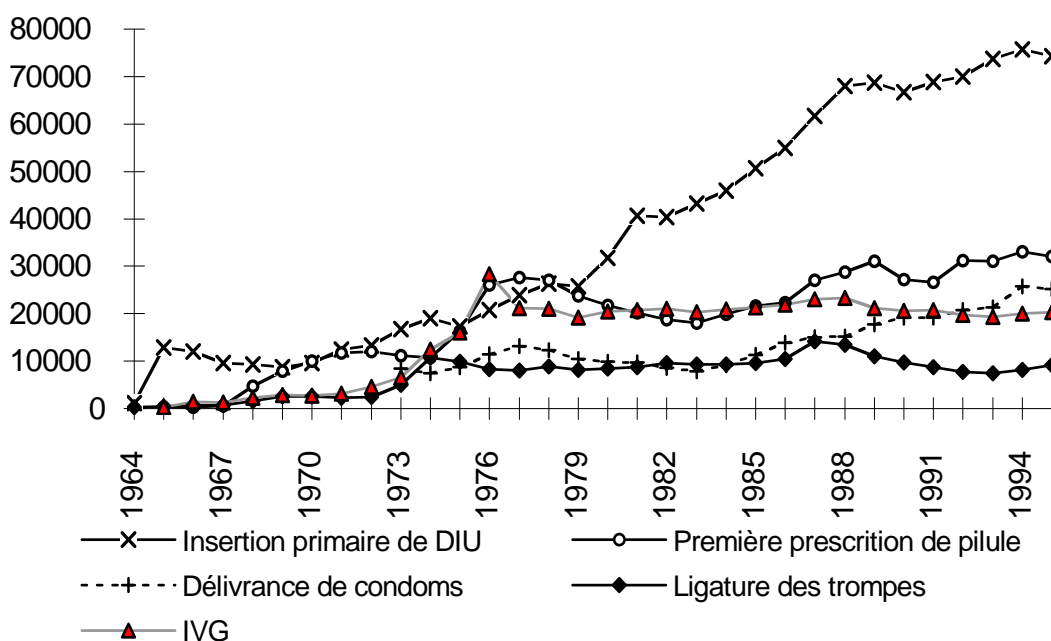
En milieu urbain, les centres de planification familiale fonctionnent bien et le bilan est jugé positif. Toutes les femmes y ont facilement accès à la contraception et aux services de santé maternelle et infantile. Les projets de l'ONFP sont maintenant de promouvoir les méthodes de contraception d'espacement. Les dernières enquêtes montrent que le DIU reste la méthode la plus souvent utilisée (42 % des utilisatrices en 1994) (ONFP, 1996a), vient ensuite la stérilisation féminine (21 %). La pilule et les autres méthodes modernes sont choisies par moins d'une utilisatrice sur cinq (17 %) (graphiques 3 et 4).

Graphique 3 – Répartition des femmes utilisatrices de contraception selon la méthode pratiquée (%)



Sources : ONPF 1982, ONPF IRD 1989, ONPF 1996a.

Graphique 4 – Evolution des visites dans les centres de planification familiale par type d'activités (1964-1995)



Source : ONFP 1997a.

En milieu rural, les objectifs de l'ONFP sont autres. Les différentes enquêtes démographiques ou les évaluations du programme national mettent en exergue les fortes disparités régionales des indicateurs de fécondité et de prévalence contraceptive. Ainsi en 1994, la prévalence contraceptive varie de 69,8 % dans le grand Tunis à 33,7 % dans le gouvernorat de Tataouine (Sud-Est), pour une prévalence nationale de 59,7 % (ONFP 1996a). L'amélioration de la couverture sanitaire et de la qualité des prestations de santé reproductive dans le milieu rural et plus particulièrement dans les « zones d'ombre » est la priorité du programme de planification familiale durant les années 1990. Il s'agit de renforcer le potentiel humain et matériel dans les régions les plus isolées où les prestations de planification familiale sont encore peu accessibles. L'action de l'ONFP est à cet égard tout à fait intéressante²⁹. Afin de mieux informer et sensibiliser les femmes les plus pauvres dans les zones les plus reculées, l'ONFP a formé des agents voués à cette unique mission : « les animatrices de la santé reproductive et familiale ». Elles sont originaires de ces « zones d'ombre » et y résident. Elles sont formées et équipées en supports éducatifs créés tout particulièrement pour les femmes de ces zones défavorisées. L'ONFP ayant souhaité adapter l'offre le plus précisément possible aux réalités du monde rural tunisien, les agents, les moyens médicaux, les messages de promotion sont choisis avec beaucoup d'attention.

Afin d'utiliser au mieux les moyens attribués au programme de planification familiale dans les « zones d'ombre », des enquêtes ont été menées pour comprendre quels sont les besoins et les attentes des couples dans les régions où le planning familial rencontre des difficultés. C'est dans cet esprit que l'enquête sur le « Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du centre ouest et du sud de la Tunisie » a été réalisée et analysée en 1995 (ONFP, 1997b).

Une mission quasiment achevée ?

Au milieu des années 1990, les chercheurs de l'ONFP ont entrepris un bilan, une évaluation du programme de planification familiale. Diverses publications montrent ce qu'aurait pu être la Tunisie « si la population tunisienne avait évolué sans planification familiale » (ONFP, 1996b). Selon ces publications, les bénéfices de la politique de population de la Tunisie depuis 1956 sont nombreux, l'impact du programme de planning familial sur les secteurs sociaux concerne les secteurs de l'emploi, de l'éducation, de la santé, de l'émancipation de la femme (ONFP, 1997a). Le bilan est jugé positif, les fortes craintes d'une démographie exubérante au début des années 1970 sont aujourd'hui apaisées.

²⁹ Et, dans ces zones rurales, sans doute la plus utile socialement. Entre 1978 et 1994, la part du public dans l'approvisionnement en méthodes contraceptives est restée la même, soit environ 80 % (ONFP, 1982, ONFP, 1996a). Mais l'offre privée est cantonnée dans les grandes villes.

« Nous voilà une trentaine d'années plus tard en 1996, année où l'on peut dire que cette vision des choses s'est avérée juste et la voie choisie fructueuse : la fécondité naguère élevée est ramenée à des niveaux non seulement compatibles avec les moyens du pays mais fort encourageants pour continuer avec succès la politique d'émancipation de la femme et de la famille engagée dès l'indépendance. La croissance de la population qui était jugée explosive par sa rapidité est maîtrisée. [...] La taille réduite des ménages rencontrée de nos jours contribue grandement à l'amélioration des conditions de vie de la famille ». (ONFP 1997a).

A la fin des années 1990, les nouveaux défis de l'ONFP, dans le domaine de la planification familiale sont donc, pour reprendre les termes de Bchir (1998), de l'ordre du qualitatif (améliorer l'accueil dans les centres), les problèmes découlant du quantitatif étant résolus en grande partie. Fort de son succès et de son savoir-faire dans ses prérogatives traditionnelles, l'ONFP peut alors s'engager dans de nouvelles missions et aborder de nouveaux thèmes. Il s'intéresse de plus en plus au vieillissement de la population et à la santé publique (via des campagnes contre le tabagisme ou les MST) et surtout il s'engage dans des actions de coopération Sud-Sud.

Lors de la Conférence sur La Population et le Développement du Caire, une alliance internationale a été lancée par dix pays du Sud reconnus pour leur réussite en matière de politique de population. La Tunisie est l'un de ces pays signataires. De nombreuses activités ont été organisées pour dynamiser cette collaboration entre pays du Sud. La Tunisie a notamment accueilli les premières journées Africaines de coopération Sud-Sud en juillet 1997 (Bel Haj Aissa, 1998). L'ONFP s'est engagé très activement dans ces nouveaux projets et accueille, forme des sages femmes, des agents de planning familial venus d'Afrique subsaharienne.

Au niveau national, les orientations et les activités récentes de l'ONFP sont à analyser dans le cadre plus large de la politique de population définie par le IX^e plan de développement. De manière affirmée, la politique de population du IX^e plan s'inscrit dans une stratégie de développement global. Les questions de population y sont traitées « en fonction des exigences de la croissance durable, de la protection de l'environnement, de l'aménagement du territoire et de l'amélioration de la qualité de vie tout en accordant l'intérêt requis à la croissance démographique au vu de ses répercussions sur l'emploi et sur les besoins en équipements collectifs et en services sociaux » (Ministère du Développement Economique, 1998). De nouveau, s'affiche la volonté de maîtriser la croissance démographique pour ne pas mettre en péril la croissance économique ni le processus de développement durable. En outre, dans cette politique de population du IX^e plan, est affirmé l'aspect prioritaire de l'équilibre régional. Il s'agit à la fois d'assurer une bonne répartition de la population sur le territoire et de privilégier les investissements dans les zones défavorisées, avec une forte implication de l'ONFP dans cette voie, comme nous l'avons vu.

Mises à part ces quelques disparités géographiques, on peut considérer que la transition démographique de la Tunisie est en voie d'achèvement (Sandron, 1998). Les indicateurs démographiques les plus récents traduisent tous la réussite de la politique de planification familiale et plus généralement de la politique de population menée en Tunisie

depuis 1956. La prévalence contraceptive était de 60 % en 1995 (tableau 1) et l'indice synthétique de fécondité de 2,4 en 1997 (tableau 2). La population croît lentement (taux de croissance 1,3 % en 1997) tandis que le produit national brut croît rapidement (de 4,6 % en moyenne durant la période 1992-1996) (ONFP, 1999b).

Tableau 1 – Taux de prévalence contraceptive 1978-1994 (%)

Année	Taux de prévalence contraceptive
1978	31,4
1983	41,1
1988	49,8
1994	59,7

Source : ONFP 1997a

Tableau 2 – Evolution de l'Indice Synthétique de Fécondité 1966-1997

Année	ISF
1966	7,2
1975	5,8
1984	4,7
1994	2,9
1997	2,4

Sources : Recensements, INS 1966, 1975, 1984, 1995, ONFP 1999b.

Quelques pistes explicatives d'une politique réussie de planification familiale

Evaluer l'impact démographique d'une politique de population reste un exercice particulièrement périlleux, surtout dans le contexte d'une société qui a connu un développement économique et social très rapide³⁰ et dont les changements dans les structures familiales

³⁰ « Le cas de la Tunisie est fort intéressant à examiner du point de vue de la recherche des facteurs de réussite d'un projet de planning familial, bien qu'il ne permette pas de conclure de manière précise sur l'impact des facteurs de modernisation en général ou de l'action propre d'un programme de planning familial est le plus décisif » (Rouissi, 1977).

reflètent d'autres réalités que celles de la démographie³¹. En outre, l'aspect protéiforme de la politique de population, que nous avons pu mettre en évidence à de nombreuses reprises, fait perdre toute signification à une simple comptabilisation de naissances évitées par tel ou tel moyen contraceptif et doit être au contraire considérée comme l'originalité de la voie tunisienne en cette matière. Il convient aussi de noter que le découpage chronologique ponctué par des étapes reflète des changements réels dans les politiques de population mais qu'il existe une logique globale continue qui prime tout au long de la période étudiée qui couvre presque un demi-siècle. Ainsi, il devient difficile de séparer dans le temps les réponses individuelles aux mesures publiques et de savoir à quelle mesure particulière correspond un changement dans les comportements reproductifs. C'est pourquoi dans ce cas précis, il nous a semblé plus intéressant de cerner l'impact de la politique de population tunisienne à travers la nature des facteurs qui expliquent sa réussite, tel que l'ont décrit de nombreux auteurs. Nous en retiendrons cinq : le statut de la famille, le statut de la femme, l'intégration de la politique de planification familiale aux secteurs économiques et sociaux, son caractère décentralisé et enfin sa continuité et sa capacité d'adaptation.

Les mesures économiques et sociales destinées aux familles qui ont accompagné la politique de population ont abouti à une modification des rapports entre ses membres et par la redéfinition même de ses fonctions. Il y a eu notamment une certaine dissociation des fonctions de production et de reproduction et le poids de la famille élargie a diminué. Camau (1989) traduit cette idée de la manière suivante : « *La disponibilité envers la notion de limitation des naissances, la prévalence accrue de la contraception, la baisse de la fécondité et de la natalité constituent les aspects connexes d'un déclin de la famille nombreuse en tant que phénomène démographique et de la famille élargie en tant qu'instance de régulation des échanges et de socialisation des comportements* ».

Suite logique du changement du statut de la famille dans la société, le statut de la femme dans la famille change de manière concomitante. Les mesures révolutionnaires prises en faveur de la femme ont fait mettre l'accent sur ce point à Rouissi dans une comparaison des situations tunisienne et algérienne (1977) : « *Ainsi, un parti dominé par la petite bourgeoisie a pu faire pour la femme tunisienne beaucoup plus qu'une révolution paysanne se réclamant du socialisme. Cela nous amène à insister une fois encore sur la centralité du statut de la femme dans la société traditionnelle arabo-musulmane en rapport avec les normes de fécondité et sur l'importance stratégique de ce statut dans les formations sociales arabo-musulmanes* ». Dans le contexte tunisien, Beaujot (1986) voit dans l'augmentation de l'âge moyen au mariage un facteur d'émancipation féminine à la fois par l'acquisition d'un statut social supérieur grâce à la possibilité d'un emploi avant le mariage et par un effet direct de maturité plus grande et donc une égalité accrue dans les relations de couple³².

³¹ « L'édifice de la famille patriarcale reposait sur une étroite complémentarité des dimensions économique et démographique de sa fonction de reproduction. L'éducation, l'industrialisation et l'urbanisation l'ont déstabilisé en tant que cellule économique de base » (Camau 1989).

³² Il faut cependant relativiser, même sur le plan juridique, l'égalité entre les femmes et les hommes proclamée par le Code du Statut Personnel. Par exemple, depuis 1973, une Tunisienne musulmane ne peut pas épouser un non-musulman, alors qu'aucune restriction de ce type n'existe pas pour les hommes. Dans un autre registre, ce n'est qu'en 1993 que l'article 23 du CSP

Au-delà de l'existence même d'une politique de population précoce³³, la manière de la concrétiser est primordiale. C'est dans ce sens que le caractère intégré de la politique de population tunisienne aux autres domaines socio-économiques est cité fréquemment comme l'élément central de sa réussite. Boukhris (1992) écrit à ce sujet : « *L'avènement du programme national de planning familial a été le fruit d'un pari intelligent et d'un engagement déterminé ayant pour genèse une conviction profonde de l'intérêt de la maîtrise de la fécondité sur les paramètres socio-économiques du développement* ». L'ONFP (1982) met en avant l'œuvre législative et sociale qui a constamment entouré la politique de population et particulièrement la promotion de la femme, la réforme de l'enseignement qui généralise l'éducation des filles, l'assouplissement des dogmes religieux et traditionnels, l'instauration du Code du travail qui interdit le travail des enfants et établit le droit au travail de la femme au même titre que l'homme.

L'intégration dont il vient d'être question est synonyme de centralisation. Elle vise à mettre sur pied une politique globale cohérente, dans laquelle le « *citoyen est à la fois fin et moyen* » (Bchir 1998). Mais cette politique de population a aussi comme caractéristique d'être appuyée par une grande quantité de relais aux niveaux régional et local qui peuvent tirer parti des spécificités locales et affiner la stratégie globale. Une structure qui est donc à la fois verticale (Président de la République, Conseil de la population, ONFP, Gouverneur de région) et horizontale (médias, partis, écoles, syndicats, associations diverses...) comme le note Boukhris (1992) et Rouissi (1977) : « *Nous avons surtout insisté sur l'importance du facteur que représente l'instrument politique de mobilisation des masses, lui-même reflet d'une situation originale de la Tunisie* ».

Nous terminerons par ce qui nous semble un autre facteur primordial dans le succès de cette politique de population : son inscription dans la durée et sa capacité d'adaptation. « *Le programme a échappé au caractère statique, observé par plusieurs autres expériences des pays en développement. Cette dynamique prouve qu'en plus des assises juridiques et du cadre institutionnel appropriés, le programme de planning familial a suivi le même rythme de mutation que la population, ce qui lui a permis de faire partie intégrante du vécu quotidien des habitants. Il s'agit là, de l'une des raisons les plus profondes du succès de l'expérience tunisienne* » (Boukhris 1992).

voit la clause d'obéissance de la femme à son époux se transformer en une « mutuelle bienveillance », le mari restant néanmoins le chef de famille. En 1994, selon Daoud (1994), restent encore pendantes les inégalités devant « les conditions de travail et de couverture sociale, la liberté pour les mariages interculturels, la question de la dot et celle de l'héritage ».

³³ Safir (2000) insiste sur le « volontarisme politique » des pays du Maghreb quant à la réduction de la natalité.

Conclusion

Pour ne pas se limiter aux seuls problèmes de management, il nous a paru essentiel de mettre en perspective la politique de population tunisienne au cours des quarante dernières années avec le contexte social qui l'a sous-tendue. Si les moyens techniques mis en œuvre pour limiter les naissances ont eu un rôle non négligeable dans la baisse de la fécondité, force est de constater que les nombreuses mesures législatives, économiques et sociales touchant de près ou de loin la question de la famille ont été le vrai moteur de cette baisse. Cela est visible dès 1956 avec la création du Code du statut personnel et peu de temps après dans les années 1960 avec la série de mesures ayant trait aux questions démographiques.

C'est assurément dans cette direction qu'il faut chercher pour expliquer le succès de la politique de planification familiale de la Tunisie. Celle-ci a toujours été, avec des degrés de réalisation et d'efficacité variables selon les époques, en amont intégrée dans des plans de développement économique et social plus vastes, en aval ciblée sur des populations précises. Cela signifie que l'offre a le plus souvent mobilisé non seulement les acteurs de l'ONFP mais aussi de nombreux relais de la vie politique et sociale, fort nombreux et diversifiés comme nous l'avons vu. Quant à elle, la demande a pu être bien analysée par l'existence de nombreuses enquêtes de grande ampleur et faire l'objet de solutions adaptées. C'est surtout cette conception intégrée et dynamique de la politique de population tunisienne que nous retiendrons, c'est-à-dire finalement son caractère endogène au développement économique et social.

