

Politiques démographiques et liberté reproductive

Arlette Gautier

La conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue au Caire en 1994, a marqué un changement paradigmatique important puisqu'elle a abandonné le discours de contrôle de la population fondé sur le malthusianisme et réfuté toute politique démographique qui transformerait les êtres humains en cibles d'objectifs chiffrés. Désormais, ces politiques doivent être fondées sur les « droits reproductifs », c'est-à-dire le droit des individus et des couples à décider librement du nombre, de l'espacement et du moment de naissance de leurs enfants, en leur assurant les moyens et l'éducation nécessaires, ainsi que le droit d'atteindre le niveau le plus élevé possible de santé sexuelle et reproductive et le droit de prendre des décisions concernant la reproduction sans discrimination, coercition ou violence. Ce changement a été obtenu grâce aux actions scientifiques et politiques des mouvements féministes qui ont montré les effets négatifs – et souvent peu efficaces – de politiques fondées sur un contrôle démographique de la population (Hartmann, 1987 ; Correa, 1994 ; McIntosh et Finkle, 1995 ; Gautier, 1996).

Jusqu'au Caire, et malgré les critiques apportées à certaines politiques coercitives menées, notamment en Chine, les ouvrages de l'ONU et la littérature démographique (sauf au niveau des monographies) tendaient à présenter toute amélioration de l'accès à la contraception comme assimilable *de facto* à la liberté reproductive. Celle-ci se serait fortement accrue puisque, d'après les déclarations gouvernementales à l'ONU, les deux tiers des pays auraient soutenu directement l'accès à la contraception en 1976 et les trois quarts en 1989, grâce notamment à l'augmentation de ce taux en Afrique passé de 50 % à 78 % (Chamie, 1994 : 37). L'absence de liberté reproductive ne serait donc

plus qu'un problème minoritaire à l'échelle mondiale. Mais, dire cela serait oublier qu'il y a souvent loin des discours aux pratiques, et que l'imposition de la contraception ou de l'avortement n'est pas moins dommageable à la liberté reproductive que leur absence.

Où en est donc la liberté reproductive dans sa double acceptation dans les pays du Sud ? Pour répondre à cette interrogation, les données fournies par l'ONU au niveau mondial sont insuffisantes, car seules des données monographiques permettent de comprendre l'accès réel à la contraception et le degré de liberté dont les individus ou les ménages disposent. Après une brève discussion sur la notion de « liberté reproductive », une analyse des programmes mis en place dans certains des pays les plus peuplés de la planète (Chine, Inde, Indonésie, Brésil, Pakistan, Bangladesh, Nigeria, Mexique, Vietnam, Iran, Égypte, Thaïlande)¹ permet d'apporter des éléments de réponse.

La liberté reproductive

Ce thème de la liberté reproductive est fort complexe car il met en jeu de multiples aspects : les méthodes proposées, l'intervention de l'État, la frontière entre liberté et contrainte, le pouvoir au sein du ménage.

L'accès à toutes les méthodes est un sujet épineux comme l'a rappelé, lors de la Conférence du Caire, l'opposition du Vatican aux méthodes « non naturelles » et à l'avortement. L'Islam, lui, permet généralement l'avortement jusqu'au quatrième mois mais refuse la stérilisation (Sachedina, 1990). Les Français ont tendance à voir dans la stérilisation une méthode inacceptable car mutilante. Pourtant, même en France où le choix des méthodes anti-conceptionnelles est vaste, un certain nombre de femmes optent pour cette méthode, parce qu'elle est la moins contraignante et la plus efficace, avec le risque toutefois de regrets liés à son irréversibilité. Il semble donc préférable que toutes les méthodes soient disponibles, pourvu que leurs effets soient bien expliqués.

¹ Les Philippines ont été exclues à cause du manque d'étude scientifique à ce sujet.

Par ailleurs, la légalisation des méthodes de contraception ne suffit pas à en garantir l'accès aux plus pauvres, notamment lorsqu'ils sont isolés géographiquement. L'État doit-il garantir l'accès à ces méthodes via des programmes de planification familiale ou de santé maternelle ? Certains s'y opposent, au nom de la défense du privé et du marché contre les empiètements du public. D'autres pensent que les gouvernements devraient garantir l'accès de leurs citoyens à la contraception au même titre que l'accès aux vaccinations et aux soins de santé de base.