Bibliographie

- Aloui Touhami, 1998 - « Bilan statistique des activités de P.F. en 1996 comparé à celui de l'année 1995 », *Famille et Population*, ONFP, Tunis, Nouvelle Série, n° 1, pp.139-149.
- Ayad Mohamed, Zoughlami Y., 1985 - *Fécondité et planification familiale en Tunisie 1983. Rapport sur les résultats de l'enquête tunisienne sur la prévalence et la contraception*, Ministère de la Famille et de la Promotion de la Femme, Office National de la Famille et de la Population, Westinghouse Public Applied Systems, 121 p, Tunis.
- Bchir Monji, 1998 - « La politique tunisienne de population : caractéristiques, contenu et résultats » in Badreddine Belhassen (Ed.), *Communication en matière de population*, Publications de l'Institut de Presse et des Sciences de l'Information et Fonds des Nations unies pour la Population, Tunis, p. 35-64.
- Beaujot Roderic, 1986 - « Libération de la femme et marché matrimonial en Tunisie », *Population*, vol.41, n° 4-5, p. 853-859.
- Bel Haj Aissa Adnen, 1998, « Le partenariat en population et développement : l'initiative Sud-Sud », *Famille et Population*, ONFP, Tunis, Nouvelle Série, n° 1, p. 151-155.
- Bonnet Doris, Guillaume Agnès., 1999 - *La santé de la reproduction. Concept et acteurs*, Paris, ETS, IRD, Document de recherche n° 8, 20 p.
- Boukhris Mohamed, 1992 - *La population en Tunisie*, Office National de la Famille et de la Population, Tunis, 263p.
- Camau Michel, 1989 - *La Tunisie*, PUF, 122 p.
- Chekir Mongi, 1977 - « Planning familial en Tunisie. Objectifs, réalisations et perspectives d'avenir. », *Famille et Population*, ONFP, Tunis, n° 5-9, p. 10-19.
- Chérif-Chammari Alya, 1995 - *Le Mariage*, Tunis, Alif-Les éditions de la Méditerranée, 93 p.
- CRECIF, 1994 - *Femmes de Tunisie. Situation et perspectives*, Centre de Recherche, de Documentation et d'Information sur la Femme, Tunis, 211 p.
- Daoud Zakya, 1994 - « Les femmes tunisiennes. Gains juridiques et statut économique et social », *Monde Arabe Maghreb-Machrek*, n° 145, p. 27-48.
- Fonds des Nations unies pour la Population, 1995 - *Rapport Annuel – Tunisie 1995*, FNUAP, 6 p.
- Gastineau Bénédicte, 1999 - « Législation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne », Communication au *Séminaire Santé de la reproduction en Afrique* ENSEA-IRD, 9-12 novembre, 19 p., Abidjan.
- Guelmami Abdelmajid, 1996 - *La politique sociale en Tunisie de 1881 à nos jours*, L'Harmattan, Paris, 293p.
- Laâjjimi Adly, 1987 - « La planification familiale en Tunisie. Raisons d'un succès et stratégies d'un futur », *Famille et Population*, ONFP, Tunis, n° 5-6, p. 48-70.
- Mahfoudh Dora, 1990 - « La famille tunisienne aujourd'hui : quelles formes de conjugalité ? », in *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, CERES, Cahier du CERES, Série Psychologie n° 7, Tunis, p. 69-79.
- Ministère de la santé publique, Direction du planning familial et de la PMI, 1971 - *La fécondité et les programmes de population en Tunisie*, Ministère de la santé publique, Services de Statistique, 17 p. Tunis.
- Ministère du Développement Economique, 1998 - *Le neuvième plan de développement 1997-2001*, volume I, République tunisienne, Tunis, 243 p.
- Office National du Planning Familial et de la Population, 1974 - *Population et planning familial en Tunisie. Politique et plan d'action*, République tunisienne, 25 p.
- Office National du Planning Familial et de la Population, 1982 - *Enquête tunisienne sur la fécondité 1978, Rapport principal, vol.1*, République tunisienne, 228 p.

- Office National du Planning Familial et de la Population, 1986 - *Statistiques de planning familial 1986*, République tunisienne, 75 p.
- Office National de la Famille et de la Population, Institute for Ressources Development, 1989 - *Enquête démographique de santé en Tunisie 1988*, ONFP, IRD/Macro Systems, Inc., Columbia, Maryland, 129 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1995 - *La planification familiale en Tunisie. Fondements, résultats, perspectives*, République tunisienne, Ministère de la santé publique, Tunis, 28 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1996 (a) - *Enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1994-1995. Rapport Principal*, Projet Pan Arab pour la promotion de l'enfance, ONFP, Tunis, 248 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1996 (b) - *Et si la population tunisienne avait évolué sans la planification familiale*, Brochure, ONFP, 6 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1997 (a) - *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, République tunisienne, 337 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1997 (b) - *Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, Tunis, ONFP, Ministère de la Santé Publique, 208 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1998 (a) - *ONFP Magazine*, Mars 1998, n° 7, 17 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1998 (b) - *ONFP Magazine*, Juillet-Décembre 1998, n° 8-9, 20 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1999 (a) - *ONFP Magazine*, Mars-Juin 1999, n° 10, 24 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1999 (b) - *Rapport national sur la population 1994-1998*, ONFP, Tunis, 66 p.
- Rouissi Moncer, 1977 - « L'expérience tunisienne de planning familial », *Actes du Congrès International de la Population UIESP*, Mexico, p. 375-391.
- Safir Tamany, 2000 - « Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb », in Vimard Patrice et Zanou Benjamin (Eds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, p. 243-261, Paris.
- Sahli Sadok, 1980 - « La pensée démo-économique tunisienne », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, p. 83-89, Tunis.
- Sahli Sadok, 1992 - *Sociétés et procréation*, Université de Tunis I, vol.39, Série Sociologie, 484 p., Tunis.
- Salablab Ali, 1987 - « Planification familiale et développement économique en Tunisie », *Famille et Population*, n° 4, p. 7-24, Tunis.
- Sandron Frédéric, 1998 - La baisse de la fécondité en Tunisie, *Dossier du CEPED*, n° 49, 56 p, Paris.
- Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Economie Nationale, 1982, *Le VI^e plan de développement économique et social 1982-1986*, République tunisienne, tomes 1 et 2.
- Seklani Mahmoud, 1960 - « La fécondité dans les pays arabes : données numériques, attitudes et comportements », *Population*, n° 5, p. 831-855.
- Vallin Jacques, 1971 - « Limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats », *Population*, numéro spécial, p. 181-204.
- Zmerli Selma, 1990 - « Les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planification familiale », in *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, CERES, Cahier du CERES, Série Psychologie n° 7, Tunis, p. 81-95.

- Office National du Planning Familial et de la Population, 1986 - *Statistiques de planning familial 1986*, République tunisienne, 75 p.
- Office National de la Famille et de la Population, Institute for Ressources Development, 1989 - *Enquête démographique de santé en Tunisie 1988*, ONFP, IRD/Macro Systems, Inc., Columbia, Maryland, 129 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1995 - *La planification familiale en Tunisie. Fondements, résultats, perspectives*, République tunisienne, Ministère de la santé publique, Tunis, 28 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1996 (a) - *Enquête tunisienne sur la santé de la mère et de l'enfant 1994-1995. Rapport Principal*, Projet Pan Arab pour la promotion de l'enfance, ONFP, Tunis, 248 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1996 (b) - *Et si la population tunisienne avait évolué sans la planification familiale*, Brochure, ONFP, 6 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1997 (a) - *Impact du programme national de planning familial sur les secteurs sociaux*, République tunisienne, 337 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1997 (b) - *Comportement contraceptif des familles en milieu rural dans les régions du Centre Ouest et du Sud de la Tunisie*, Tunis, ONFP, Ministère de la Santé Publique, 208 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1998 (a) - *ONFP Magazine*, Mars 1998, n° 7, 17 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1998 (b) - *ONFP Magazine*, Juillet-Décembre 1998, n° 8-9, 20 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1999 (a) - *ONFP Magazine*, Mars-Juin 1999, n° 10, 24 p.
- Office National de la Famille et de la Population, 1999 (b) - *Rapport national sur la population 1994-1998*, ONFP, Tunis, 66 p.
- Rouissi Moncer, 1977 - « L'expérience tunisienne de planning familial », *Actes du Congrès International de la Population UIESP*, Mexico, p. 375-391.
- Safir Tamany, 2000 - « Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb », in Vimard Patrice et Zanou Benjamin (Eds.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, L'Harmattan, p. 243-261, Paris.
- Sahli Sadok, 1980 - « La pensée démo-économique tunisienne », *Revue Tunisienne de Sciences Sociales*, p. 83-89, Tunis.
- Sahli Sadok, 1992 - *Sociétés et procréation*, Université de Tunis I, vol.39, Série Sociologie, 484 p., Tunis.
- Salablab Ali, 1987 - « Planification familiale et développement économique en Tunisie », *Famille et Population*, n° 4, p. 7-24, Tunis.
- Sandron Frédéric, 1998 - La baisse de la fécondité en Tunisie, *Dossier du CEPED*, n° 49, 56 p, Paris.
- Secrétariat d'Etat au Plan et à l'Economie Nationale, 1982, *Le VI^e plan de développement économique et social 1982-1986*, République tunisienne, tomes 1 et 2.
- Seklani Mahmoud, 1960 - « La fécondité dans les pays arabes : données numériques, attitudes et comportements », *Population*, n° 5, p. 831-855.
- Vallin Jacques, 1971 - « Limitation des naissances en Tunisie. Efforts et résultats », *Population*, numéro spécial, p. 181-204.
- Zmerli Selma, 1990 - « Les fondements juridiques et institutionnels du programme national de planification familiale », in *L'avenir de la famille en Orient et en Afrique du Nord*, CERES, Cahier du CERES, Série Psychologie n° 7, Tunis, p. 81-95.

Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire

Amoakon ANOH, Raïmi FASSASSI, Patrice VIMARD

Introduction

En Afrique, les relations dans le temps entre l'adoption d'une politique démographique, la mise en œuvre de programmes de planification familiale, les progrès de l'utilisation de la contraception et la baisse de la fécondité sont variées et sont loin de présenter l'enchaînement logique de cette énumération. La diminution de la fécondité dans les milieux instruits et urbanisés est en effet le plus souvent antérieure aux programmes de planification familiale, qui sont généralement précédés par l'accès de certaines populations à des informations sur la contraception et à des moyens contraceptifs, dans des institutions communautaires ou dans le système de soin privé. En outre, l'évolution de différents pays africains nous montre que, de l'adoption d'une politique de fécondité à la mise en œuvre de programmes de planification familiale à l'échelle nationale, il existe souvent un décalage de plusieurs années, celles qui séparent les discours gouvernementaux de leur traduction en actes effectifs de la puissance publique. De même, elle nous enseigne que, du développement de ces programmes de planification familiale à la diffusion de la pratique contraceptive à toutes les couches de la population, il existe un processus complexe qui mène de la constitution d'une offre de moyens de contrôle des naissances à l'adéquation de cette offre à la demande réelle des populations (Vimard et Zanou, 2000).

Au-delà des relations dans le temps, on constate également que les liens de causalité ne sont pas toujours directs, dans la mesure où les phénomènes démographiques interfèrent avec d'autres évolutions tout aussi importantes, dans l'ordre institutionnel (modification des législations familiales), économique (avec succession de périodes de croissance et de crise), social (marqué par l'alphabétisation et l'urbanisation), culturel (constitution de nouvelles normes par l'accès aux médias modernes). Les phénomènes de la sphère démographique évoluent ainsi dans un espace socio-économique plus large, où les relations sont davantage dialectiques que linéaires et univoques, où chaque évolution, dépendante de transformations préalables, sera elle-même l'un des facteurs de changement ultérieur (Vimard, 2000). Cette diversité, cette complexité et cette absence d'autonomie de la sphère démographique ne doivent cependant pas nous empêcher de nous interroger sur l'histoire de tel ou tel pays au regard de la politique démographique, de son émergence et de ses effets sur la fécondité.

La Côte d'Ivoire constitue à cet égard un exemple éclairant. En effet, depuis le début des années 1980, ce pays présente l'intérêt de voir la pratique de la contraception se développer, le mode de contrôle de l'espacement des naissances évoluer, et la fécondité elle-même diminuer, en l'absence, jusqu'à ces dernières années, de politique de population et de programme national de planification familiale et dans une période caractérisée, au moins dans sa première phase, par un populationnisme relativement affirmé. Afin d'éclairer ce paradoxe, notre article analysera successivement l'évolution des positions gouvernementales en matière de population, la mise en œuvre progressive des services de planification familiale et de santé reproductive, et l'évolution de la pratique contraceptive et du contrôle de la fécondité, avant de conclure sur les fondements de la transformation du modèle de reproduction en Côte d'Ivoire¹.

L'évolution de la politique démographique ivoirienne : d'un populationnisme affirmé à un néomalthusianisme déclaré

Un populationnisme affirmé jusqu'en 1990

La position du gouvernement ivoirien en matière de fécondité et de croissance démographique a varié tout en demeurant du type populationniste jusqu'à la fin des années 1980. Cette option s'est matérialisée par un laisser-faire en matière de fécondité et d'immigration de 1960 à 1975. À partir du deuxième plan quinquennal (1976-1980), la recherche d'une croissance naturelle plus forte constituera le moyen essentiel pour concrétiser cette vision.

Les enquêtes permanentes des Nations unies auprès des gouvernements indiquent qu'en 1974, la Côte d'Ivoire considérait le taux d'accroissement de sa population comme trop bas ; elle se retrouvait dans cette catégorie avec des pays comme le Gabon, la Libye, le Maroc, la République centrafricaine, le Cameroun et le Cap-Vert (Makinwa-Adebusoye, 1993). En 1976, en revanche, le gouvernement ivoirien déclarait que le niveau de la fécondité et le taux d'accroissement naturel étaient satisfaisants et qu'il n'avait pas l'intention d'entreprendre des actions pour les influencer. La majorité des pays d'Afrique qui avaient répondu à l'enquête des Nations unies partageait cette position, notamment les pays francophones, parmi lesquels on peut citer les pays voisins de la Côte d'Ivoire

¹ Cette analyse a été produite dans le cadre d'un programme mené par l'IRD et l'ENSEA d'Abidjan sur « Santé de la reproduction, transition de la fécondité et politique de population en Côte d'Ivoire, programme bénéficiant du soutien de l'Agence universitaire de la francophonie (AUF). Les vues exprimées dans l'analyse sont celles des auteurs et n'engagent ni leurs institutions d'appartenance ni les autorités nationales concernées.

(Burkina Faso, Mali et Guinée) ainsi que le Togo et le Bénin. Les sources consultées n'indiquent pas la raison de l'évolution ivoirienne. Toutefois, on peut penser que ce revirement provient d'une meilleure connaissance de la réalité démographique ayant induit une prise de conscience du fait que le niveau de la fécondité observée se situe déjà à un maximum et qu'il est en conséquence irréaliste de parler de taux bas.

Les résultats des enquêtes suivantes des Nations unies, publiées au cours de la décennie 1980 (1983, 1986, 1989), révèlent que si le gouvernement ivoirien demeurait satisfait du niveau de la fécondité et du taux d'accroissement naturel, il envisageait désormais d'intervenir pour les maintenir. À cet égard, la Côte d'Ivoire se rapprochait du Mali, du Togo et de Sao Tomé et Príncipe. Mais, parmi ses voisins francophones, seul le Mali conservait une position officielle identique à celle de la Côte d'Ivoire ; la Guinée (en 1986) et le Burkina Faso (en 1989) considéraient la fécondité et l'accroissement naturel comme trop élevés et déclaraient intervenir pour les réduire (Sala-Diakanda, 2000).

Toutefois, il faut signaler que ces déclarations officielles du gouvernement ivoirien, fournies par les enquêtes des Nations unies, s'écartent quelque peu des informations disponibles dans les documents techniques comme les plans quinquennaux de 1976-1980 et de 1981-1985. Le point de divergence concerne la position et l'intervention en matière de croissance naturelle. Le plan de 1976-1980, qui, pour la première fois, accorde une place significative aux phénomènes démographiques dans la programmation du développement, avait retenu, entre autres objectifs, la « *recherche d'une croissance démographique plus consciente et plus harmonieuse, au niveau de la famille et au niveau national* ». Cet objectif, souligne le planificateur, devrait permettre « *une augmentation quantitative de la descendance vivante des mères* » d'une part, et « *une amélioration qualitative du niveau de santé des mères comme des enfants* » d'autre part (République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980).

Cette volonté permanente de disposer d'une population fortement croissante peut être illustrée à travers trois exemples de prises de position énoncées durant la décennie 1980. Ces exemples reflètent bien la position officielle de la classe politique depuis les années 1960, dans une ère de monopartisme, caractérisée par une pensée et un langage politiques uniques.

En décembre 1982, dans son allocution de clôture au séminaire sur « Population et développement en Côte d'Ivoire » à Abidjan, le Ministre de la Santé déclarait² : « *Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes que vous êtes, que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelque huit millions d'habitants, comprenant aussi bien la population autochtone que la population immigrée, est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit en effet de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait en 1980 une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000*

² Ce séminaire, tenu à Abidjan du 13 au 19 décembre 1982, a été organisé conjointement par les Ministères du Plan et de l'Industrie, de la Santé publique et de la Population, d'une part, et la Commission Economique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA), d'autre part. Le discours du ministre a été lu par le Secrétaire d'Etat à l'Industrie.

km². Quant au Japon, sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km². Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît pas encore la menace d'explosion démographique. » (Fraternité Matin, 21 décembre 1982).

Dans le même ordre d'idée, le Directeur de la Statistique au Ministère du Plan affirmait, en juillet 1987, à l'occasion de la journée de célébration des cinq milliards d'habitants sur la terre : « [...] Il n'y a pas en Côte d'Ivoire un problème de population. S'il y a des zones connues [...] où il y a une forte concentration avec de problèmes sociaux, il y a par contre des zones pratiquement vides. [...] Il n'y a pas de problème démographique mais plutôt un problème de l'utilisation qu'on peut faire de notre population. » (Fraternité matin, 13 juillet 1987).