Le thème de la liberté opposé à la contrainte a été traité par bien des philosophes avant de devenir d'actualité pour les démographes. Pour certains, toute intervention de l'État dans ce domaine est déjà une forme de contrôle social contraire à la liberté individuelle. Pour d'autres, moins extrêmes, les gouvernements doivent fournir l'information et les méthodes mais ils ne doivent pas essayer de former une demande de contraception lorsque celle-ci est absente. Ainsi, il ne faudrait pas faire de propagande, par les médias ou des informateurs, sur le thème « la petite famille vit mieux ». On peut considérer qu'il y a liberté reproductive lorsqu'il y a absence de contrainte, que celle-ci soit physique, financière ou morale. Qui dit contrainte, dit tentative de jouer sur certaines dépendances ou faiblesses de l'autre, par opposition à la persuasion purement intellectuelle, même si celle-ci peut être forte lorsqu'elle met face à face celui qui est supposé savoir à celui qui est supposé ne pas savoir.

Enfin, la liberté reproductive doit-elle être garantie aux ménages, aux couples ou aux individus ? Les femmes sont les premières concernées puisqu'elles mettent au monde les enfants, parfois au détriment de leur santé, et qu'elles réalisent l'essentiel des tâches liées à leur éducation. Les femmes doivent donc pouvoir décider du nombre et de l'espacement des enfants, alors que dans certains pays l'autorisation du mari est nécessaire pour accéder à la contraception (Locoh, 1992: 12).

Avoir accès à la contraception

Déclarations gouvernementales et pratiques

Il n'est pas facile de savoir où en est l'accès réel à la contraception. En 1989 (ONU, 1992), 84 % de la population du tiers monde vit dans des pays qui mènent des interventions pour limiter leur fécondité (60,5 % en Afrique, 44,6 % en Amérique latine et 91 % en Asie). Ils sont encore plus nombreux à vivre dans des pays qui facilitent, du moins officiellement, l'accès à la contraception, car celle-ci est également un moyen d'améliorer la santé maternelle et infantile et la liberté reproductive. Aussi, le nombre de pays qui limite l'accès à la contraception est passé de 15 à 5 entre 1976 et 1989, soit alors 4 % des pays mais moins d'un pour cent de la population mondiale. Ce sont généralement des pays qui ont subi récemment des guerres et qui ont de forts besoins de main-d'œuvre. Seule l'Arabie saoudite mentionne des motifs religieux à cette interdiction (ONU, 1988b : 74-77).

Par ailleurs, 8 % des pays n'apportent pas de soutien à la contraception, sans toutefois l'interdire, et 9 % apportent un soutien indirect, acceptant notamment l'action d'associations privées de planification familiale². Ainsi, plusieurs pays d'Afrique francophone, sans forcément soutenir l'accès à la contraception, ont du moins libéralisé son accès en éliminant la loi de 1920 héritée de la France³.

Cependant, ce libéralisme accru ne concerne pas toutes les méthodes de contraception, puisque la stérilisation et l'avortement restent interdits dans bien des pays. La stérilisation assure pourtant près de la moitié de la contraception au niveau mondial (33 % de ligatures, 12 % de vasectomies) atteignant de très hauts niveaux en Chine, en Inde, en Thaïlande, au Mexique et au Brésil, mais aussi aux États-Unis, alors qu'elle est très peu répandue en Afrique et reste interdite en Iran.

² Les autres pays touchés sont : Djibouti, le Tchad, le Gabon, la Mauritanie, Belize, Brunei, le Koweït, Oman, le Qatar et l'Union des Émirats arabes unis.

³ Ce fut le cas notamment du Mali en 1972, du Cameroun et du Sénégal en 1980, de la Côte d'Ivoire en 1982 et du Burkina-Faso en 1986.

Continent	Limitation	Pas de soutien	Indirect	Direct	Total
Afrique	0	04	6	42	52
Amérique latine	0	1	3	29	33
Asie	5	5	2	26	38
Total	5	10	11	97	123

Source : ONU, 1993 – World population policies, 1992 monitoring report ; New York : 78-81 et 97-100.

Limitation : Cambodge, Iraq, Laos, Mongolie, Arabie saoudite. **Pas de soutien :** *Afrique :* Djibouti, Guinée équatoriale, Gabon, Lybie ; *Amérique latine :* Bolivie ; *Asie :* Brunei Darussalam, Koweït, Oman, Qatar et les Émirats Arabes Unis. **Soutien indirect :** *Afrique :* Bénin, Tchad, Côte d'Ivoire (en 1991 le gouvernement a cependant admis la nécessité de limiter la croissance démographique ; ZANOU, 1994 : 376), Madagascar, Mauritanie, Somalie ; *Amérique latine :* Bahamas, Belize, Argentine ; *Asie :* Chypre et Mayanmar.

Tableau 1

Position des pays par rapport à la contraception par continent en 1992.