En janvier 1989, le Ministre de la Promotion de la femme réaffirmait le souhait des autorités pour une population plus nombreuse dans son discours d'ouverture au séminaire sur « Approches aux programmes d'espacement des naissances » à Abidjan : « [...] la Côte d'Ivoire, pour longtemps encore, ne connaîtra pas de problème de surpopulation. [...] Il n'y a pas lieu de chercher à limiter les naissances pour dissiper des inquiétudes qui pourraient résulter d'une augmentation jugée trop rapide de la population africaine pour créer la psychose d'un « péril noir » par exemple ».

Ainsi, aux yeux des autorités ivoiriennes de cette époque, il n'existe pas de problème de population, et le besoin de ralentir la croissance de la population du pays ne se fait pas sentir. Au contraire, une croissance démographique élevée est souhaitable. Ces opinions en faveur d'une croissance de la population en Côte d'Ivoire rejoignent celles déjà émises par des représentants de la société civile dans le cadre des travaux de la première étude nationale prospective « Côte d'Ivoire 2000 », menés d'octobre 1973 à juin 1974.

L'idée d'un effet positif de la croissance et de la densité de la population sur le développement économique et social est le facteur essentiel à l'origine de cette attitude populationniste de la puissance publique. En outre, cette attitude s'articule avec les conceptions les plus profondes de la population concernant la représentation et le rôle de l'enfant dans la société et la famille.

Si, dans le contexte ivoirien des années 1970, les autorités et l'opinion publique considèrent qu'il n'y a pas de problème de population et que le besoin de ralentir la croissance de la population de leur pays ne se fait pas sentir, c'est à cause d'une conviction selon laquelle la croissance de la population a un effet positif sur le développement économique et social. Les effets bénéfiques d'une population nombreuse sont de divers ordres, notamment les gains liés aux économies d'échelles, l'incitation à travailler et à créer... La densité de peuplement est perçue, ici, comme le moyen par lequel la croissance démographique détermine la richesse des nations. Dans cette optique, la faible densité de la population à l'échelle nationale (17 habitants au km² en 1970, 25 en 1980 et 36 en 1990), à laquelle s'ajoutent des inégalités régionales, favorise le maintien de cette volonté d'une population croissante. La comparaison, citée plus haut, de la Côte d'Ivoire à quelques pays (comme le Japon et l'Italie) très différents sous l'angle de la densité de la population et surtout de la puissance économique montre bien

les termes de l'argumentation selon lesquels densité de la population et développement économique vont de pair.

Cette attitude de l'Etat se trouve confortée par les motivations des individus, de nature idéologique et socio-économique. Concernant la représentation de l'enfant, toute naissance est perçue comme positive du fait de la conception de la personne humaine qui amène à supposer que l'enfant est porteur de l'âme d'un membre de la communauté des ancêtres. Cette conception, qui est une survivance des croyances anciennes, fait de la limitation des naissances un sujet presque tabou. Du point de vue socio-économique, il faut mentionner comme facteurs d'une forte demande d'enfants, le travail que les enfants effectuent pour leurs parents, la sécurité qu'ils sont censés leur apporter durant leurs vieux jours, et le prestige social que confère une descendance nombreuse.

On pourrait ajouter à cette liste de facteurs explicatifs du maintien de l'attitude populationniste en Côte d'Ivoire, l'appartenance à l'aire coloniale française. Non seulement la France avait légué à ses colonies sa législation nataliste mais surtout elle a eu tendance à adopter une position nuancée lors des conférences internationales sur la population et le développement³.

Au total, le maintien de la position populationniste en Côte d'Ivoire ne relève pas uniquement de raisons d'ordre économique et matériel, mais elles sont aussi de nature culturelle et religieuse. Cette variété de facteurs à l'origine de l'attitude populationniste explique pourquoi l'amélioration des connaissances sur les relations entre la croissance rapide de la population et le développement économique et social, d'une part⁴, et la crise économique et les conséquences des programmes d'ajustement structurel en cours depuis le début des années 1980, d'autre part, n'ont pu entamer complètement la position des autorités politiques.

³ A Bucarest en 1974 par exemple, le délégué français (M. Michel Durafour, Ministre du Travail et de la Population) soutenait une position intermédiaire entre les pays (Etats-Unis, Inde, Indonésie, Bangladesh...) qui préconisaient l'implantation des programmes de planification familiale et ceux (Algérie et Argentine notamment) qui pensaient que le développement était le meilleur contraceptif (voir par exemple la relation faite en Côte d'Ivoire par le quotidien *Fraternité Matin* du 22 août 1974).

⁴ Dans les années 1980, les connaissances s'étaient améliorées sensiblement grâce à la disponibilité des résultats de différentes opérations de collecte de données (recensements de la population en 1975 et 1988, enquête de fécondité de 1980-1981...) et à de nombreux colloques.

Un tournant idéologique sous contraintes : de la déclaration de politique de développement des ressources humaines de 1991 à la politique nationale de population de 1997

La politique de développement des ressources humaines a constitué l'un des volets essentiels du programme d'ajustement structurel (PAS) de la période 1991-1993⁵ tout en traduisant le changement d'attitude du gouvernement vis-à-vis des questions démographiques (Zanou, 1994). La déclaration adoptée par le gouvernement à ce sujet indiquait que la politique de développement des ressources humaines consistera à mettre en œuvre une véritable politique démographique orientée vers un développement durable (République de Côte d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991).

La pression des institutions internationales et la nécessité de diminuer les dépenses d'investissement de l'État très endetté expliquent pourquoi, malgré le maintien d'une densité faible de la population en comparaison de celle d'autres pays, et la persistance des considérations relatives aux conceptions de l'enfant, les discours des autorités ivoiriennes ont pris subitement des accents néomalthusiens. En outre, en dehors des programmes de gestion et de valorisation des ressources humaines préconisés par la Banque mondiale, une conjonction de facteurs internes et externes incitait également à ce tournant en matière de politique démographique.

Au niveau national, les plaidoyers de l'Association ivoirienne pour le bien-être familial (AIBEF)⁶, les séminaires et colloques sur la population, l'accumulation de connaissances sur les données et les projections démographiques ont influencé les perceptions des officiels sur les questions de population. Les perspectives de population présentaient en effet un futur inquiétant pour les responsables politiques, de par la rapidité de la croissance envisagée. On avait annoncé 20 millions d'habitants pour l'an 2000 (*Fraternité Matin*, 24 août 1988), mais près de 4 millions manqueront à l'appel lors du recensement de 1998 puisque seulement 15,4 millions d'habitants y seront dénombrés ; d'autres sources, élaborées après le changement de position du gouvernement, prédisaient 23 millions en 2008 et 52 millions en 2028 et étaient reprises dans les discours politiques d'alors⁷.

⁵ Cette phase du PAS en Côte d'Ivoire comportait trois programmes : le programme d'ajustement du secteur financier (PASFI), le programme d'ajustement de la compétitivité (PASCO) et le programme de développement des ressources humaines (PDRH).

⁶ Citons par exemple le séminaire à l'intention des parlementaires sur « Santé, population et développement à Abidjan en novembre 1987. Ce même thème a été utilisé pour animer plusieurs autres séminaires dont la conférence départementale à l'intention des leaders communautaires à Bouaké le 18 janvier 1990.

⁷ Voir par exemple à ce sujet le discours du président de l'Assemblée nationale du 6 octobre 1993.

Au niveau régional, les conférences africaines de population (Accra 1971 ; Arusha 1984 ; Dakar/N'gor 1992) ont favorisé et consolidé les nouvelles compréhensions des problèmes de population. De plus, la constitution de groupes d'intérêt, comme le Conseil des parlementaires africains sur la population et le développement, créé en 1986, a accéléré l'évolution des perceptions des autorités concernant les problèmes démographiques. Au niveau mondial, les institutions internationales ont également contribué au revirement des positions des gouvernements comme celui de la Côte d'Ivoire, à travers notamment les conférences mondiales de population organisées par les Nations unies. La Côte d'Ivoire, absente à Bucarest, y fut représentée pour la première fois en 1984, à Mexico, par son ambassadeur au Mexique. La participation ivoirienne d'abord timide sera plus déterminée en 1994, au Caire, après le changement de position, puisque la délégation ivoirienne, conduite par le ministre de la Culture, comprenait une douzaine de hauts cadres de l'administration et des associations et cinq représentants de la presse.

La Conférence du Caire a conforté les nouvelles positions des autorités ivoiriennes dans la mesure où le programme d'action adopté lors de la conférence insiste sur la nécessité d'incorporer l'approche de la santé de la reproduction dans les politiques et programmes de développement économique et social avec des thèmes qui rejoignent les préoccupations du gouvernement. Rappelons en effet que cette approche, légitimée grâce au mouvement féministe, s'articule autour de trois concepts de base (les soins de santé en matière de reproduction, les droits reproductifs, le renforcement du pouvoir de la femme) et a des implications majeures, notamment la réorientation des politiques de population privilégiant la croissance de la population et ses conséquences économiques et sociales vers une perspective centrée sur la santé, le bien-être et la satisfaction des intentions reproductives individuelles.

En définitive, la politique de développement des ressources humaines de la Banque mondiale n'a fait qu'accélérer le changement de perception des autorités ivoiriennes concernant les problèmes de population au début des années 1990. La dégradation de la situation socio-économique, les interventions des institutions spécialisées des Nations unies et de l'AIBEF portaient en elles les germes de ce changement.

Cette politique de valorisation des ressources humaines a débouché sur l'adoption, en mars 1997, d'une déclaration de politique nationale de population (DPNP), plus orientée vers un développement durable (République de Côte d'Ivoire, Ministère délégué auprès du premier Ministre chargé du Plan et du développement industriel, 1997). La Côte d'Ivoire se retrouvait alors dans la même situation que bon nombre de pays avec lesquels elle a en partage la langue française, la majorité de ceux-ci n'ayant défini leur politique de population que récemment, dans le courant de la décennie quatre-vingt-dix. Dans le cadre de la mise en œuvre de la PNP, un Programme national d'actions en matière de population (PNA) couvrant la période 2002-2006 a été adopté en mars 2002 (République de Côte d'Ivoire, Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification du Développement, 2002). Les questions de population qui y sont abordées sont celles retenues dans la DPNP.

La définition des objectifs et des grandes lignes d'action de la politique nationale de population (PNP) en Côte d'Ivoire est inspirée des principes et recommandations du plan mondial d'action sur la population qui, depuis Mexico en 1984, a préconisé l'approche de l'intégration des programmes de population dans les stratégies de développement économique et social (IPD). Son objectif général réside en « *l'amélioration du niveau de vie et du bien-être de la population par une meilleure adéquation quantitative et qualitative entre l'offre et la demande en matière de santé, d'éducation et d'emploi* » (République de Côte d'Ivoire, 1997).

Quant aux objectifs spécifiques de la politique nationale, ils relèvent de trois catégories : ceux qui concernent le mouvement démographique, ceux relatifs au contexte économique, social, culturel et environnemental, et ceux qui ont trait au renforcement des capacités de planification et de gestion des politiques et programmes de population.

Concernant la première catégorie, relative à l'objet de cet article, deux objectifs sont consacrés au mouvement démographique à l'échelle nationale : maîtriser la croissance naturelle de la population d'une part, sur lequel nous insisterons, et maîtriser la migration internationale d'autre part.

Les objectifs spécifiques consacrés à la croissance naturelle de la population n'ont pas été exprimés en terme de taux d'accroissement démographique mais plutôt au moyen des taux relatifs à la fécondité et à la mortalité. Ainsi, on attend une réduction de l'indice synthétique de fécondité de 5,7 enfants par femme en 1994 à 4,5 en 2005, d'une part, une baisse de moitié de la mortalité maternelle et infantile, ainsi que de la morbidité et de la mortalité générales d'ici l'an 2015, d'autre part. Pour y parvenir, il est envisagé, entre autres lignes d'actions, de généraliser les programmes de planification familiale en vue d'accroître le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez l'ensemble des femmes de 5,7 % à 30 % d'ici 2015.

La première remarque que nous pouvons faire à ce stade concerne le rôle de la planification familiale. Si dans le passé, elle n'avait été admise que pour améliorer la santé des mères et des enfants, désormais son rôle s'étend à un objectif démographique. Il faut remarquer ensuite le caractère ambitieux de l'objectif retenu : le niveau de la prévalence contraceptive attendu est comparable à ceux atteints actuellement par les pays comme le Kenya (31 %) et le Botswana (32 %), ce qui revient à un développement accéléré de programmes en une vingtaine d'années. Qu'on se souvienne ici que la prévalence contraceptive au Ghana, qui dispose d'un programme depuis 1969, est de 20 % et que celle du Togo, qui mène des activités depuis 1975, s'établit à 14 %. C'est dire que, pour atteindre l'objectif retenu, la Côte d'Ivoire devra mettre en œuvre d'importants moyens⁸.

⁸ Pour plus de commentaires sur les objectifs de la politique nationale de population et les structures de gestion, on pourra consulter Vimard *et al.*, 2001.

La constitution progressive d'une offre de planification familiale

Des mesures générales en faveur de la santé des populations...

La politique sanitaire adoptée après l'accès à l'indépendance, le 7 août 1960, a conduit à une restructuration des conditions de fonctionnement de la médecine et à la mise en œuvre de nombreux programmes. En effet, la priorité fut donnée à la médecine préventive, à l'hygiène sociale et à l'éducation sanitaire du public, primauté qui permit de s'adresser aussi bien aux personnes saines qu'aux malades et qui fut favorable à la santé des mères et des enfants en ce qu'elle avait pour objet l'hygiène villageoise, la prévention des maladies infectieuses, la nutrition, la surveillance des femmes enceintes, la vaccination de masse, l'hygiène individuelle et collective.

Pour exécuter ces choix, les autorités sanitaires se sont appuyées à la fois sur des services fixes et mobiles. Quatre structures ont été particulièrement mises à contribution, à savoir : le service de Protection maternelle et infantile (PMI), l'Institut d'hygiène, les services des grandes endémies et, à partir de 1968, l'Institut national de la santé publique (INSP).

Cette organisation institutionnelle et les programmes développés ont permis de lutter efficacement contre une forte mortalité infanto-juvénile (201 décès avant un an pour mille naissances vivantes en 1958 à la veille de l'indépendance) résultant d'une variété de morbidité relative aux enfants (tétanos ombilical, rougeole, paludisme, poliomyélite, malnutrition, parasitoses, absence de vaccination, manque de soins appropriés et d'hygiène) ou à leurs mères (défaut de suivi et d'hygiène durant la grossesse, tuberculose, affections gynécologiques, tréponématose, parasitoses...). Certaines causes de décès telles que les maladies transmissibles (varirole, fièvre jaune, rougeole) et les maladies parasitaires se sont ainsi trouvées mieux maîtrisées au début des années 1970. En conséquence, la mortalité infantile enregistre une baisse sensible aussi bien en milieu urbain (140 décès pour mille naissances vivantes en 1975 contre 175 pour mille en 1965) qu'en milieu rural (185 décès pour mille naissances vivantes contre 200 décès pour mille en 1965). Il existe, cependant, des inégalités entre les régions : Abidjan étant nettement privilégié, et le Nord et l'Ouest défavorisés par rapport à toutes les autres régions⁹.

Avec l'option résolument nataliste proposée par l'étude nationale prospective Côte d'Ivoire 2000 et adoptée par le plan quinquennal 1976-1980, l'orientation vers une

⁹ Les données sont extraites de : République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980, *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980*, volume III.

médecine préventive, l'hygiène sociale et l'éducation sanitaire¹⁰, en vigueur depuis les années 1960, se trouve consolidée en s'inspirant notamment de l'approche des soins de santé primaires préconisée par la communauté internationale dans les années 1970. Ainsi, le ministère de la Santé publique et de la population se réorganise au cours du quinquennat 1976-1980 et crée les bases de secteur de santé rurale¹¹. Celles-ci, reprenant les services des grandes endémies et de la médecine sociale, ont amélioré l'impact de la médecine de masse sur la population du milieu rural. Au début de l'année 1980, on comptait 20 bases de secteur de santé rurale.

Par ailleurs, des programmes spécifiques en matière de protection maternelle et infantile ont été mis en place. Citons par exemple le programme élargi de vaccination (PEV) visant à vacciner les enfants contre les maladies transmissibles les plus graves et les femmes enceintes contre le tétanos, d'une part, et le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques qui a comme but la réduction de la mortalité infanto-juvénile, d'autre part. On assiste également à l'augmentation de l'effectif des sages-femmes (1 260 en 1988 contre 781 en 1981, soit une sage-femme pour 3 932 femmes en âge de procréer contre une sage-femme pour 4 872).

Frappé de plein fouet par la crise économique des années 1980, ce système de santé s'est efforcé de maintenir des services acceptables en s'appuyant sur les financements extérieurs et sur le recouvrement des coûts des prestations de santé.

L'orientation de la politique sanitaire adoptée, vers la médecine préventive en conjonction avec la stratégie des soins de santé primaires préconisée depuis Alma Ata en 1978, a été le facteur clef qui a permis à la planification familiale à but sanitaire d'avoir droit de cité en Côte d'Ivoire. La modification des lois sur les méthodes de régulation des naissances au début des années 1980 participe de la volonté d'assurer aux femmes et aux enfants une meilleure santé. Auparavant, la loi française du 31 juillet 1920, visant à lutter contre la dénatalité en France au sortir de la guerre, héritée de la colonisation, interdisait en Côte d'Ivoire l'avortement ainsi que la publicité, l'importation et la vente de produits contraceptifs, ce qui avait fortement restreint l'accès aux méthodes de régulation des naissances. L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981, instituant le nouveau code pénal, abroge la loi du 31 juillet 1920 (Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire, 4 janvier 1982). L'accès aux méthodes réversibles est ainsi libéralisé

¹⁰ Il faut noter que si la priorité a été accordée à la médecine préventive, la médecine curative n'a pas été délaissée. Ainsi, on a pu assister à un accroissement de l'infrastructure sanitaire notamment à Abidjan et dans certains chefs-lieux de région comme Bouaké, Abengourou, Korhogo, Yamoussoukro, Daloa...

¹¹ « Au niveau du département ou d'un ensemble de départements, une base de (secteur de) santé rurale est une formation sanitaire polyvalente chargée d'assurer dans son ressort géographique des activités de dépistage, de prévention, de traitement et d'éducation en soutien aux formations rurales existantes par des services spécialisés. Elle assure des soins de santé de masse auprès de l'ensemble de la population par des moyens fixes et mobiles. Elle exerce la supervision technique de l'ensemble des formations rurales de son ressort et gère les moyens de celles-ci. Elle est placée sous l'autorité d'un médecin-chef... (article 6 du décret n° 91-814 du 11 décembre 1991 portant classification des établissements sanitaires et sociaux).

tandis que de nouvelles lois sont mises en place qui assouplissent quelque peu les anciennes lois sur l'avortement¹². Par contre, la stérilisation demeure interdite¹³.

... mais une faible implication du secteur public envers la planification familiale

Les méthodes réversibles les plus courantes comme la pilule, l'injectable, le stérilet et le préservatif resteront, cependant, autorisées sans soutien direct de l'Etat jusqu'à la fin de la décennie 1980. Les pays voisins comme le Ghana et le Mali et les pays pionniers comme le Kenya ont à cet égard une avance notable sur la Côte d'Ivoire puisqu'ils accordent un soutien direct à la dissémination des méthodes contraceptives depuis les années 1970.

Mais, compte tenu du populationnisme des autorités, aucun programme de planification familiale n'est instauré en Côte d'Ivoire à cette époque. Néanmoins, le secteur public et surtout le secteur privé ont lancé quelques activités en matière de planification familiale.

L'implication du secteur public sera limitée en effet à la diffusion de l'information sur la planification familiale, notamment dans le cadre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF) développé dans les institutions d'éducation féminine. Dans ces conditions, l'attention accordée par la Côte d'Ivoire au mot d'ordre du plan d'action mondial de la population, préconisant que de 1974 à 1985 « *toute personne désirant avoir des renseignements sur le contrôle des naissances et se procurer les moyens nécessaires, sera à même de le faire à l'aide des services publics* », est restée dans un premier temps très faible.

Contrairement au secteur public, le secteur privé a mis l'accent à la fois sur l'information et sur la diffusion des méthodes de régulation des naissances. Ce secteur a été dominé par l'AIBEF. Créée en septembre 1979, cette association n'est devenue opérationnelle qu'en 1986 avec l'ouverture de ses premières cliniques à Abidjan (Bamsié et Kouamé, 1992). En 1989, l'association disposait de trois cliniques. Elle avait pu organiser également des projections de films, des conférences et des séminaires dont celui à l'intention des parlementaires sur « Santé, population et développement » à Abidjan en novembre 1987. D'autres acteurs, comme le mouvement pour la promotion de la vie familiale (PROVIFA) et Pathfinder, ont eu des actions plutôt marginales. Vers la fin des années 1980, ces intervenants du secteur privé ont collaboré avec le ministère de la

¹² Concernant l'avortement, on est passé de l'illégalité à la catégorie des lois à caractère très restrictif, qui n'autorisent l'avortement que pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Sa pratique effective est soumise à une condition supplémentaire : deux médecins, en dehors du médecin traitant, doivent confirmer que cet avortement est nécessaire pour sauvegarder la vie de la mère menacée. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives (articles 366 à 369 du code pénal).

¹³ L'article 343 du code pénal précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort.

Promotion de la femme pour la mise en œuvre du programme d'éducation à la vie familiale (EVF).

L'approche clinique¹⁴ a été la stratégie d'activité dominante au cours de ces années 1980, comme il est fréquent dans une phase de démarrage des activités dans les contextes socioculturels très peu favorables à la planification familiale.

Signalons, pour terminer sur ce plan, que ces activités n'étaient tolérées que dans un but sanitaire. Du point de vue des autorités en effet, la planification des naissances en Côte d'Ivoire est, selon le ministre de la Promotion de la femme : « *synonyme d'espacement des naissances, dans le seul but de préserver la santé de la mère et de l'enfant au sens où l'entend l'OMS, c'est-à-dire un état général de bien-être physique, social et psychique qui va sauvegarder l'équilibre familial et assurer à la jeunesse des moyens naturels de protection* » (discours d'ouverture au séminaire sur « *Approches aux programmes d'espacement des naissances* », janvier 1989).

Certaines personnes, qui s'étaient écartées de cette ligne, s'étaient vues rappeler à l'ordre. Ce fut le cas par exemple, lors du séminaire sur « *Population et développement en Côte d'Ivoire* » à Abidjan en 1982 (Zanou, 1994) et, aussi, après le discours sur la planification familiale prononcé par le Président de l'AIBEF au Centre pilote de Port-Bouët (commune d'Abidjan) à l'intention des jeunes de cette commune le 18 août 1988¹⁵.

Aussi, en définitive, la disponibilité de la planification familiale reste-t-elle très limitée à la fin des années 1980, même s'il y a eu une avancée notable en comparaison des décennies précédentes.

De la mise en place des premiers services publics de planification familiale...

La déclaration de politique de développement des ressources humaines (DPDRH) en juin 1991, qui constitue le premier repère concret du changement d'attitude et de politique démographiques, envisage dans ce cadre la planification familiale dans son double rôle sanitaire et démographique, contrairement aux années 1980 durant lesquelles seul le rôle sanitaire avait été mis en avant.

¹⁴ Dans l'approche clinique, la population cible du programme est constituée par les couples qui expriment une demande de planification familiale, et la distribution des méthodes s'effectue exclusivement dans les cliniques consacrées à la planification familiale (voir par exemple à ce sujet, United Nations, 1985).

¹⁵ Suite au compte rendu fait par le quotidien *Fraternité matin* dans sa livraison du 24 août 1988, le ministre de la Santé, sur instruction du président de la République, a fait un rappel à l'ordre au président de l'AIBEF (le professeur Samba Diarra) et fait annuler une conférence programmée à l'intention des membres du Conseil économique et social (source : entretien avec le professeur Samba Diarra, mars 1999).

Les premières bases d'un cadre de référence cohérent relatif aux activités de planification familiale en Côte d'Ivoire ont été posées par le séminaire national sur « la planification familiale », à Grand Bassam en avril 1991. Ce séminaire a permis de dégager trois grands objectifs de politique de planification familiale :

- promouvoir la santé de la mère et de l'enfant par la prévention des grossesses à risques et l'espacement des naissances ;
- prévenir la stérilité par le dépistage, le traitement des MST et l'infécondité ;
- contribuer au développement économique et social par la régulation des naissances (Bamsié et Kouamé, 1992).

Un premier programme pilote de planification familiale fut initié sur cette base en 1992, dans le département d'Aboisso dans le sud-est du pays, avec l'appui du FNUAP.

Puis, l'adoption du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 5-16 septembre 1994), ratifié par la Côte d'Ivoire, a accéléré l'évolution amorcée depuis le début de la décennie. Celle-ci s'est concrétisée par l'élaboration d'un plan de santé reproductive et de planification familiale, la création d'instances nationales pour impulser les différentes actions en la matière et la mise en œuvre de programmes pilotes à Bondoukou, Bouaflé et Tanda.

Depuis 1999, la Côte d'Ivoire dispose d'un document de politique de santé de la reproduction et de planification familiale auquel les différentes organisations offrant des services, qu'elles soient étatiques, para-étatiques ou privées, sont censées se conformer. Ce document constitue la référence en la matière dans la mesure où il « *définit les objectifs, les stratégies et les activités complémentaires à développer pour l'atteinte des objectifs poursuivis dans le cadre plus global de la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction* » (République de Côte d'Ivoire, 1999).

Cette évolution s'est accompagnée d'une certaine instabilité de l'instance centrale chargée de la Coordination des programmes. En novembre 1991, fût créé le Bureau national de coordination de la planification familiale (BNCPF) au cabinet du ministre de la Santé et de la protection sociale. Son rôle était de définir les politiques, normes et standards en matière de prestation de services de planification familiale, d'assurer la coordination des activités de tous les intervenants dans le domaine au niveau national, de servir d'intermédiaire entre les intervenants et le ministère. En mars 1993, la direction de la Population et du développement social (DPDS) au ministère de la Santé publique prit la relève et, en mars 1996, c'est à la direction exécutive du Programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale (DEPNRPF) qu'a échu ce rôle¹⁶. Ainsi, ce sont trois équipes de direction qui se sont succédé, en moins de dix ans,

¹⁶ Depuis 2000, cette direction est appelée de fait, sans que ce changement se soit traduit par une décision réglementaire, direction de la Coordination du programme national de santé de la reproduction et de la planification familiale, ce qui donne une idée plus précise de sa mission exacte.

à la tête de la structure centrale de gestion de la politique de planification familiale en Côte d'Ivoire.

Cette instabilité de l'instance centrale de coordination, qui se conjugue avec la faible information sur le plan directeur de la santé de la reproduction, ne permet pas d'assurer la complémentarité des actions du secteur public, du privé, des institutions communautaires et des partenaires au développement et la synergie de leurs différentes interventions. Tout ceci est préjudiciable aux performances des activités de planification familiale tant dans leurs dimensions quantitatives que qualitatives.

Malgré ces contraintes, la mobilisation de plusieurs acteurs, du public comme du privé, des communautés bénéficiaires et des partenaires au développement est réelle. Ceci a favorisé le démarrage de plusieurs projets inscrivant les soins de la santé en matière de reproduction dans leurs objectifs. En terme de résultats, on dénombre en 2000 près de 230 centres de planification familiale. Mais ces centres sont répartis de façon inégale selon les régions. Quatre groupes de régions peuvent être distingués.

Le premier, le plus favorisé, est composé de la région des Lagunes, notamment la ville d'Abidjan, et de la région du Sud Comoé. À Abidjan, l'AIBEF compte quatre centres de prestation de services et un programme de distribution à base communautaire à Yopougon ; le ministère dispose de cinq centres dont trois sont gérés par l'AIBEF. En dehors de ces centres, qui disposent d'une gamme variée de méthodes, il faut noter les points de distribution de préservatif approvisionnés quasi exclusivement par PSI et ECODEV. Dans la région du sud Comoé, qui abrite le projet pilote de planification familiale soutenu par le FNUAP, on compte une trentaine de points de prestation de services de planification familiale disposant d'une gamme variée de méthodes.

Le second groupe de régions, moyennement doté, compte également deux régions : celle de la Vallée du Bandama et celle des Savanes. Il s'agit de régions où existent au moins 3 centres disposant d'une gamme complète de méthodes, desservies surtout par l'AIBEF, soit pour son propre compte soit, moins fréquemment, pour celui du ministère de la Santé. L'AIBEF y développe la stratégie de distribution à base communautaire.

Dans le troisième groupe, comptant 9 régions (Moyen Comoé, Lacs, Sud Bandama, Hautassandra, Marahoué, 18 Montagnes, Denguélé, Zanzan, Bas Sassandra), la présence des points de prestation de services de planification familiale est plutôt rare.

Dans le quatrième groupe, composé de 6 régions (Agneby, Fromager, Moyen Cavaly, Worodougou, Bafing, N'zi Comoé), aucun centre n'est signalé.

Les données disponibles révèlent que certains centres de planification familiale ouverts par le ministère de la Santé il y a quelques années ont dû abandonner cette activité. C'est le cas de la région du Fromager qui disposait de trois centres en 1993 mais n'en comptait plus aucun en 1997, et de la région des Savanes où 7 centres du ministère, enregistrés en 1993, ne sont plus signalés en 1999.

Les écarts entre les régions ne sont pas dus uniquement à un manque d'intérêt des responsables des activités de la planification familiale pour certaines régions ; parfois l'effort déployé est contrarié par le dysfonctionnement des services de santé ou par la faible adhésion des populations qui menacent la pérennité des activités.

... à l'amélioration progressive des droits reproductifs

L'émergence très progressive d'activités de planification familiale en Côte d'Ivoire s'est développée dans un cadre plus général d'amélioration des droits reproductifs et du renforcement du pouvoir des femmes en matière de procréation, deux dimensions de la santé de la reproduction qui influencent aussi bien l'offre que la demande de planification familiale. Dans ces domaines, la Côte d'Ivoire a, aujourd'hui, des acquis significatifs (tableau 1).

Signalons tout d'abord que la filiation de type matrilineaire, qui concerne un peu plus de la moitié de la population ivoirienne en 1998, est favorable à l'autonomie des femmes. Ensuite, la modification des règles matrimoniales, adoptée en 1964, de même que la libéralisation, en 1982, de l'accès aux méthodes contraceptives réversibles, a permis une amélioration de l'autonomie des femmes. Par contre, les lois sur l'avortement et la stérilisation sont demeurées très restrictives comme on l'a signalé, et les avis actuels divergent quant à leur assouplissement.

Tableau 1 – Quelques acquis en matière de droits reproductifs, classés par ordre chronologique

Domaines	Acquis
Régime matrimonial	La loi 64 375 relative au mariage fixe l'âge minimum légal au premier mariage à 18 ans révolus pour la femme et à 20 ans révolus pour l'homme ; elle rend obligatoire le consentement personnel de chacun des futurs époux à leur mariage et interdit la polygamie et le versement d'une compensation matrimoniale, 1964.
Accès à la contraception	L'article 11 de la loi n° 81-640 du 31 juillet 1981 libéralise l'accès aux méthodes courantes de contraception.
Accès à la stérilisation	L'article 343 du code pénal de 1982 précise que quiconque se rend coupable du crime de stérilisation est puni de la peine de mort*.
Accès à l'avortement	L'avortement est régi par les articles 366 à 369 du code pénal de 1982. L'avortement thérapeutique est autorisé pour sauvegarder la vie de la femme enceinte. Il y a délit d'avortement dans les autres conditions ainsi que pour la publicité et la vente de substances abortives.
Violence sexuelle	Le viol est réprimé par l'article 354 du code pénal de 1982. Loi n° 98/757 du 23 décembre 1998 réprimant les mutilations sexuelles assimilées à une forme de violence à l'égard des femmes. Loi n° 98/756 du 23 novembre 1998 réprimant le harcèlement sexuel, le travail forcé et l'union précoce ou forcée.
Exclusion	Ratification de la convention des Nations unies visant à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) en 1995.

* Mais, dans la nouvelle constitution, adoptée par référendum en 2000, la peine de mort a été abolie.

En outre, depuis la dernière décennie, aucune forme d'exclusion à l'égard des femmes n'est autorisée puisque la Côte d'Ivoire a ratifié la convention des Nations Unies visant à l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes.

Aujourd'hui, certains droits reproductifs se trouvent inscrits dans la nouvelle constitution : l'Etat doit assurer à tous les citoyens l'égal accès à la santé, à l'éducation, à la culture, à l'information, à la formation professionnelle et à l'emploi (article 7) ; les mutilations et toutes les formes d'avilissement de l'être humain sont interdites et punies par la loi (article 3).

De même l'égalité entre les sexes se trouve affirmée dans l'article 17 : « *Toute personne a le droit de choisir librement sa profession ou son emploi. L'accès aux emplois publics ou privés est égal à tous. Est prohibée toute discrimination dans l'accès ou l'exercice des emplois fondée sur le sexe, les opinions politiques, religieuses ou philosophiques.* »

Le Ministère consacré aux problèmes des femmes, créé depuis 1977, le Plan national d'action pour la femme, la constitution de sections féminines dans les partis politiques, ainsi que l'essor des ONG féminines¹⁷ au cours de la dernière décennie devraient permettre de renforcer les acquis en matière de droits reproductifs et de pouvoir des femmes, et d'améliorer la transposition dans la réalité des textes juridiques adoptés. La politique actuelle de la Côte d'Ivoire a tendance à encourager davantage la mise en application des droits reproductifs déjà reconnus qu'à en susciter de nouveaux, nouveaux droits qui sont souvent considérés comme des répliques d'exemples tirés de contextes culturels différents. L'accès à la scolarisation et à l'alphabétisation constitue, pour les autorités, le meilleur gage de progrès – ainsi que le suggère le slogan mobilisateur « l'homme qui ne sait pas lire est comme un aveugle dans la forêt » lancé au début de l'indépendance en 1960 –, et est jugé suffisant pour permettre aux femmes de maîtriser leur santé et leur fécondité, et d'accéder aux postes de décisions.

Cette recherche d'une meilleure traduction dans les faits de la législation a toute son importance dans un pays comme la Côte d'Ivoire où, comme dans beaucoup de pays en développement, il existe un décalage entre les lois récemment adoptées et les pratiques en vigueur. On note ainsi la persistance de nombreuses inégalités entre hommes et femmes. Celles-ci concernent en tout premier l'éducation. Si l'analphabétisme des

¹⁷ On peut citer notamment l'AID-Afrique (Association Internationale pour la Démocratie en Afrique), l'AFJCI (Association des Femmes Juristes) qui lutte contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, l'AIDF (Association ivoirienne pour la défense des droits de la femme), la MIFED (Mouvement International des Femmes Démocrates) qui lutte pour l'amélioration des conditions de vie de la femme dans la perspective d'une société démocratique, le CODDEF (Collectif des Femmes pour la Défense des Droits de la Femme et de l'Enfant). On pourrait ajouter à cette liste le Comité National de Lutte contre les violences faites aux femmes qui est une structure rattachée au cabinet du Ministère de la Famille, de la Femme et de l'Enfant. Créée en 2000, cette structure, de type interministérielle, est composée des représentants des Ministères de la Santé, de la Justice, de la Sécurité, de l'Éducation nationale, de l'Agriculture, de la Primature, des Organisations Internationales et des ONG intervenant dans le domaine de la lutte contre les violences faites aux femmes. Elle est chargée d'assister le ministère dans la définition des programmes et des actions à conduire pour réduire les inégalités sociales. Ce comité mène des activités de suivi et de prise en charge de cas sur le terrain (écoute, visites à domicile, assistances, orientation...)

femmes adultes a reculé depuis les années 1960 (le taux d'alphabétisation étant passé de 5 % en 1970 à 30 % en 1995), l'instruction des femmes reste plus faible que celle des hommes, alphabétisés à 50 % en 1995, quel que soit le niveau : 35,3 % des hommes ont une instruction supérieure au primaire contre seulement 15,3 % des femmes.