Quant à l'avortement (Dixon-Mueller, 1993 : 163-187), objet de débats houleux, deux-tiers des populations du Sud vivent dans des pays où il est interdit ou permis uniquement pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant. C'est le cas au Brésil, en Égypte, au Bangladesh après 10 semaines de grossesse. En revanche, la Chine, l'Iran, et le Vietnam l'autorisent à la demande. L'Inde l'accepte pour de nombreux motifs socio-économiques, mais il faut une autorisation médicale alors qu'il y a peu de médecins en zone rurale. De plus, les délais sont souvent très longs et l'avortement n'est parfois réalisé que si une stérilisation est pratiquée ou contre de l'argent (Ravindran, 1993 : 34). Plus généralement, l'application de la loi varie beaucoup d'un pays à l'autre. Il est souvent relativement facile de procéder à un avortement, même illégal, si on en a les moyens. Cependant, partout l'illégalité accroît les risques pour les femmes, multipliant par cent le risque de décès.

De plus, la légalisation de l'accès à la contraception ou une déclaration gouvernementale de soutien n'impliquent pas forcément que la population d'un pays concerné ait accès à la contraception. On peut d'autant plus légitimement se poser la question que les fonds accordés à la planification familiale sont souvent très faibles. Ainsi, les dépenses de santé en 1987 ne représentaient en moyenne que de 1 à

10 % des budgets gouvernementaux et les programmes de planification familiale moins de 10 % des budgets de santé soit, dans le meilleur des cas, 1 % du budget total ; elles s'élèvent à seulement 0,5 \$ par tête et par an dans 31 pays (Sadik, 1991). Les rapports sur les politiques de population, publiés par l'ONU depuis 1976, n'indiquent d'ailleurs pas ces chiffres, pas plus que le nombre de travailleurs engagés dans la planification familiale.

La solution la plus simple pour évaluer l'accès à la planification familiale consisterait à dire qu'il existe lorsqu'il y a une forte prévalence contraceptive ; cela paraît cependant erroné, car la population peut connaître la contraception et ne pas vouloir la pratiquer ou, au contraire, la population peut pratiquer la contraception mais sans que le gouvernement ne l'ait favorisée en quoi que ce soit. La connaissance de la contraception serait donc un meilleur indicateur bien qu'elle aussi ne provienne pas forcément d'une politique publique.

Le nombre de dispensaires et de travailleurs médicaux par habitant pourrait constituer un bon indicateur du soutien gouvernemental à l'accès à l'information et aux méthodes « approuvées par la communauté médicale » recommandé par l'ONU mais, d'une institution à l'autre de l'ONU, les chiffres présentent des contradictions assez étonnantes⁴. Ces sources ne permettent donc pas d'avoir une base uniforme et fiable pour comparer l'accès à la contraception médicalisée selon les pays.

De plus, certains pays favorisent l'accès à la contraception par des intermédiaires non médicaux (villageoises par exemple), qui peuvent se révéler très efficaces pour faire connaître et admettre la contraception moderne. Ils ont pu, comme la Thaïlande ou l'Indonésie, développer un accès facile à la contraception, alors même que le taux de médecins ou de para-médicaux par habitant est dérisoire et que les femmes sont peu suivies médicalement, notamment au moment des grossesses (cf. annexe). Cela dit, une contraception médicalisée, donnée sans suivi médical ou para-médical sérieux, n'est pas forcée-

⁴ Ainsi, 70 % des Pakistanaïses seraient accouchées par du personnel qualifié selon la Banque mondiale (1993 : 164-165) et seulement 24 % selon l'OMS (ONU, 1992 : 67-70), chiffre qui paraît dans ce cas plus fiable alors que le taux de mortalité maternelle varie entre 400 et 800 pour 100 000. À l'inverse, 25 % des Chinoises accoucheraient avec du personnel qualifié alors que la mortalité maternelle n'est que de 40 pour 100 000.

ment une bonne chose, comme l'a souligné une étude récente en Égypte (Zuraik, Younis et Khattab, 1994).

Mauldin, Lapham et Ross ont mené depuis 1972 les études comparatives les plus sérieuses sur ce sujet, interrogeant plus de 600 administrateurs, responsables et experts à propos de 30 indicateurs (Lapham et Mauldin, 1984 ; Mauldin et Ross, 1991). Mauldin et Ross ont montré, qu'entre 1982⁵ et 1989 dans une centaine de pays⁶, toutes les mesures d'accès à la contraception s'étaient fortement améliorées : ainsi les prestations de services étaient passées de 25 à 42, le suivi et l'évaluation de 29 à 50, l'accessibilité de 31 à 44 et l'implication politique de 34 à 47. Globalement la cote moyenne a augmenté de 52 %, passant de 29 à 44.