Ces inégalités constituent l'une des causes des résultats médiocres de la Côte d'Ivoire en matière de santé de la reproduction, qui donnent la mesure de tout l'effort qui reste à accomplir. Le risque de mourir de causes liées à la grossesse et à l'accouchement demeure élevé puisque le taux de mortalité maternelle atteint 597 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1994. La couverture prénatale et obstétricale est insuffisante, si 85 % des femmes en grossesse bénéficient d'au moins une consultation prénatale durant les années 1990, seulement 35 % peuvent avoir 4 consultations ou plus, qui constituent la norme admise pour un suivi efficient, et seulement 47 % d'entre elles accouchent avec l'assistance d'une personne qualifiée (tableau 2).

La mortalité des enfants de moins de cinq ans est encore élevée, même si elle a connu une baisse importante dans les années 1960 et 1970 avant un retournement récent de tendance (201 pour mille en 1960, 150 pour mille dans les années 1980, 181 pour mille en 1998-1999). Quant à la couverture vaccinale, elle est plutôt moyenne, malgré les progrès durant la décennie 1990 : la proportion des enfants âgés de 12 à 23 mois ayant reçu tous les antigènes prescrits par le programme élargi de vaccination (PEV) est passée de 41 % en 1994 à 51 % en 1998-1999 (tableau 2).

Tableau 2 – Quelques indicateurs du niveau de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, de 1960 à 1999

Indicateurs	1960	EIF 1980-1981	EDS 1994	EDS 1998-1999
Mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	-	-	597	-
Couverture prénatale (au moins 1 visite, en %)	-	-	83,2	85,4
Naissances avec assistance de personnel qualifié (en %)	-	-	45,4	47,1
Taux de mortalité infanto-juvénile (pour 1 000)	201	150	149,5	181
Vaccination des enfants de 12-23 mois (en %) :				
- BCG	-	-	73,8	83,7
- DTCoq3	-	-	51,4	60,9
- Rougeole	-	-	53,1	66,2
- Polio 3	-	-	51,4	60,6
- toutes	-	-	4,5	50,7

Sources : 1960 et 1980-1981 : direction de la Statistique, 1984 ; 1994 : N'Cho *et al.* 1995 ; 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

Les statistiques sur les violences sexuelles (viol, rapt, inceste, excision, sévices...) sont difficiles à obtenir, voire inexistantes, sauf en ce qui concerne l'excision pour laquelle les enquêtes démographiques et de santé ont collecté des données précieuses. Cette pratique a une ampleur élevée¹⁸, bien qu'elle soit essentiellement circonscrite à quelques groupes ethniques. Dans la population totale, en 1998-99, 44,5 % de femmes ont subi une excision, et toutes les classes d'âges sont concernées. Dans 93 % des cas, l'intervention a été réalisée par une accoucheuse traditionnelle, une vieille femme ou une exciseuse. Le personnel médical est intervenu dans moins de 1 % des cas. Les conséquences pour la santé sont nombreuses. Outre les complications immédiates (douleur aiguë, hémorragie...), ces mutilations sexuelles peuvent entraîner des kystes, des lésions du canal urinaire, des troubles du comportement (OMS, 1997).

Le décalage entre les lois et règlements adoptés et les pratiques en vigueur se rencontre également en matière d'accès à la contraception des femmes mariées, ce qui freine les progrès de la planification familiale et des droits reproductifs des femmes. Ainsi, si dans les textes, l'autorisation du conjoint n'est pas exigée pour obtenir un moyen contraceptif, dans les faits, le personnel de santé demande que la femme vienne avec son mari ou qu'elle apporte une pièce d'état civil de celui-ci comme preuve de son accord. Le personnel de santé se livrait à ce type de pratique en réaction aux nombreuses plaintes des époux pour la délivrance de contraceptif sans leur accord. Et, aujourd'hui, ce sont les responsables du programme national de planification familiale eux-mêmes qui recommandent aux prestataires de service d'obtenir l'accord des conjoints. Cette contrainte ne permet pas aux femmes d'acquérir une pleine autonomie dans le contrôle de leurs naissances, d'autant plus que dans ce domaine, leur pouvoir de négociation est souvent réduit, notamment en milieu rural. Dans ce milieu tout particulièrement, les prérogatives masculines prédominent largement et la concertation entre les époux est peu fréquente en matière de taille de la descendance. Les hommes considèrent qu'ils doivent être les seuls à décider puisqu'ils assurent l'essentiel des dépenses relatives à l'entretien et à l'éducation des enfants, leur pouvoir dans le contrôle de la reproduction découlant de leur rôle prééminent dans l'économie agricole commerciale (Adjamagbo et Guillaume, 2001).

En définitive, ces données indiquent que, malgré les interventions mises en œuvre durant les décennies précédentes, de nombreuses difficultés subsistent dans les différents aspects de la santé de la reproduction¹⁹.

¹⁸ Les données sont extraites de INS et ORC Macro, 2001.

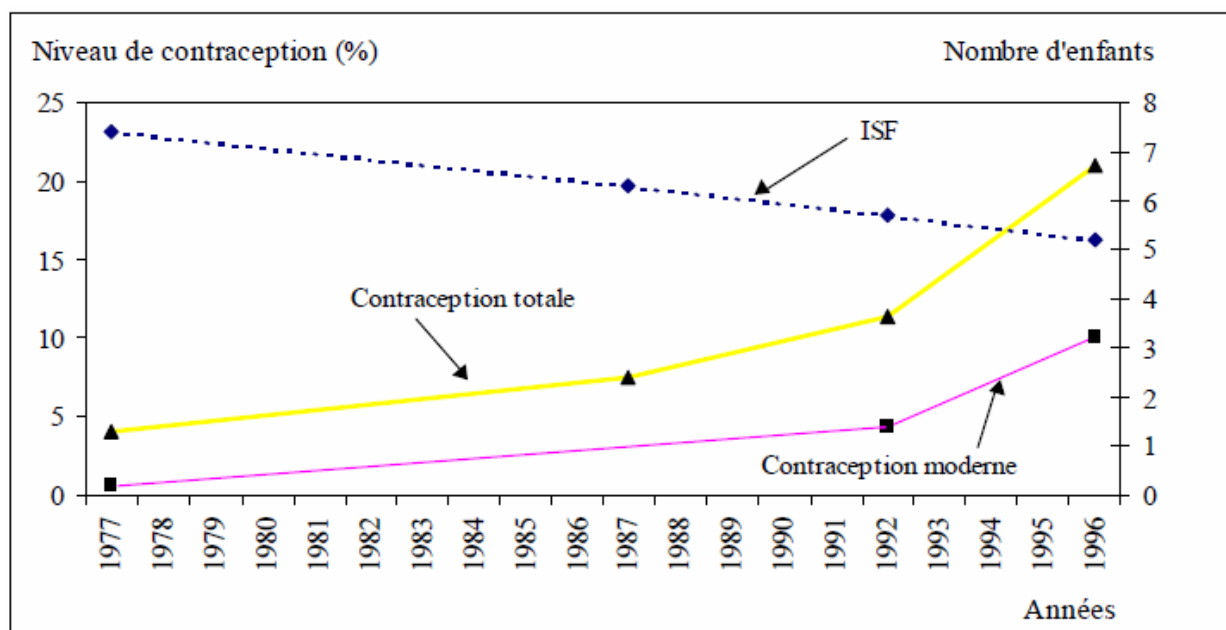
¹⁹ Pour une lecture plus complète des résultats de la Côte d'Ivoire en matière de santé reproductive, on pourra se reporter à Anoh, 2002.

Baisse de la fécondité et évolution de son contrôle : l'émergence de la contraception

Le début de la baisse de la fécondité

En Côte d'Ivoire, l'indice synthétique de fécondité passe de 7,4 enfants par femme pour en 1975-1979 à 6,3 en 1987-1988, 5,7 en 1989-1994 et 5,2 en 1994-1999²⁰ (figure 1). On observe ainsi une diminution constante de la fécondité de la période la plus ancienne – marquée par une forte fécondité, supérieure à plus de 7 enfants par femme – à la période la plus récente. Cette baisse de l'indice synthétique de fécondité est confirmée par la diminution des taux de fécondité par âge, calculés par période de cinq années, jusqu'en 1998-99, date de la dernière mesure de ce type, pour les femmes mariées comme pour l'ensemble des femmes (INS et ORC Macro, 2001).

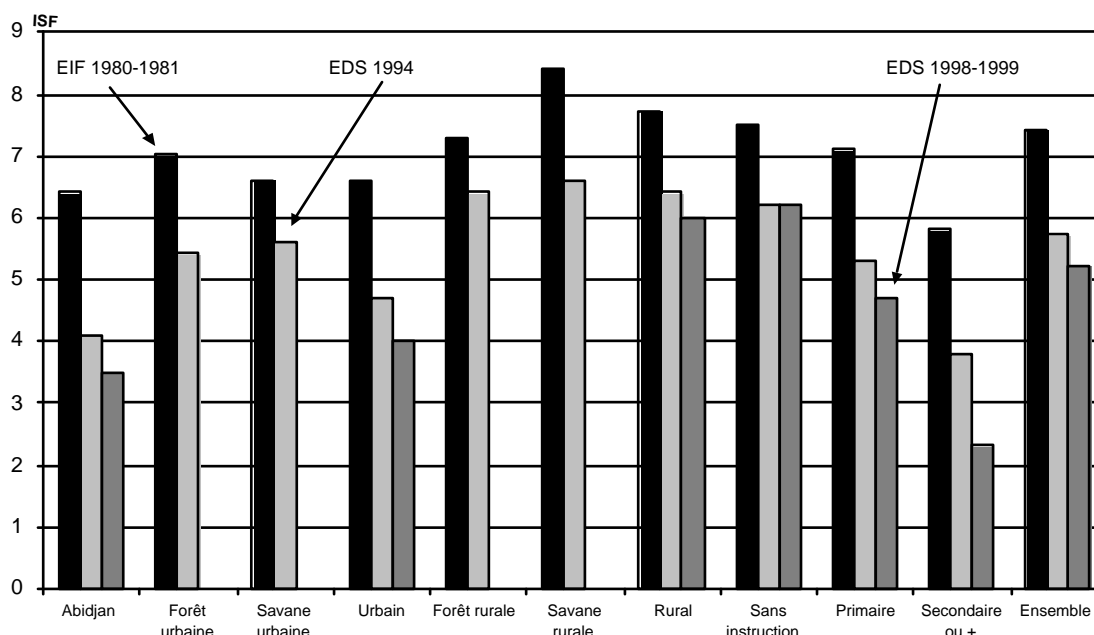
Figure 1– Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive selon la période, 1975-1999



²⁰ La première mesure procède de l'enquête ivoirienne de fécondité (EIF ; Direction de la Statistique, 1984). La deuxième concerne la donnée observée (6,3) du recensement général de la population et de l'habitat de 1988, qui nous paraît plus pertinente que l'indice ajusté de 6,8 (RGPH ; Abbas, 1992). Les deux dernières mesures ont été effectuées lors des enquêtes démographiques et de santé de Côte d'Ivoire de 1994 (EDSCI-I ; Nch'o *et al.*, 1995) et de 1998-1999 (EDSCI-II ; INS et ORC Macro, 2001), qui représentent les sources les plus récentes de données sur la population à l'échelle nationale. Dans la suite du texte nous utiliserons le sigle EDS, complété du rang ou de l'année, pour désigner ces enquêtes.

Le différentiel de fécondité entre les milieux de résidence et les niveaux d'instruction, déjà marqué à la fin des années 1970, s'accroît au fil du temps. Les indices synthétiques de fécondité varient, en 1975-1979, de 8,4 pour la savane rurale, milieu rural le plus traditionnel, à 6,4 pour Abidjan, la capitale économique, et de 7,5 pour les femmes sans instruction à 5,8 pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur (Direction de la Statistique, 1984). Ces écarts se creusent durant les décennies 1980 et 1990 dans la mesure où la baisse de la fécondité fut, d'une façon générale, plus forte dans les groupes où elle était la moins élevée, c'est-à-dire dans les groupes urbains et instruits, où la baisse est sans aucun doute antérieure à 1980 (figure 2). Pour la période 1989-1994, l'indice synthétique de fécondité varie de 4,1 pour Abidjan à 6,4 pour les femmes en milieu rural, et pour la période 1995-1999, de 3,4 à Abidjan à 6,0 en zone rurale. Par ailleurs, il se maintient à 6,2 pour les femmes sans instruction en 1989-1994 comme en 1995-1999, mais pour les femmes de niveau secondaire ou supérieur, il diminue de 3,8 à 2,3 enfants par femme. La baisse de la fécondité du moment a été particulièrement forte durant les décennies 1980 et 1990 chez les femmes d'Abidjan (-3,0 enfants) et chez celles de niveau secondaire ou supérieur (-3,5 enfants). Durant la décennie 1990, la baisse de la fécondité a été aussi légèrement plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural (-0,7 contre -0,4 enfant)²¹.

Figure 2 – Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et l'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999



²¹ Dans notre analyse, nous suivons la stratification adoptée, depuis les années 1980, pour la constitution des plans de sondage et la publication des résultats par l'Institut national de la statistique. Celle-ci croise chacune des deux zones écologiques du pays, forêt, située au sud, et savane, située au nord, avec les milieux de résidence rural et urbain ; Abidjan constituant une strate à part.

Ce rôle de l'urbanisation et de la scolarisation sur la baisse de la fécondité est attesté par de nombreuses études (Muhuri *et al.*, 1994), comme par l'analyse de l'évolution récente de quelques pays d'Afrique subsaharienne comme le Cameroun, le Ghana, le Nigeria, le Kenya et le Sénégal (Vimard, 1996). On remarque en outre une baisse, plus faible mais non négligeable, chez les femmes sans instruction (-1,3 enfants par femme en 15 ans, avec une stabilité par la suite) et chez l'ensemble des femmes rurales (-1,3 enfants par femme en 15 ans, puis -0,4 enfant par femme en 5 ans).

Les femmes résidant en milieu urbain de Savane et celles vivant dans les zones forestières rurales représentent les deux groupes où la baisse de la fécondité a été la plus faible entre 1980 et 1994. Dans les villes de la région des Savanes, les femmes sont, en proportion notable, agricultrices ou épouses d'agriculteurs, membres de groupes sociaux restés encore très traditionnels dans leurs comportements de reproduction et qui doivent compter sur leurs enfants pour les aider dans leurs activités agricoles. Quant aux populations forestières, souvent immigrées d'autres régions et fréquemment d'origine étrangère, elles sont encore pour une part engagées dans le développement d'un front pionnier qui requiert également une main-d'œuvre familiale, même si, depuis la fin des années 1980, l'épuisement rapide des terres disponibles a tendance à restreindre les courants d'immigration et la dynamique démographique de ces populations (Adjamagbo *et al.* 1995 ; Balac, 2002).

L'intensité de la baisse de la fécondité du moment en Côte d'Ivoire, de 2,2 enfants en deux décennies (1980 et 1990), se situe globalement entre celle de plusieurs pays d'Afrique de l'Est, comme le Kenya où la baisse a été de 3,4 enfants durant la même période, et celle d'autres pays d'Afrique de l'Ouest, comme le Sénégal qui a connu dans le même temps une baisse de 1,4 enfant.

Les progrès de la prévalence contraceptive

L'évolution à l'échelle nationale

Si en 1980-1981, juste avant sa libéralisation, la pratique de la contraception était restreinte à 0,6 % des femmes pour les méthodes modernes et à 3,2 % pour les méthodes traditionnelles, elle est nettement plus forte en 1994 où elle concerne respectivement 5,7 % des femmes pour les méthodes modernes et 10,8 % pour les méthodes traditionnelles, soit une multiplication par quatre de la prévalence contraceptive totale, de 3,8 % à 16,5 %. En 1998-1999, cette progression de la pratique contraceptive se confirme : la prévalence est de 20,7 % pour l'ensemble des méthodes, soit plus de 5 fois celle de 1980-1981, 9,8 % des femmes utilisant une méthode moderne et 10,9 % une méthode traditionnelle (figure 1). Cette augmentation de la prévalence contraceptive concerne également les femmes mariées : de 11 % à 15 % pour l'ensemble des méthodes et de 4 % à 7,3 % pour les méthodes modernes entre 1994 et 1998-1999 (tableau 3 ; figure 3).

Environ 2,5 % des femmes déclaraient avoir utilisé, au moins une fois au cours de leur vie, une méthode moderne en 1980-1981 et elles sont près de 10 fois plus à le faire en 1994 (23,5 %) et près de 13 fois plus en 1998-1999 (32,6 %). L'utilisation des moyens de contraception, toutes méthodes confondues, est moins fréquente chez les femmes en union que chez l'ensemble des femmes (15 % contre 21 % en 1998-1999). Ceci est dû à la forte prévalence contraceptive chez les femmes sexuellement actives et qui ne sont pas en union : chez celles-ci, plus d'une femme sur deux emploie en 1998-99 un moyen quelconque de contraception (56 % exactement) dont 27 % un moyen moderne et 29 % un moyen traditionnel. Il en est de même chez les hommes, pour lesquels l'utilisation d'une méthode quelconque de contraception est plus forte pour l'ensemble des hommes que pour les hommes mariés (en 1998-1999, elle est de 32,9 % contre 27,5 %). Cette différence est due uniquement à l'écart dans l'utilisation de méthodes modernes qui est presque le double pour l'ensemble des hommes de ce qu'elle est pour les hommes mariés (21 % contre 13 % en 1998-1999) ; les méthodes traditionnelles étant pratiquées par 11 % des hommes mariés et 13 % de l'ensemble des hommes en 1998-1999 (Direction de la Statistique, 1984 ; N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001).