La méthodologie de ces études a été testée et jugée globalement adéquate, bien qu'on puisse s'interroger sur le biais introduit par le caractère subjectif des réponses, et notamment par la confusion introduite entre prévalence effective et rôle de l'État dans celle-ci (Entwistle, 1989). Toutefois, ces études chiffrées restent très générales et ne permettent guère de comprendre la façon dont sont mises en œuvre ces politiques. Ainsi, l'Inde est jugée avoir une politique élevée avec un très bon score au niveau du budget (cf. annexe), alors que les études de terrain montrent que ce budget est fort mal utilisé dans les États du Nord (Satia et Jejeebhov, 1991). La prise en compte de monographies réalisées sur douze des pays « en développement » les plus peuplés de la planète permet d'affiner l'analyse.

Analyse de la situation dans les douze pays

Parmi les douze pays, tous soutiennent officiellement l'accès à la contraception et cela dans le cadre d'une politique anti-nataliste, sauf le Brésil. En 1989, selon Mauldin et Ross, 7 ont même un score élevé, 3 un score moyen (Égypte, Iran, Pakistan) et 2 un score faible (Brésil,

⁵ En 1982, il n'y avait que 16 % des pays (2 % en Afrique, 19 % en Asie, et 38 % en Amérique latine) dont 80 % de la population pouvait trouver au moins un moyen de contraception à moins de deux heures de chez soi, au tarif de moins d'1 % du salaire moyen pour un mois, dans une clinique ou dans le réseau normal de distribution (ONU, 1988b : 94).

⁶ L'étude de 1989 portait sur 98 pays contre 100 en 1982 ; 88 pays couverts dans la première étude figurent également dans la seconde.

Nigéria). Mais, alors que l'Inde et le Pakistan (incluant alors le futur Bangladesh) mènent cette politique depuis les années 1950, l'Égypte, la Thaïlande et l'Iran ont commencé pendant les années 1960 (avec un arrêt brutal pour ce dernier pays en 1979), le Mexique et la Chine depuis le début des années 1970 et enfin le Nigeria et l'Iran, de nouveau, depuis 1989.

Les programmes du sous-continent indien ont d'abord favorisé le stérilet puis la vasectomie et maintenant la ligature des trompes. Le choix des méthodes est donc très limité. Ils ont connu de gros problèmes administratifs et organisationnels, se traduisant notamment par des conflits de compétences, une absence de supervision et un manque total de motivation du personnel. Ils ont de plus utilisé une stratégie de communication absurde : utilisant essentiellement l'écrit dans une société totalement analphabète (Robinson, 1981).

L'Inde se caractérise par son fédéralisme : ce sont les États qui mettent en œuvre la politique démographique et ils peuvent prendre des législations particulières. En Inde du Sud, et particulièrement dans l'État communiste du Kerala, la présence de nombreux dispensaires et écoles a permis une véritable diffusion des méthodes contraceptives. En revanche, en Inde du Nord, où se situent les quatre États les plus peuplés qui regroupent 40% de la population indienne⁷, la moitié des villages sont éloignés de tout dispensaire et ceux qui existent sont de très mauvaise qualité car le personnel est sous payé (la moitié des postes de sage-femme auxiliaire sont vacants), peu formé, peu motivé, au point qu'un tiers des personnes ayant accepté d'être stérilisées au Bihar ont eu des complications (Satia et Jejeebhov, 1991). D'ailleurs, 30% des Indiennes ont accouché avec un parent, ce qui montre amplement le peu de cas fait de la santé reproductive des femmes : 100 000 femmes meurent chaque année des suites d'un accouchement (National Family Health Survey India, 1995 : XXIX).

Au Pakistan, le niveau de connaissance et de pratique contraceptives est très faible alors que le niveau de dépenses de santé, comme le nombre de médecins et d'infirmières, sont dans une honnête moyenne : plus que d'absence de moyens, il semblerait que ceux-ci ne soient

⁷ Les quatre États les plus peuplés de l'Inde sont le Bihar, le Madhya Pradesh, le Rajasthan et l'Uttar Pradesh (qui serait le septième État le plus peuplé du monde s'il faisait sécession). La prévalence contraceptive y était en 1989 de 31% contre 48% dans les autres États.

pas utilisés en faveur des masses rurales et que la politique de planification familiale ne soit appliquée que sur le papier (Robinson, 1981 ; Rogers, 1990). Seule 30 % de la population est couverte par des services de planification familiale (DHS Pakistan, 1990-91 : 5).

En revanche, au Bangladesh, issu du Pakistan en 1970, où il y a très peu de médecins et d'infirmières, la connaissance contraceptive était proche de 100 % dès le début des années 1980 et la pratique contraceptive a fortement augmenté récemment (Barkat-e-Khuda, 1985). Il semblerait que ce soit le résultat à la fois de la politique du gouvernement, de l'implication des femmes dans le programme et du choix de l'avortement par aspiration avant la dixième semaine comme méthode contraceptive, qui se situe alors dans la continuité des pratiques traditionnelles pour amener les règles (Dixon-Mueller, 1993 : 173-174).

La politique égyptienne, qui permet officiellement d'accéder à la contraception à prix coûtant, a peu progressé depuis ses débuts : le nombre de dispensaires est passé de 2 300 en 1966 à plus de 3 000 en 1972, puis à 4 000 en 1980, mais il plafonne depuis autour de ce chiffre ce qui, vu l'accroissement de la population, équivaut à une diminution du taux de couverture par habitant, même si 70 % des villages sont couverts (Sayed, 1984) ; en outre, le service public ne fournit que 30 % des méthodes utilisées et 47 % des Égyptiennes n'ont eu aucun suivi pendant leur grossesse (DHS Égypte, 1992 : 64). En fait, les responsables ne sont nullement convaincus de la nécessité de mener une politique démographique, à la différence des travailleurs familiaux et de nombreux couples (Courbage, 1994). Le niveau de connaissance contraceptive est cependant satisfaisant avec 85 % des personnes connaissant la contraception (ONU, 1987 : 194-197).

Le programme thaïlandais, lancé dans les années 1970, doté d'une organisation et d'une logistique excellentes mais qui ne couvrait que 40 % de la population, a formé de nombreux volontaires villageois. Des associations privées l'ont efficacement secondé en menant des actions spectaculaires et en faisant appel aux traditions religieuses (inventant par exemple le slogan : « Bouddha n'avait qu'un enfant »). Mais il faut noter que la croissance économique et l'industrialisation ont favorisé une très forte demande de contraception, qui a même excédé l'offre des services de planification familiale et s'est largement réalisée à travers la stérilisation (Bennett *et al.*, 1990).

Le programme indonésien, lancé en 1970, a toujours eu un fort soutien du gouvernement et s'est appuyé sur les autorités locales, tant religieuses que politiques. La logistique du programme est formée de médecins, de dispensaires et d'équipes mobiles de contraception, de sages-femmes traditionnelles et de fonctionnaires de planification familiale chargés de visiter les villages, mais aussi, ce qui est plus original, de 240 000 groupes de « contracepteurs » volontaires chargés de motiver les non-pratiquants (Warwick, 1986). Ces groupes sont animés par des assistants-formateurs villageois volontaires, souvent le secrétaire du village ou l'épouse du chef de village (Benoit, 1995 : 272). En 1990, le nombre de médecins et d'infirmières reste assez faible (moins d'un pour 5 000 habitants), le pourcentage de grossesses suivies par du personnel qualifié est de 31 % et les dépenses publiques de santé sont les plus faibles de tous les pays considérés (0,7 %). C'est donc un programme assurant un bon accès à la contraception mais sans suivi médical ou infirmier sérieux, ce qui a des retombées néfastes sur la santé des femmes.

Le cas de la Chine est bien connu (Blayo, 1991 et 1992) : malgré le succès dans les années 1970 de la troisième campagne de limitation des naissances, fondée sur le retard de l'âge au mariage, l'espacement et la limitation des naissances, les autorités ont lancé la campagne de l'enfant unique en mobilisant les individus dans leur collectif de travail. Globalement, l'accès aux structures sanitaires est élevé, puisqu'il y avait à la fin des années 1980 un docteur pour 730 habitants. Cependant, c'est un pays immense et il y a de fortes disparités régionales : ainsi les dépenses de planification familiale variaient d'un à sept en 1971, date du début de la campagne de limitation des naissances (Poston et Gu, 1987). La prévalence contraceptive est très élevée (71 %) mais elle est réalisée essentiellement avec le stérilet et les stérilisations.

La politique du Vietnam ressemble par bien des aspects à celle de la Chine : après l'échec de la campagne de retard des premières naissances, d'espacement et de limitation, lancée dès 1960 dans le Nord, puis dès le début de la réunification en 1975 dans le Sud, le Vietnam a choisi de favoriser les familles d'un ou deux enfants depuis la fin de 1982. Le planning familial a été mis en place d'abord à Ho-chi-Minh ville puis dans les grandes villes, et enfin, par le biais d'équipes mobiles, dans les communes. Les méthodes proposées sont essen-

tiellement l'avortement et le stérilet. D'après *le rapport sur le développement humain* (ONU, 1994), le suivi des grossesses et des accouchements serait excellent (100 % !) mais, d'après d'autres sources, les coupes sombres effectuées dans le budget de la santé conduiraient le planning familial à manquer de personnel médical et paramédical ainsi que de médicaments. Le gouvernement voudrait développer le choix de méthodes (Barbieri, Allman, Pham et Nguen, 1995 ; ONU, 1994 : 167).