Figure 3 – Utilisation d'une méthode quelconque de contraception par les femmes en union selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999

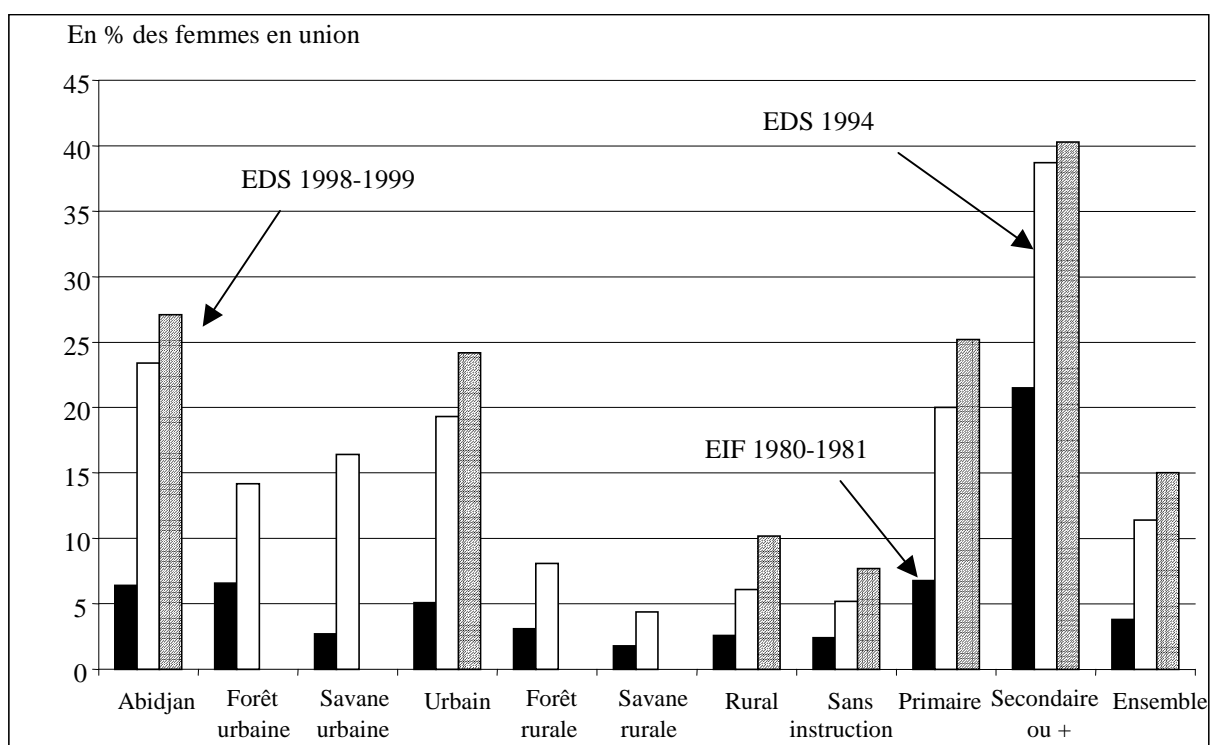


Tableau 3 – Connaissance et utilisation de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999

	EIF, 1980-1981			EDS, 1994			EDS, 1998-1999		
	Toutes les femmes			Femmes exposées			Hommes en union		
	Connaissance d'une méthode quelconque	Utilisation au moins 1 fois d'une méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'une méthode quelconque	Connaissance d'une méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'une méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'une méthode moderne	Connaissance d'une méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'une méthode quelconque	Utilisation lors de l'enquête d'une méthode moderne
Milieu de résidence									
Abidjan	77,1	56,2	6,4	91,2	23,4	9,6	96,1	27,1	11,6
Forêt urbaine	84,3	68,2	6,6	85,5	14,2	5,0	-	-	-
Savane urbaine	77,7	56,4	2,7	85,9	16,4	7,9	-	-	-
Ensemble urbain	81,5*	63,5*	5,1*	88,8	19,3	8,0	94,6	24,2	12,4
Forêt rurale	83,5	67,9	3,1	72,7	8,1	2,5	-	-	-
Savane rurale	83,1	71,2	1,8	51,7	4,4	1,6	-	-	-
Ensemble rural	83,4	69,0	2,6	65,9	6,1	2,2	86,2	10,2	4,6
Niveau d'instruction									
Aucun	80,9	66,5	2,4	64,9	5,2	2,2	83,7	7,7	4,4
Primaire	82,6	59,6	6,8	94,5	20,0	7,6	99,2	25,2	10,4
Secondaire et plus	90,6	64,3	21,5	98,8	38,7	13,2	100,0	40,3	19,6
Ensemble	81,8	65,4	3,8	74,2	11,4	4,3	89,1	15,0	7,3

Sources : EIF : Direction de la Statistique, 1984 ; EDS 1994 : N'Cho et al. 1995 ; EDS 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

*Autres villes qu'Abidjan. - : non communiqué

Si la connaissance des méthodes de contraception, toutes méthodes confondues, n'a guère évolué entre 1980-1981, date à laquelle elle concernait déjà plus de 80 % de l'ensemble des femmes, et 1994, elle s'est nettement améliorée ensuite, de 1994 à 1998-1999 puisqu'elle passe de 78 % à 92 % chez les femmes en union et de 90 % à 95 % chez les hommes en union. Par contre, la connaissance des méthodes modernes a beaucoup progressé puisqu'en 1980-1981 seulement 16 % des femmes connaissaient la pilule contre 62 % en 1994 et 77 % en 1998-1999, 11 % le préservatif contre 68 % en 1994 et 87 % en 1998-1999, et 8 % le stérilet contre 25 % en 1994 et 34 % en 1998-1999. Globalement la connaissance de méthodes modernes concerne, en 1994, 71,5 % de l'ensemble des femmes en union et 89 % en 1998-1999²². Cette progression de la connaissance des méthodes contraceptives ces dernières années est parallèle à une amélioration de la diffusion des messages sur la planification familiale dans les médias (radio, télévision, journaux, affiches...). Ainsi, dans les mois précédant l'enquête démographique et de santé de 1998-1999, ce sont 40 % des femmes qui ont été touchées par de tels messages à travers au moins l'un de ces supports, la radio (32 %) et la télévision (27 %) étant les médiateurs les plus efficaces en la matière, alors qu'elles ne touchaient ensemble que 14 % des femmes en 1994 (N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001).

Les données de l'EDS de 1998-99 révèlent des différences de connaissance des méthodes modernes selon le milieu de résidence (de 96 % à Abidjan à 86 % en milieu rural) et le niveau d'instruction (de 100 % pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure à 84 % pour les femmes sans instruction) qui recouvrent les écarts constatés dans l'utilisation (tableau 3), mais ces différences dans la connaissance sont nettement moindres qu'auparavant. Pour les catégories de femmes les plus engagées dans la pratique contraceptive, les récents progrès de l'utilisation des moyens contraceptifs correspondent à une amélioration des connaissances.

En 1998-1999, comme en 1994, les méthodes les plus utilisées par les femmes sont, pour les moyens modernes, la pilule (3,7 %) et le condom (4,4 %) et, pour les moyens traditionnels, la continence périodique (9,4 %). Quant à la pratique masculine, elle concerne essentiellement le condom (17,1 %) pour les méthodes modernes, et la continence périodique (9,9 %) pour les méthodes traditionnelles. Il convient de noter l'importance de l'utilisation des méthodes naturelles (continence périodique et retrait) qui, bien que moins efficaces que les méthodes modernes, sont fréquemment employées. Ces pratiques traduisent le réel désir de maîtrise de la fécondité de la part de la population, et l'on peut penser qu'avec un accès meilleur et moins coûteux à la planification familiale et le développement d'une meilleure acceptabilité des méthodes modernes par des campagnes d'IEC (information, éducation, communication), certaines des utilisatrices de moyens naturels recourraient à des méthodes plus efficaces.

Les écarts de niveau de fécondité entre les groupes de population se retrouvent dans la pratique contraceptive. L'utilisation des méthodes de planification des naissances est

²² On ne possède pas de données globales sur les connaissances, toutes méthodes modernes confondues, en 1980-1981.

plus forte en milieu urbain, et tout particulièrement à Abidjan, qu'en milieu rural. Ainsi, l'écart va de 6,9 % pour le milieu rural à 23,4 % à Abidjan en 1994, et de 10,2 % à 27,1 % pour les deux milieux en 1998-1999. Ces différences sont également accentuées pour les méthodes modernes, avec une utilisation qui concerne 2 % des femmes en 1994 et 4,6 % en 1998-1999 pour les zones rurales, contre respectivement 8 % et 12,4 % pour l'ensemble des villes, soit une prévalence près de trois fois plus forte en milieu urbain qu'en milieu rural.

Les écarts selon le niveau d'instruction sont encore plus accusés : ainsi les femmes en union sans instruction ne sont que 5,2 % en 1994 et 7,7 % en 1998-1999 à utiliser une méthode contraceptive (2,2 % et 4,4 % utilisant respectivement un moyen moderne) ; au contraire les femmes d'instruction secondaire ou supérieure sont 38,7 % et 40,3 % à le faire (13,2 et 19,6 % utilisant une méthode moderne), soit un écart de 1 à 6. La contraception masculine moderne est près de 3 fois plus fréquente en milieu urbain qu'en milieu rural et plus de 7 fois plus fréquente chez les hommes de niveau secondaire et supérieur que chez les hommes non scolarisés (tableau 3). La résidence urbaine et la scolarisation se révèlent des facteurs importants de la pratique contraceptive et, par conséquent, l'urbanisation et les progrès de la scolarisation devraient contribuer à la croissance de la contraception dans les années à venir.

En 1994, les utilisatrices de moyens modernes de contraception s'approvisionnent en majorité (53 %) auprès du secteur médical privé, et seulement pour un quart d'entre elles auprès du secteur public de santé, près de 18 % s'approvisionnant auprès du secteur privé non médical (boutique, bar, boîte de nuit, commerces informels, connaissances...). En 1998-1999, 5 ans après, la part du secteur médical privé a nettement diminué (35,8 %), au profit du secteur public de santé (30,8 %) et surtout du secteur privé non médical (32,2 %) dont l'importance dans l'approvisionnement a presque doublé (tableau 4). Ainsi, les poids respectifs des différents secteurs se sont nettement rapprochés durant la décennie 1990.

Tableau 4 – Sources d'approvisionnement des moyens de contraception modernes en 1994 et 1998-1999

	1994		1998-1999	
	Pour 100 utilisatrices	Pour 100 femmes	Pour 100 utilisatrices	Pour 100 femmes
Secteur public de santé	25,5	1,5	30,8	3,1
Secteur médical privé	53,0	3,0	35,8	3,6
Autre secteur privé	17,7	1,0	32,2	3,3
NSP/ND	3,8	0,2	1,2	0,1
Effectif de femmes	460	8 099	299	3 040

Sources : 1994 : N'Cho *et al.* 1995 ; 1998-1999 : INS et ORC Macro, 2001.

L'effet d'un programme pilote de planification familiale à l'échelle locale

Lorsque fonctionne un programme de planification familiale local, comme à Aboisso, la pratique contraceptive est plus répandue et progresse plus rapidement et les méthodes modernes constituent la base de cette pratique (Koffi *et al.*, 2000). A Aboisso, la proportion de femmes qui utilisent une méthode contraceptive quelconque au moment de l'enquête s'élève à 27,5 % chez l'ensemble des femmes et à 21,5 % chez les femmes en union. Dans l'ensemble du pays, cette proportion s'établit à 20,7 % chez l'ensemble des femmes et à 15 % chez les femmes en union, selon les données de l'enquête démographique et de santé de 1998-1999. Cet écart persiste si l'on se limite aux méthodes modernes : 14,7 % chez l'ensemble des femmes et 13,1 % chez les femmes en union à Aboisso contre 9,8 % et 7,3 %, respectivement dans l'ensemble du pays (tableau 5).

Tableau 5 – Prévalence et progression de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire et à Aboisso (en %)

	Ensemble des femmes		Femmes en union	
	Ensemble des méthodes	Méthodes modernes	Ensemble des méthodes	Méthodes modernes
Côte d'Ivoire				
EDSCI 1994	16,50	5,70	11,40	4,30
EDSCI 1998-1999	20,70	9,80	15,00	7,30
Coefficient multiplicateur	1,25	1,72	1,32	1,70
Taux d'accroissement annuel moyen	5,20	12,80	6,30	12,50
Aboisso				
1993	19,10	6,80	14,0	4,10
1999	27,50	14,70	21,50	13,10
Coefficient multiplicateur	1,44	2,16	1,54	3,20
Taux d'accroissement annuel moyen	6,30	13,70	7,40	21,40

Sources : N'Cho *et al.* 1995 ; INS et ORC Macro, 2001 ; Koffi *et al.*, 2000 ; IRD-ENSEA, Enquête Aboisso, août 1999.

Par ailleurs, la progression du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est plus rapide à Aboisso que dans l'ensemble du pays. Parmi l'ensemble des femmes d'Aboisso, la proportion de celles qui utilisent une méthode quelconque est passée de 19,1 % en 1993 à 27,5 % en 1999, soit une multiplication par 1,44 et un taux d'accroissement annuel moyen de 6,3 % tandis que la proportion de celles qui utilisent une méthode moderne passait de 6,8 % à 14,7 %, soit une multiplication par 2,16 et un taux d'accroissement annuel moyen de 13,7 % au cours de la même période. Chez leurs homologues dans l'ensemble du pays, le taux d'accroissement annuel moyen pour la

période proche de 1994 à 1998-1999 est légèrement plus faible : 5,2 % pour l'ensemble des méthodes et 12,8 % pour les méthodes modernes.

Le contraste est plus prononcé si l'on considère les seules femmes en union, tout particulièrement pour les méthodes modernes. À Aboisso, le taux d'accroissement annuel moyen a été de 7,4 % pour l'ensemble des méthodes et de 21,4 % pour les méthodes modernes au cours de la période de 1993 à 1999 ; dans l'ensemble du pays ces taux s'élevaient respectivement à 6,3 % et 12,5 % entre les deux enquêtes démographiques et de santé (Anoh, 2001).

L'évolution de l'exposition au risque de grossesse : la nuptialité et les pratiques d'espacement des naissances

L'évolution de la contraception s'effectue en articulation avec les transformations qui affectent les autres comportements liés à la reproduction : la nuptialité et les pratiques d'espacement des naissances. Celles-ci déterminent, elles aussi, le risque de grossesse en définissant la durée d'exposition à ce risque.

La diminution de la durée de la vie en union vécue par les femmes : du recul de l'âge au premier mariage à l'augmentation de la divortialité.

Comme la croissance de la prévalence contraceptive, l'évolution de la nuptialité apparaît comme l'un des facteurs de la baisse de la fécondité. On note en effet une forte diminution de la proportion de femmes en union à tous les âges entre 1980-1981 (EIF) et 1998-99 (EDS-II) : à 20-24 ans, 36 % des femmes sont célibataires en 1998-1999 contre 10 % seulement en 1980-1981. Cependant, le célibat définitif ne s'est pas développé et le recul de la nuptialité féminine se limite à un report des premières unions. Ainsi, on constate un retard sensible de l'âge au premier mariage, engagé au début des années 1980, qui s'accélère pour les générations les plus jeunes. En 1998-99, l'âge médian au premier mariage passe de 18,5 années pour les femmes des générations 1950-1954 à 19,7 pour les femmes des générations 1970-1974 (N'Cho *et al.* 1995). L'analyse des données du moment nous montre un recul plus important de l'âge au premier mariage des femmes : de 18,4 ans lors du recensement de 1975 à 20,9 ans lors de l'EDS de 1994, soit un retard de 2,5 années en une vingtaine d'années et de 2,1 ans entre l'EIF de 1980-1981 et l'EDS de 1994 (Hertrich et Pilon, 1996). La résidence en milieu urbain et la scolarité prolongée se révèlent être des facteurs importants de retard de l'âge au premier mariage et, par ce fait également, l'urbanisation croissante et les progrès de la scolarisation contribuent à la baisse de la fécondité (Vimard *et al.* 2001).

Outre le recul de l'âge au premier mariage, la diminution de la nuptialité des femmes non célibataires contribue à la baisse de la fécondité. On constate en effet qu'entre 1975 et

1994, le recul de la durée de vie féconde passée en union²³ par les femmes (de 77 % à 71 %) provient tout autant d'une croissance du temps passé en divorce (de 3 % à 7 %) que du temps passé en célibat (de 15 % à 18 %), le temps passé en veuvage restant égal (Hertrich et Pilon, 1996). On peut donc penser que l'accroissement du temps passé en état de divorce joue un rôle comparable au recul de l'âge au premier mariage dans cet impact de la nuptialité sur la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire. Des estimations montrent que le recul de l'âge au premier mariage entraînerait une baisse de la fécondité de 0,3 enfant par femme²⁴, de même que l'accroissement du temps passé en état de divorce ; l'évolution de la nuptialité serait ainsi la cause d'un peu moins de 40 % de la baisse de la fécondité durant la période 1981-1994.

L'évolution des pratiques d'espacement des naissances

L'évolution des facteurs sociobiologiques²⁵ de l'intervalle intergénéral est importante pour celle de la fécondité. Il a souvent été constaté dans les pays d'Afrique subsaharienne qu'une première phase de développement entraînait un relatif abandon de ces pratiques d'espacement avec un raccourcissement de la durée d'allaitement et un moindre respect de l'abstinence post-partum. Ceci se traduit alors par un raccourcissement de l'intervalle entre les naissances et une hausse de la fécondité, avant que les méthodes traditionnelles d'espacement ne soient remplacées par des moyens modernes de contraception.

En Côte d'Ivoire, la durée moyenne d'allaitement ne diminue pas d'une observation à l'autre, et on note au contraire un allongement de la durée de l'allaitement total. En 1980-1981, la durée de l'allaitement sans aucun complément alimentaire était de 6,3 mois et la durée moyenne d'allaitement de 16,2 mois. En 1998-99, ces moyennes sont respectivement de 3,5 et 20,2 mois (INS et ORC Macro, 2001). Dans la mesure où la durée d'allaitement s'accroît, il est normal qu'il en soit de même pour celle de l'aménorrhée post-partum, pour laquelle on dénote un allongement relatif, de 8,7 mois à 12,6 mois. Quant à l'abstinence post-partum, elle apparaît toujours respectée, avec une augmentation de sa durée, de 11,5 mois à 15,0 mois²⁶. Là encore, on note des différen-

²³ La durée de vie féconde passée en union et dans les autres situations matrimoniales est calculée à partir des répartitions selon l'état matrimonial observées aux différentes opérations de collecte.