Le Mexique est passé en 1974 d'une législation nataliste à une politique de limitation des naissances (Cosio, 1994). Celle-ci a été menée essentiellement à travers le système de santé publique en développant de petites cliniques en milieu rural et en accordant, pour la contraception uniquement, l'accès à l'Institut mexicain de sécurité sociale aux non ayants droit. Désormais, la majorité de la population a accès à des dispensaires, dont les moyens varient certes beaucoup, et des médecins vont visiter les hameaux isolés. De plus, des sages-femmes traditionnelles ont été formées pour distribuer certains contraceptifs. Toutefois, la couverture médicale est défectueuse pour certaines populations indigènes marginalisées, comme le montre le fait que les mortalités maternelle et infantile varient du simple au triple entre groupe indigène (Fernandez Ham, 1993) ; ce qui rend assurément plus difficile l'accès à la contraception.

Au Brésil, l'accès à la contraception s'est réalisé sans politique explicite des gouvernements militaires, bien que certains auteurs argumentent que la reconnaissance officielle et le soutien d'organisations de planification familiale privées, notamment le « Benfam » qui a signé des conventions avec des États du Nord-Est, équivalait à une politique implicite de contrôle des naissances (Rossini, 1985). Le choix des méthodes contraceptives est très limité : 43 % des femmes utilisant une contraception étaient stérilisées en 1986. Le nouveau gouvernement élu en 1985 a abandonné l'approche traditionnelle de laisser-faire et a lancé un programme de soin intégral pour les femmes sous la pression des féministes, qui ont acquis des positions importantes dans les institutions (Dixon-Mueller, 1993). Toutefois, ce programme n'a réellement été mis en œuvre que dans les États du Sud et dans certaines métropoles, accentuant encore les énormes disparités qui caractérisent le Brésil. Une des conséquences de ce programme a été une diversification des méthodes là où il a été appli-

qué (ONU, 1988) alors que dans le Nordeste, en revanche, le poids de la stérilisation féminine s'est accru (Pesquisa sobre saude familiar no Nordeste Brasil, 1992: 14).

En Iran, la contraception avait été interdite jusqu'en 1961 ; puis, le Shah avait lancé un programme de contrôle des naissances, aboli après la révolution islamique de 1979 et réintroduit en 1988, après que le recensement de 1986 ait montré que la population était passée de 34 à 50 millions en dix ans. Même si l'âge légal au mariage des femmes, descendu à neuf ans pendant la période nataliste a été maintenu, le programme est fondé sur la diffusion de films, feuillets et affiches et la formation de nombreux propagandistes et auxiliaires médicaux, principalement féminins. Surtout, des dispensaires ont été mis en place dans tous les villages d'au moins 1 500 habitants : il y en aurait désormais un pour 2 700 habitants, ce qui est très inférieur à la situation chinoise. Malgré les efforts récents du gouvernement, l'Iran appartient donc aux pays à accessibilité moyenne (Shakeri, 1994 ; Afshar, 1989).

Le Nigeria n'a une politique démographique explicite que depuis 1989. Celle-ci se propose de fournir des services de planification familiale à tous et a comme objectif de limiter la descendance à quatre enfants par femme. Ce qui, dans le contexte d'une société polygynique, a été dénoncé comme discriminatoire par plusieurs associations de femmes, qui ont aussi critiqué le maintien explicite du pouvoir masculin sur la taille des familles (Dixon-Mueller, 1994). Pour le moment, l'accès aux services de santé est très limité et celui à la contraception quasi-inexistant (Okafor et Rizzuto, 1994).

Le Nigeria et le Pakistan sont les seuls pays où l'accès à la contraception est très difficile car le taux de connaissance contraceptive y était respectivement de 34 % et 26 % au début des années 1980 (ONU, 1988b), même s'il a augmenté dans ce dernier pays jusqu'à 78 % dix ans plus tard (DHS Pakistan, 1992: XIX). Or, on ne peut pas parler de choix lorsque le niveau de connaissances contraceptives est aussi bas. L'accès à la contraception est moyen au Bangladesh, en Inde, en Iran, au Vietnam et en Égypte. Il est bon, en Thaïlande et en Indonésie, résultat obtenu à travers des programmes peu médicalisés et même largement privés pour le premier pays, alors que le très bon résultat du Mexique et de la Chine s'appuie sur des programmes fortement médicalisés. Reste à préciser si la contraception n'est pas imposée plus que disponible dans les pays où elle existe.

Liberté ou contrainte ?

Ayant exclus les pays dont la politique démographique est faible ou moyenne et pouvant donc difficilement être coercitive (Brésil, Nigeria, Pakistan, Iran), il s'agit ici de distinguer les pays selon leur degré de liberté reproductive.

La politique du plus grand pays du monde se singularise non seulement par la limitation à un enfant mais aussi par le fait qu'il faut avoir une autorisation administrative pour procréer. La presse chinoise ou des reportages publiés à Hong Kong révèlent que des autorités locales, lorsque leur quota de naissances était dépassé, envoyaient la milice pour des avortements, y compris à sept mois dépassés, ou pour des stérilisations automatiques après une seconde naissance, ainsi que pour des insertions forcées de stérilets. Cette politique a eu des conséquences négatives pour le sexe féminin : avortements de fœtus féminins, abandons de fillettes, harcèlements contre les épouses jugées responsables des naissances féminines (Bianco et Hua, 1989 ; Greenhalgh et Li, 1995).

Un débat persiste quant à savoir s'il y a assouplissement ou non, notamment une acceptation du deuxième enfant à la suite des réformes économiques et de la résistance de la population. Ce ne semble pas être le cas en milieu urbain où le contrôle reste strict pour les parités supérieures à deux. De plus, l'existence de résistances ne contredit pas le caractère totalitaire du régime. En fait, la position d'Aird (1990), fondée sur l'étude de nombreuses directives locales, semble juste : la politique chinoise passe par des phases de durcissement et d'assouplissement mais n'évolue pas vers plus de démocratie. Aux excès de 1983 répondent ceux de 1990⁸.

Il faut ajouter que la politique chinoise a également un aspect eugénique puisque les personnes qui ont des maladies héréditaires ou congénitales peuvent, par exemple, ne pas avoir le droit de se marier (Schultz, 1985). L'universalité du mariage fait cependant penser que cette politique n'est guère appliquée.

⁸ Les résultats du recensement de 1990 ayant été jugés mauvais, des femmes ont été enlevées pour être stérilisées de force (*Libération* 13 sept. 1990 : 29).

La nature répressive ou non de la politique vietnamienne est également en débat. Selon des récits de réfugiés, dans les villes les cartes de rationnement des citoyens dépendent de leur obéissance à la norme des deux enfants, alors que dans les campagnes des miliciens et des agents de la sécurité locale accompagnent les brigades mobiles de planification familiale et obligent les femmes à se faire poser des stérilets (Lâm-Thân-Liêm, 1987; Banister, 1989). Selon Barbieri *et al.* (1995), les entretiens montrent que les Vietnamiens désirent moins d'enfants qu'ils n'en ont et que, s'il y a eu quelques abus, la politique n'impose pas la planification familiale. Selon Goodkind (1995), des villages du Nord imposent des pénalités allant d'un mois à un an de salaires en cas de parité supérieure à deux et accordent des primes en cas de stérilisation alors que les villages du Sud n'imposent pas de pénalités et ne favorisent pas de méthode. Faut-il penser que les réfugiés noircissent le régime en place ou s'interroger sur la fiabilité d'enquêtes menées obligatoirement avec l'aide d'interviewers du ministère de la population et de la planification familiale, ce qui a l'avantage, selon Goodkind, d'obliger les gens à répondre, mais « l'inconvénient » de produire des réponses « de complaisance », ce qui nuit quelque peu à la fiabilité des réponses ?

La situation est encore plus ambiguë dans d'autres États, notamment en Inde et en Indonésie. Ainsi, l'Inde a connu des périodes de coercition pendant l'état d'urgence de 1976-1977, ce qui a largement contribué à la déroute électorale du parti du Congrès. Le nouveau gouvernement s'est alors empressé de changer le titre du programme de planification familiale en « bien-être familial » et aucun gouvernement, même local, n'ose plus mener de politiques trop sévères. Toutefois, en Inde comme dans le reste du sous-continent indien, les programmes de planification familiale énoncent toujours des objectifs chiffrés, fonctionnent au paiement à l'acte (de la personne motivée, du motivateur, du médecin) ce qui ne manque pas d'entraîner une certaine corruption et bien des opérations inutiles (de personnes âgées par exemple) ainsi que de nombreuses pressions peu conformes aux droits de la personne humaine.

Le cas de l'Indonésie est également loin d'être clair. Si cet État n'a joué, ni sur la répression (sauf quelques cas), ni sur les incitations financières individuelles, il s'est en revanche largement appuyé sur le soutien des dirigeants politiques et religieux locaux et sur des groupes de contracepteurs. On peut donc s'interroger sur la contrainte

exercée par la communauté sur les individus ; ainsi, l'accès à des prêts gouvernementaux est souvent lié au niveau de contraception locale (Warwick, 1986 ; Hull, 1987 ; ONU, 1993 : 80).

En Thaïlande, l'accès à la contraception est généralisé et il ne semble pas y avoir de pressions gouvernementales sur la fécondité : la demande de contraception a précédé l'offre publique et l'a constamment dépassée.