²⁴ Ceci en faisant les hypothèses qu'il n'y a pas de décalage du calendrier de la fécondité et que le recul de l'âge au premier mariage n'entraîne pas de croissance du nombre des naissances pré-nuptiales. Or, en Côte d'Ivoire, on a pu enregistrer, en 1980-1981, que 28,5 % des femmes avaient eu une première conception pré-nuptiale et 16 % une première naissance pré-nuptiale, ce qui démontre que les « *relations sexuelles [...] peuvent et ont souvent lieu avant l'union* (Direction de la Statistique, 1984). Ce domaine n'a pas été étudié lors des EDS, mais ces enquêtes montrant que l'âge aux premiers rapports sexuels a tendance à diminuer légèrement dans les générations de femmes les plus jeunes, on peut penser que ce phénomène perdure, voire s'amplifie, ce qui est conforme à ce que l'on peut observer dans d'autres pays (Delaunay, 1994 ; Mboup, 2000).

²⁵ L'abstinence post-partum et l'allaitement maternel qui intervient, lui, par l'intermédiaire de l'aménorrhée post-partum dont il tend à prolonger la durée.

²⁶ Ces mesures doivent être prises avec précaution, et l'on peut penser ici que les variations tiennent autant à la méthodologie différente des enquêtes qu'à l'évolution réelle des phénomènes.

ciations entre les catégories sociales : l'allaitement prolongé et l'abstinence post-partum tendent en effet à être moins suivis en ville, surtout à Abidjan, et dans les milieux instruits²⁷.

Conséquences de cette relative stabilité des facteurs sociobiologiques de l'intervalle entre les naissances, celui-ci a peu changé durant les deux dernières décennies. La durée moyenne entre deux grossesses était estimée à 34 mois à l'EIF de 1980-1981 et la durée médiane entre deux naissances est de 33,2 mois à l'EDS de 1994, et de 35,5 mois lors de l'EDS de 1998-99. Confirmant les résultats enregistrés en 1994, il est intéressant de remarquer à cette dernière date que, malgré des moindres durées d'allaitement, d'abstinence et d'aménorrhée, les intervalles intergénésiques sont plus longs à Abidjan (40,9 mois) que dans les autres villes (38,3 mois) et en milieu rural (34,1 mois), et plus longs pour les femmes d'instruction secondaire ou supérieure (42,3 mois), que pour celles d'instruction primaire (36,4 mois) ou sans instruction (34,8 mois). La séparation est ici très claire entre les femmes urbaines et celles d'instruction secondaire ou supérieure, et les autres femmes. L'utilisation plus fréquente de la contraception, et notamment de la contraception moderne, est un facteur notable de l'allongement de l'intervalle intergénésique, qui intervient malgré un moindre suivi des pratiques traditionnelles d'espacement. Le rôle des avortements provoqués, sur lequel nous reviendrons dans la partie suivante, doit également être souligné. Le recours à ces avortements, qui semble s'être accru dans les dernières années, apparaît nettement plus fréquent en milieu urbain. Il tend à intervenir comme un moyen de contrôle des naissances pour des femmes qui sont confrontées à des échecs de la contraception ou qui ne veulent pas d'enfants sans pouvoir accéder à des méthodes contraceptives, pour des raisons de non accessibilité aux services de planification familiale ou de coût trop important (Desgrées du Loû *et al.* 1999 ; Guillaume *et al.* 1999).

La différenciation du mode de contrôle de la fécondité

L'utilisation du modèle de Bongaarts (1978), tel qu'il a été complété pour une application aux populations d'Afrique subsaharienne par Jolly et Gribble (1996), permet de mesurer les effets inhibiteurs des déterminants proches de la fécondité, dont la combinaison nous renseigne sur le type de contrôle de cette fécondité. Ce type de contrôle diffère bien entendu selon les populations et il évolue tout particulièrement en fonction de l'utilisation croissante des moyens de contraception qui, en Côte d'Ivoire comme dans beaucoup d'autres pays en développement, est fortement liée, ainsi que nous venons de le voir, à la résidence et surtout à l'instruction (National Research Council, 1993 ; Bangha, 2000). En regroupant les femmes selon leur milieu de résidence (Abidjan, autres villes, villages) et leur niveau d'instruction (sans instruction, primaire, secondaire ou plus), nous obtenons trois grandes catégories de femmes :

²⁷ Pour une analyse des différences en ces domaines, on pourra se reporter à Vimard *et al.*, 2001.

- la catégorie *traditionnelle*, qui comprend les femmes non instruites, quel que soit leur milieu de résidence ;
- la catégorie *intermédiaire*, qui comprend les femmes d’instruction primaire, quel que soit leur milieu de résidence, et les femmes d’instruction secondaire ou supérieure résidant en milieu rural ;
- la catégorie *moderne*, qui comprend les femmes d’instruction secondaire ou supérieure résidant en milieu urbain.

Ces trois catégories présentent des types de contrôle de la fécondité et des niveaux de fécondité fort différents (tableau 6). En effet, si l’effet inhibiteur de la contraception varie selon les groupes (respectivement 3 %, 10 % et 20 %), il en est de même de l’effet de l’infécondabilité post-partum qui évolue en sens inverse (46 %, 42 % et 37 % respectivement) et surtout de l’effet inhibiteur du mariage (respectivement 11 %, 17 % et 32 %) et de l’avortement (1 %, 10 % et 15 % respectivement) qui varient dans le même sens que celui de la contraception. Le contrôle de la fécondité par les femmes de la catégorie *traditionnelle* repose donc essentiellement sur les pratiques de régulation de l’espacement des naissances utilisées durant la période post-partum. Chez les femmes de la catégorie *intermédiaire*, celles-ci dominent également, mais de façon moins prononcée, et le contrôle de la fécondité fait davantage appel aux comportements matrimoniaux et, dans une moindre mesure, à la contraception et à l’avortement dont les effets inhibiteurs sont de même intensité. Pour le contrôle de leur fécondité, les femmes du groupe *moderne* recourent de manière plus équilibrée aux différentes pratiques inhibitrices : l’effet des pratiques post-partum est le plus important mais celui du modèle de nuptialité en est proche et ceux de la contraception et de l’avortement sont peu éloignés. Dans ce dernier groupe, l’inhibition par l’avortement²⁸ représente 75 % de celle par la contraception, ce qui confirme son importance dans les groupes non traditionnels, et révèle dans le même temps le décalage entre la demande de planification familiale de la part des femmes et l’offre qui leur est faite, trop faible pour y répondre. Quant à l’effet inhibiteur de la stérilité, il est très réduit car la stérilité primaire est peu présente dans les populations ivoiriennes.

À l’échelle nationale, toutes catégories confondues, la hiérarchie des différents facteurs de contrôle de la fécondité est nette : l’effet inhibiteur de l’infécondabilité post-partum est très prédominant (44 %), devant celui du mariage (16 %) et ceux de la contraception et de l’avortement (autour de 6-7 %). L’effet de l’infécondabilité post-partum perdure dans les différents groupes, même s’il s’atténue peu à peu, alors que les effets inhibiteurs du mariage, de la contraception et de l’avortement progressent sensiblement. Davantage qu’un remplacement strict des méthodes traditionnelles de contrôle des naissances par des comportements plus novateurs, on assiste à l’association de ces comportements avec

²⁸ Grâce aux résultats récents sur la pratique de l’avortement dans différentes populations en Côte d’Ivoire (Guillaume *et al.*, 1999), issus d’enquêtes réalisées par l’ENSEA et l’IRD, nous avons pu le prendre en compte dans nos calculs. Les indices d’avortement ont été ici calculés pour une population de respectivement 1 481, 675 et 467 femmes pour les 3 groupes, soit un effectif total de 2 623 femmes résidant dans deux milieux géographiques : Abidjan et Niakaramandougou.

des pratiques de recul de l'âge au premier mariage, de contraception et même d'interruption volontaire des grossesses au fur et à mesure de l'insertion des femmes dans un espace socio-économique plus moderne. On remarque ainsi, dans la catégorie des femmes urbanisées d'instruction secondaire ou supérieure, un effet cumulatif des différentes pratiques de contrôle de la fécondité (tableau 6).

Tableau 6 – Effets inhibiteurs de la fécondité, de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum, de l'avortement et de la stérilité selon la catégorie de femmes en 1994

	Catégorie traditionnelle	Catégorie intermédiaire	Catégorie moderne	Ensemble
Indice ajusté de mariage (C'm)	0,804	0,692	0,533	0,740
Naissances mesurées hors union (Mo)	1,106	1,195	1,272	1,129
Indice de mariage (Cm)	0,889 (11,10 %)*	0,827 (17,32 %)	0,678 (32,17 %)	0,835 (16,49 %)
Indice de contraception (Cc)	0,969 (3,11 %)	0,899 (10,07 %)	0,805 (19,52 %)	0,934 (6,55 %)
Indice d'infécondabilité post-partum (Ci)	0,543 (45,68 %)	0,581 (41,86 %)	0,634 (36,63 %)	0,562 (43,81 %)
Indice d'avortement (Ca)	0,993 (0,7 %)	0,897 (10,3 %)	0,854 (14,6 %)	0,939 (6,1 %)
Indice de stérilité (Ip)	0,994 (0,6 %)	1,021 (-2,11 %)	1,045 (-4,52 %)	0,995 (0,45 %)
ISF estimé, à partir d'une fécondité théorique de 15,3	7,1	6,1	4,7	6,3
ISF observée	5,9	5,1	3,7	5,7
Écart ISF estimé – ISF observé	1,2	1,0	1,0	0,6
Effectif de femmes	5 118	2 013	966	8 097

Source : calculs propres.

* Pourcentage d'inhibition entre parenthèses.

Compte tenu de l'association croissante des différents comportements de réduction de la fécondité avec l'instruction et la résidence urbaine des femmes, la fécondité estimée diminue fortement d'une catégorie à l'autre : 7,1 pour la catégorie *traditionnelle*, 6,1 pour la catégorie *intermédiaire* et 4,7 pour la catégorie *moderne*. Il en est de même pour la fécondité observée : 5,9 pour la catégorie *traditionnelle*, 5,1 pour la catégorie *intermédiaire* et 3,7 pour la catégorie *moderne*. La différence, égale ou supérieure à 1 enfant, entre l'ISF estimé à l'aide des différents coefficients d'inhibition, à partir d'une fertilité

théorique de 15,3 généralement admise²⁹, et l'ISF observé dans chacune des catégories montre que les effets inhibiteurs que nous avons estimés ne rendent pas complètement compte de l'ensemble du contrôle de la fécondité (tableau 6). Nous pouvons par conséquent supposer que d'autres pratiques de limitation de la fécondité que celles considérées ici sont utilisées (comme par exemple la non cohabitation ou la séparation temporaire des conjoints pour des motifs familiaux ou professionnels), ou que les effets inhibiteurs mesurés sont sous-estimés. Ceci pourrait être le cas par exemple de l'avortement, dont nous pouvons penser qu'il demeure sous enregistré dans les enquêtes récentes, malgré les progrès récents dans la connaissance de ce phénomène comme moyen de limitation des naissances (Desgrées du Loû *et al.* 1999).

Conclusion : croissance économique, crise et transformations du modèle de reproduction

La comparaison des modes de contrôle de la fécondité dans les différentes catégories de femmes montre que la croissance progressive de l'inhibition de la fécondité par l'emploi de méthodes contraceptives va de pair avec celle liée au recours à l'avortement et aux pratiques matrimoniales comme avec l'affaiblissement, encore tout relatif, de l'inhibition liée à l'utilisation des moyens traditionnels d'espacement des naissances. Ainsi, la progression de la pratique contraceptive, naturelle et moderne, participe-t-elle d'une évolution plus générale du contrôle de la reproduction. Cette évolution associe le maintien relatif des pratiques sociales de régulation des naissances (allaitement prolongé, abstinence post-partum) avec l'adoption d'un ensemble de comportements visant une maîtrise individuelle plus grande de la fécondité, notamment par les femmes elles-mêmes³⁰ : modification du cycle de la vie conjugale (par le retard du premier mariage et la divortialité tout particulièrement), inhibition de la fertilité par des méthodes contraceptives, interruption volontaire des grossesses. Cette évolution des modes de contrôle de la fécondité s'accompagne d'une baisse très nette de la fécondité.

L'augmentation de la prévalence contraceptive et la baisse de la fécondité sont plus fortes dans les catégories urbaines et scolarisées, c'est-à-dire celles qui ont le plus bénéficié du développement économique et social de ces dernières décennies, avec l'accroissement de leurs revenus et de leur capital culturel comme avec l'amélioration de leurs conditions de vie et d'habitat. Plus précisément, les populations les plus concernées par l'évolution de leur modèle de reproduction sont celles qui ont l'accès le plus aisé aux

²⁹ Il s'agit du niveau de la fertilité égal à la fécondité légitime naturelle en l'absence d'allaitement maternel (Bongaarts, 1978).

³⁰ On observe tout particulièrement ce contrôle individuel de la fécondité chez les femmes seules sexuellement actives, dont la prévalence contraceptive est particulièrement élevée : 50,4 % contre 10,1 % pour les femmes mariées (Fassassi et Vimard, 2002).

différents services et points d'approvisionnement en matière de méthodes contraceptives. Pour ces populations, urbaines et instruites, cette accessibilité est facilitée par tout un ensemble de facteurs géographiques, économiques et culturels. On remarque également que l'utilisation de la contraception moderne démarre véritablement dans les années 1980, au moment où son accès est libéralisé, et se renforce dans les années 1990, lorsque le revirement des positions gouvernementales conduit à un engagement, encore tout relatif, du système public de santé envers la planification familiale, comme on a pu le constater à Aboisso avec de relatifs succès en matière de pratique contraceptive.

L'évolution du modèle de reproduction apparaît de ce fait directement liée au développement socio-économique et à la politique démographique. Cependant, il faut également considérer que cette évolution a débuté durant la décennie 1980, période de crise marquée par la diminution des revenus et de la scolarisation et la précarité croissante des conditions d'existence de maintes catégories de la population ; cette évolution se poursuivant dans les années 1990, dans une période jugée comme plus satisfaisante au plan socio-économique avec un retour de la croissance mais aussi un maintien, voire un accroissement de la précarité.

La situation ivoirienne est plus un paradoxe qu'une réelle contradiction comme le confirme l'exemple d'autres pays dotés à un moment d'une fécondité très forte, comme la Côte d'Ivoire, et qui ont bénéficié d'une baisse de celle-ci dans des périodes de récession, telle la Syrie (Courbage, 1994), ou de stagnation économique, tel le Kenya (Robinson, 1992). En effet, il importe, pour saisir l'effet démographique de la crise, de la resituer dans l'histoire économique du pays concerné et on ne peut comprendre ses conséquences sans appréhender l'ensemble des changements socio-économiques préalables. Notamment, il apparaît que si la transition de la fécondité intervient ou s'accélère en période de difficultés comme en Côte d'Ivoire, ce sont les mutations antérieures (accroissement de l'instruction, amélioration sanitaire, affaiblissement de la culture traditionnelle, autonomie sociale et économique des couples et des individus...) qui permettent cette évolution où la crise ne joue qu'un rôle déclencheur et accélérateur d'une prise de conscience dont les fondements sont plus anciens, comme cela transparait de l'évolution de la fécondité au Kenya, au Sénégal, au Ghana, au Nigeria et au Cameroun (Vimard, 1996). Le changement des positions gouvernementales en matière démographique, dont la crise est l'une des origines, accompagne ce processus. Dans un premier temps, il suscite, par les discours des autorités, une modification des références relatives à la taille de la famille ; dans un second temps, il facilite l'action des associations puis des services publics en matière de planification familiale.

Mais les impacts de la crise doivent être différenciés selon les catégories socio-économiques. À ce titre, on est frappé en Côte d'Ivoire, comme dans d'autres pays d'Afrique, par le contraste entre le renforcement des comportements de transition que la crise provoque dans les classes aisées, qui ont les moyens d'accéder aux sources privées d'approvisionnement en contraceptifs, et le maintien des obstacles à l'utilisation de la contraception pour les plus pauvres. Pour ceux-ci, les difficultés du secteur public de santé, dont les prestations deviennent payantes, et l'absence d'implantation systématique

des services de planification familiale dans les centres de santé, rendent les contraceptifs difficilement accessibles.

En définitive, on peut considérer que la crise suscite une prise de conscience des populations sur le fait que leurs comportements de fécondité ne correspondent plus aux cadres économiques et sociaux nouveaux en vigueur dans leur société. Mais cette remise en cause est d'autant plus forte et rapide que les individus sont insérés dans un contexte sanitaire, social et culturel marqué par une diffusion des idéaux et pratiques démographiques favorables à la réduction de la fécondité. Et elle a tendance à se concrétiser réellement, au-delà de sa formalisation durant la crise, dans les phases de reprise économique, comme on a pu le constater au Kenya et au Ghana au début de la décennie 1990 (Mboup, 2000).

Cependant il faut admettre que le rythme de progression de la planification familiale moderne et de la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire, comme partout ailleurs en Afrique subsaharienne, dépendra, pour une large part, de l'évolution de la reproduction dans les couches pauvres de la population. À cet égard, la généralisation des services de planification familiale à l'ensemble des milieux géographiques et sociaux demeure le point critique des années à venir. La diffusion de la contraception et la réalisation des aspirations des individus à la maîtrise de leur fécondité sont et seront liées à la capacité du gouvernement à développer, ou à permettre le développement par des institutions privées, de services de planification familiale de qualité acceptable et accessibles à tous.

Bibliographie

- Abbas S., 1992 - *Fécondité* - Abidjan, 22 p. multigr. (Communication présentée au séminaire national sur « Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028 », Abidjan, 18-20 novembre 1992).
- Adjamagbo A., Guillaume A. et Vimard P., 1995 - *Evolution de la fécondité et espaces socio-économiques à Sassandra (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)* - Abidjan, 20 p., multigr. (Communication présentée au séminaire international ENSEA-ORSTOM « Transitions de la fécondité et planification familiale en Afrique », Abidjan, 16-19 mai 1995).
- Adjamagbo A. et Guillaume A., 2001 - « Relations de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart*, n° 19, p. 11-27.
- Anoh A., 2002 - « Santé de la reproduction et politiques de développement en Côte d'Ivoire avant le Caire », in GUILLAUME A., DESGREES DU LOU A., ZANOU B. et KOFFI N. (éds.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan, pp.53-76.
- Anoh A., 2001 - *Émergence de la planification familiale en Côte d'Ivoire* - Paris. 439 p. + 36 p. annexes. (Thèse de Doctorat de Démographie, Université de Paris X-Nanterre, octobre 2001).
- Bangha M.W., 2000 - « La planification familiale dans les pays en développement, avec une attention particulière à l'Afrique », in : VIMARD P. et ZANOU B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 47-71 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Balac R., 1997 - « Dynamiques migratoires et économie de plantation », in : TAPINOS G.P., HUGON P. et VIMARD P. (éds.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle* - Paris, Karthala, p. 195-231.
- Bamsie R. et Kouamé K., 1992 - *La planification familiale en Côte d'Ivoire : bilan et perspectives* - Abidjan, 13 p. (Communication au séminaire national sur « Perspectives démographiques de la Côte d'Ivoire 1988-2028 », Abidjan, 18-20 novembre 1992).
- Bongaarts J., 1978. -« A framework for analyzing the proximate determinants of fertility », *Population and Development Review*, vol. 4, n° 1, p. 105-131.
- Courbage Y., 1994 - « Évolution démographique et attitudes politiques en Syrie », *Population*, n° 3, p. 725-750.
- Delaunay V., 1994 - *L'entrée en vie féconde. Expression démographique des mutations socio-économiques d'un milieu rural sénégalais* - Paris, CEPED, 326 p. (Les Etudes du CEPED, n° 7).
- Desgrées du Loû A., Mselatti P., Viho I. et Welfens-Ekra C., 1999 - « Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : une cause de la baisse de la fécondité ? », *Population*, vol. 54, n° 3, p. 427-446.
- Direction de la Statistique, 1984 - *Enquête ivoirienne sur la fécondité 1980-1981. Rapport principal. Volume I : Analyse des principaux résultats. Volume II : Tableaux statistiques.* - Abidjan, Ministère de l'Économie et des finances.
- Fassassi R. et Vimard P., 2002 - « Pratique contraceptive et contrôle de la fécondité en Côte d'Ivoire », in Guillaume A., Desgrées du Loû A., Zanou B. et Koffi N. (éds.), *Santé de la reproduction en Afrique*, ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan, pp. 189-216
- Fraternité Matin*, 11 septembre 1994.
- Fraternité Matin*, 13 juillet 1987.
- Fraternité Matin*, 21 décembre 1982.
- Fraternité Matin*, 22 août 1974.
- Fraternité Matin*, 24 août 1988.
- Guillaume A., Desgrées du Loû A., Koffi N. et Zanou B., 1999 - *Le recours à l'avortement : la situation en Côte d'Ivoire* - Abidjan, ENSEA/IRD, 54 p. (Études et Recherches n° 27).
- HERTRICH V. et PILON M., 1996 - *Evolution de la nuptialité en Afrique* - Paris, CEPED, 40 p. multigr.
- INS (Institut National de la Statistique) et ORC Macro, 2001 - *Enquête démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999* - Abidjan, Calverton, 298 p.

- Jolly C. L. et Gribble J. N., 1996 - « Les déterminants proches de la fécondité », in : Foote K.A., Hill K.H. et Martin L.G. (éds.), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*, p. 71-118 - Paris, INED/PUF, 371 p. (Travaux et Documents, n° 135).
- Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire*, 4 janvier 1982.
- Koffi N., Sika L. et Anoh A., 2000 - « Une expérience pilote de planification familiale dans la région d'Aboisso (Côte d'Ivoire) », in : Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 111-130 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Makinwa-Adebusoye P., 1993 - « Content of population policies : African countries », in : United Nations, *Population Policies and programmes, Proceedings of United Nations Expert Group Meeting on Population Policies and programmes*, p. 42-52 - Cairo, United Nations.
- Mboup G., 2000 - « Transition de la fécondité et pratique contraceptive en Afrique anglophone », in : VIMARD P. et ZANOUB. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 133-170 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- Muhuri P.K., Blanc A.K. et Rutstein S.O., 1994 - *Socioeconomic differentials in fertility* - Calverton, Maryland, Macro International Inc., 79 p. (Demographic and Health Surveys, Comparative Studies n° 13).
- National Research Council, 1993 - *Factors affecting contraceptive use in sub-saharan Africa* - Washington, D. C, National Academy Press, 252 p.
- N'Cho S., Kouassi L., Koffi K. A., Schoemaker J., Barrère M., Barrère B. et Poukouta P., 1995 - *Enquête démographique et de santé en Côte d'Ivoire 1994* - Institut national de la statistique/Macro International Inc., 294 p.
- OMS, 1997 - *Les mutilations sexuelles féminines* - Aide mémoire n° 153, avril 1997, 4 p.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère du Plan, 1980 - *Plan quinquennal de développement économique, social et culturel 1976-1980*, volume III, p. 455-487 - Abidjan
- République de Côte d'Ivoire, Comité de suivi sur la valorisation des ressources humaines, 1991 - *Politique de population pour le développement* - Abidjan, 17 p. + annexes.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère délégué auprès du premier ministre chargé du Plan et du développement industriel, 1997 - *Déclaration de politique nationale de population*, Abidjan, 40 p.
- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la Santé publique, Direction exécutive du programme national de la Santé de la reproduction et de la planification familiale, 1999 - *Programme national de la santé de la reproduction et de la planification familiale*. -Abidjan, 108 p.
- République de Côte d'Ivoire, Cabinet du Premier Ministre, Ministère de la Planification du Développement, 2002, Programme national d'actions en matière de population 2002-2006, Bureau national de Population, 121 p.
- Robinson W.C., 1992 - « Kenya enters the fertility transition », *Population Studies*, vol. 46, n° 3, p. 445-457.
- Sala-Diakanda M., 2000 - « Les positions des gouvernements africains vis-à-vis des politiques en matière de fécondité », in : Vimard P. et Zanou B. (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, p. 13-45 - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).
- United Nations, 1985 - *Studies to enhance the evaluation of family planning programmes* - New York, United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, Population Studies n° 87, ST/ESA/SER.A/87.
- Vimard P., 1996 - « Évolutions de la fécondité et crises africaines », in : COUSSY J. et VALLIN J. (éds.), *Crise et population en Afrique*, p. 293-318 - Paris, CEPED, 580 p. (Les Études du CEPED n° 13).
- Vimard P., 2000 - « Postface », in : PILON M. et GUILLAUME A., *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, p. 295-300 - Paris, Éditions IRD, 321 p. (Collection Colloques et Séminaires).
- Vimard P. et Zanou B. (dir.), 2000 - *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique* - Paris, L'Harmattan, 297 p. (Collection Populations).

- Vimard P., Anoh A. et Guillaume A., 2002 - « La croissance démographique », *in* : Tapinos G.P., Hugon P. et Vimard P. (éds.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI^e siècle* - Paris, Karthala, pp. 41-121.
- Zanou C.B., 1994 - « Vers une politique de population en Côte-d'Ivoire. Une réponse aux conséquences sociales de la croissance démographique et de la crise économique », *in* : Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou C.B. (éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, p. 369-379 - Paris, ORSTOM, 437 p. (Collection Colloques et Séminaires).

Table des matières

Liste des auteurs

Sommaire

INTRODUCTION

<i>Arlette Gautier</i>	1
Le développement des programmes de planification familiale	2
Cinq expériences nationales	11
Conclusion	18
Bibliographie	22

LES FEMMES, LA CASTE ET L'ÉTAT

CINQUANTE ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN INDE

<i>Christophe Z. Guilmoto, P.M. Kulkarni</i>	25
Les différentes échelles des politiques de fécondité	25
Le lancement (1951-1966)	30
L'intensification et le dérapage (1966-1977)	36
Le repli et la modération (1977-1993)	41
La réorientation depuis 1993	43
La planification familiale à l'échelle locale	46
La prévalence contraceptive	51
Quel a été le succès des politiques de planification familiale en Inde ?	58
Que s'est-il passé au Tamil Nadu	62
Conclusion	66
Bibliographie	71

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN CHINE, POUR OU CONTRE LA FEMME ?

BILAN DE TROIS DECENNIES

<i>Isabelle Attané</i>	75
Trente ans de planification familiale en Chine	76
La femme chinoise, « l'oubliée » de la planification familiale ?	94

La planification familiale au XXI ^e siècle	105
Que conclure ?	110
Bibliographie	113
LA POLITIQUE DE POPULATION AU MEXIQUE	
<i>Carole Brugeilles</i>	115
Introduction	115
La genèse des politiques de population, du natalisme au néomalthusianisme	116
Les principes, le cadre juridique et institutionnel de la politique de population	121
Les plans et les programmes	124
Une baisse de la fécondité spectaculaire	130
Les principes et la réalité	139
La politique démographique après la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : le Programme National de Population 1995-2000	149
Conclusion	158
Bibliographie	161
FAMILLE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL EN TUNISIE	
UNE POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE INTEGREE	
<i>Bénédicte Gastineau et Frédéric Sandron</i>	165
Introduction	165
Le contexte social à l'indépendance	165
La nature de la politique de population	168
Le programme expérimental 1964-1965	170
Le programme national 1966-1972	171
Le renforcement du programme 1973-1983	173
La santé maternelle et infantile : 1984-1991	176
Les orientations de l'ONPF après 1991	182
Quelques pistes explicatives d'une politique réussie de planification familiale	189
Conclusion	192
Bibliographie	193

POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE EN COTE D'IVOIRE <i>Amoakon Anoh, Raïmi Fassassi, Patrice Vimard</i>	195
Introduction	195
L'évolution de la politique démographique ivoirienne : d'un populationnisme affirmé à un néomalthusianisme déclaré	196
La constitution progressive d'une offre de planification familiale	203
Baisse de la fécondité et évolution de son contrôle : l'émergence de la contraception	213
Conclusion : croissance économique, crise et transformations du modèle de reproduction	226
Bibliographie	229
Liste des tableaux	237
Liste des graphiques, figures, cartes et annexes	239

Liste des tableaux

LES FEMMES, LA CASTE ET L'ÉTAT CINQUANTE ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN INDE

Tableau 1 : Croissance de la population en Inde, 1901-2001	32
Tableau 2 : Indicateurs de fécondité et de mortalité, Inde	34
Tableau 3 : Nombre d'utilisateurs de la contraception en Inde 1956-2000 (en milliers)	39
Tableau 4 : Prévalence contraceptive en Inde	53
Tableau 5 : Prévalence contraceptive et fécondité dans les principaux Etats en Inde	56
Tableau 6 : Rang des Etats selon différents indices démographiques et développementaux	61
Tableau 7 : Dépenses publiques pour la planification familiale en Inde	70

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN CHINE, POUR OU CONTRE LA FEMME ? BILAN DE TROIS DECENNIES

Tableau 1 : Mouvements naturels de la population chinoise, 1953-1998	76
Tableau 2 : Taux de mortalité maternelle, 1980-1995 (nombre de décès de femmes pour 100 000 naissances vivantes),	100
Tableau 3 : Taux de mortalité infantile, selon les sources - Chine, 1973-1995	102
Tableau 4 : Estimation de l'indice synthétique de fécondité à partir des statistiques officielles redressées de naissances, 1990-1998	106

LA POLITIQUE DE POPULATION AU MEXIQUE

Tableau 1 : Taux de fécondité générale par groupes quinquennaux d'âges	132
Tableau 2 : Indice conjoncturel de fécondité (ICF) selon le lieu de résidence et le niveau de scolarité à différentes dates	134
Tableau 3 : Proportion de femmes en couple utilisant une méthode contraceptive (en %)	135
Tableau 4 : Lieu de prescription de la contraception en 1992 (en % d'utilisatrices)	135

Tableau 5 : Répartition des utilisatrices de méthodes contraceptives selon le moyen utilisé	135
Tableau 6 : Taux de fécondité en 1996 selon le lieu de résidence et le niveau de scolarité	155
Tableau 7 : Budget consacré à différents secteurs de la santé (en millions de dollars)	158

FAMILLE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL EN TUNISIE
UNE POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE INTEGREE

Tableau 1 : Taux de prévalence contraceptive 1978-1994 (en %)	189
Tableau 2 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité 1966-1997	189

POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE EN COTE D'IVOIRE

Tableau 1 : Quelques acquis en matière de droits reproductifs, classés par ordre chronologique	209
Tableau 2 : Quelques indicateurs du niveau de la santé de la reproduction en Côte d'Ivoire, de 1960 à 1999	211
Tableau 3 : Connaissance et utilisation de la contraception selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999	217
Tableau 4 : Sources d'approvisionnement des moyens de contraception modernes en 1994 et 1998-1999	219
Tableau 5 : Prévalence et progression de la pratique contraceptive en Côte d'Ivoire et à Aboisso (en %)	220
Tableau 6 : Effets inhibiteurs de la fécondité, de la nuptialité, de la contraception, de l'infécondabilité post-partum, de l'avortement et de la stérilité selon la catégorie de femmes en 1994	225

Liste des graphiques, figures, cartes, annexes

INTRODUCTION

Graphique 1 : Evolution (en %) de la position des pays en développement par rapport à la contraception entre 1976 et 2001	7
Graphique 2 : Distribution (en %) des pays soutenant directement l'accès à la contraception par continent entre 1976 et 2001	8
Graphique 3 : Distribution (en %) des pays qui déclarent mener des politiques antinatalistes par continent entre 1976 et 2001	9
Graphique 4 : Proportion (en %) des pays qui déclarent mener des politiques antinatalistes parmi ceux qui soutiennent l'accès direct à la contraception par continent entre 1976 et 2001	9
Annexe 1 : Données démographiques et sanitaires des pays étudiés en 2002 ...	20
Annexe 2 : Les choix en matière de reproduction d'après les enquêtes démographiques et de santé (et d'Atané pour la Chine)	21

LES FEMMES, LA CASTE ET L'ÉTAT

CINQUANTE ANS DE PLANIFICATION FAMILIALE EN INDE

Figure 1 : Les états indiens en 2001	26
Figure 2 : Evolution des taux de couverture contraceptive selon les méthodes modernes, 1968-2000	52
Figure 3 : Contraception et fécondité en Inde, 1998-1999	58
Annexe : Les dépenses de la planification familiale	69

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN CHINE, POUR OU CONTRE LA FEMME ?

BILAN DE TROIS DECENNIES

Carte 1 : Rigueur des règlements provinciaux de limitation des naissances fin des années 1980	80
Carte 2 : Indice synthétique de fécondité dans les provinces en 1989	89
Carte 3 : Résistance au programme de limitation des naissances, milieu rural, fin des années 1980	92

Figure 1 : Structure de l'administration territoriale et de la limitation des naissances	83
Figure 2 : Indice synthétique de fécondité, 1970-1990	88
Figure 3 : Part de la fécondité de chaque rang dans la fécondité totale 1972-1988	89
Figure 4 : Répartition des naissances planifiées et non planifiées, milieu rural, 1989	90
Figure 5 : « Quatre opérations » du planning familial officiellement pratiquées en Chine, 1971-1996	97
Figure 6 : Evolution de la surmortalité infantile des filles depuis la décennie 1970	103
Annexe : La « Loi sur la population et la limitation des naissances de République populaire de Chine	111

FAMILLE ET DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE ET SOCIAL EN TUNISIE UNE POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE INTEGREE

Graphique 1 : Proportion de femmes célibataires par groupe d'âge (en %)	181
Graphique 2 : Evolution du nombre de visites dans les centres de planification familiale (1964-1995)	185
Graphique 3 : Répartition des femmes utilisatrices de contraception selon la méthode pratiquée (en %)	186
Graphique 4 : Evolution des visites dans les centres de planification familiale par type d'activités (1964-1995)	186

POLITIQUE DE POPULATION ET PLANIFICATION FAMILIALE EN COTE D'IVOIRE

Figure 1 : Indice synthétique de fécondité et prévalence contraceptive selon la période, 1975-1999	213
Figure 2 : Indice synthétique de fécondité selon le milieu de résidence et l'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999	214
Figure 3 : Utilisation d'une méthode quelconque de contraception par les femmes en union selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1980-1981, 1994 et 1998-1999	216

Imprimé en France
par PRESENCE GRAPHIQUE
2, rue de la Pinsonnière - 37260 MONTS
N° d'imprimeur :

Dépôt légal 4^{ème} trimestre 2004

Peu de politiques publiques ont autant d'effets directs sur la vie des individus que les politiques et les programmes de planification familiale. En effet, des politiques volontaristes, voire autoritaires, peuvent décider du nombre d'enfants qu'un couple a le droit de procréer, comme en Chine, ou mener des campagnes de stérilisations massives, mais pas forcément volontaires ni réalisées dans des conditions optimales, comme en Inde. D'autres politiques, intégrées dans des politiques sanitaires, comme en Tunisie, ont au contraire plutôt cherché à influencer sur le désir d'enfant des couples. D'autres encore, tout en s'inscrivant dans une logique analogue, comme au Mexique, privilégient d'abord sur le terrain les méthodes les plus à même d'atteindre les objectifs démographiques de réduction de fécondité, avant toute considération de la situation sociale et sanitaire des femmes. D'autres pays enfin, comme la Côte d'Ivoire, commencent seulement à mettre en oeuvre de tels programmes et les présentent essentiellement comme un moyen d'améliorer la santé de la mère et de l'enfant grâce à l'espacement des naissances, même si l'objectif de réduction de la croissance démographique n'est pas absent.

Cet ouvrage est le résultat d'un projet du CERPOS (Université de Paris X-Nanterre) et du LPED (UMR 151 IRD-Université de Provence), appuyé par le CEPED. Il a pour objectif de rendre compte de la diversité des politiques et des programmes de planification familiale en décrivant leurs évolutions selon les périodes et les contextes nationaux où ils ont été menés. Plus particulièrement, à travers cinq expériences nationales (Chine, Côte d'Ivoire, Inde, Mexique et Tunisie) l'objectif de cet ouvrage est de préciser l'influence de la Conférence du Caire (1994), dont le programme d'action avait pris fermement parti contre les politiques coercitives et en faveur de politiques permettant aux individus de choisir le nombre et l'espacement des naissances.

Arlette GAUTIER, Démographe, Maître de conférence à l'Université de Paris X-Nanterre, est actuellement en accueil à l'IRD, au Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR-151 IRD-Université de Provence. Ses travaux portent sur l'impact des politiques démographiques sur la vie des femmes et sur les droits reproductifs des individus.

Prix : 20 €
ISSN en cours

<http://ceped.cirad.fr>



RenConTres