Le Mexique, en revanche, a adopté en 1974 une politique démographique active visant une diminution de la fécondité même dans les groupes qui ne l'avaient pas entamé d'eux-mêmes. De nombreuses institutions publiques (média, éducation nationale, système de santé publique) sont mobilisées dans ce but. Au Yucatan (Gautier et Quesnel, 1993), tout le personnel médical doit évoquer la contraception aux patientes même si celles-ci viennent pour tout autre motif et elles peuvent ressentir une certaine pression médicale ; cependant, leur droit d'accès aux institutions de santé n'est pas remis en cause si elles n'obtempèrent pas. Les médecins ne sont pas payés à la stérilisation même si la menace du sous-emploi les conduit à défendre plus ardemment la contraception « moderne » que leurs collègues privés. Cependant, dans certains hopitaux du Nord, la pose de stérilet serait automatique après l'accouchement.

De plus, l'accent mis sur la stérilisation est propice à des dérives. Ainsi, une enquête menée par l'Institut de sécurité sociale indique que 5 % des patientes stérilisées ne savaient pas que cette opération est rarement réversible. Dans notre enquête menée au Yucatán en 1986-87 (Gautier et Quesnel, 1993), quelques patientes stérilisées avaient été mal informées ou l'avaient été sans leur accord, pour une nécessité médicale dont la pertinence est difficile à mesurer. En fait, on peut surtout reprocher aux institutions de santé de ne pas informer sur les effets secondaires et de ne présenter que les méthodes favorisées par l'institution (pilule pour le premier enfant, puis stérilet, et enfin ligature). La politique médicale a quand même l'avantage de présenter et de fournir gratuitement les méthodes contraceptives dans les endroits les plus reculés aux groupes les plus défavorisés. Cependant, au Yucatán du moins, les médecins du système public demandaient l'autorisation écrite du mari pour réaliser une ligature des trompes, ce qui est évidemment contraire au principe de la liberté reproductive, alors même que cette autorisation n'est pas exigible légalement.

Conclusion

Pour synthétiser ces données, on peut dire que les pays considérés peuvent être classés en trois groupes.

Certains pays n'ont pas de liberté reproductive, par absence de contraception (la façon ancienne de manquer de liberté reproductive) lorsqu'elle n'est pas légalisée ou, plus souvent, lorsqu'elle n'est pas accessible en l'absence de centres de santé qui la diffuseraient en même temps que d'autres services (Nigeria et Pakistan), mais aussi par imposition de la contraception (la façon moderne de limiter la liberté reproductive), notamment en Chine et au Vietnam. Vu la population de ces pays, c'est plus d'un milliard et demi de personnes qui sont concernées par l'absence de liberté reproductive.

L'Inde, le Bangladesh, l'Égypte, l'Indonésie et l'Iran (soit plus d'un milliard d'individus) ont une liberté reproductive réduite suite à un déficit de la diffusion et/ou à des accès d'autoritarisme.

Alors qu'en Thaïlande et au Brésil, le marché assure la liberté reproductive plus que l'État, seule la politique mexicaine accroît notablement la liberté de citoyens, encore qu'elle n'admette pas l'avortement et que le poids de la stérilisation puisse être présenté comme un signe de la faiblesse du choix réel offert aux femmes.

Cette conclusion nous mène donc loin des déclarations gouvernementales selon lesquelles les deux tiers de la population des pays en développement vivent dans des pays qui assurent un accès libre à la contraception. C'est dire que la liberté reproductive n'est le plus souvent qu'un alibi à des politiques de réduction de la fécondité, comme l'avaient critiqué les mouvements pour la santé reproductive (Correa, 1995). Actuellement, de nombreux gouvernements (notamment ceux de l'Indonésie, du Brésil, du Bangladesh, de l'Égypte, du Mexique et du Pakistan) revoient leurs politiques démographiques en fonction des engagements qu'ils ont pris au Caire (Sadik, 1995). Il dépendra de la pression exercée par ces mouvements que la liberté reproductive passe du statut d'utopie à celui de réalité...

Bibliographie

- AFSHAR H., 1989 —
« Women and reproduction in Iran ». In YUVAL-DAVIS N. et ANTHIAS F., eds.: *Woman-Nation-State*, Londres, Macmillan: 110-125.
- AIRD J., 1990 —
Slaughter of the innocents. Coercitive birth control in China. Washington, The AEI Press, 195 p.
- Banque mondiale, 1994 —
« Investir dans la santé ». In: *Rapport sur le développement dans le monde*, New York, Oxford University Press, 339 p.
- BANISTER J., 1989 —
Vietnam's evolving population policy. Communication présentée au Congrès international de la population, New Delhi, 20-27 septembre 1989, 1: 155-168.
- BARBIERI M., ALLMAN J., PHAM B.S., NGUYEN M.T., 1995 —
« La situation démographique au Viêt Nam ». In: *Population*, 50 (3): 621-650.
- BARKAT-E-KHUDA, 1985 —
« Family planning in Bangladesh ». In: *Asian profile*, 13 (2): 153-163.
- BENNETT A. et al., 1990 —
How Thailand's family program reached replacement level fertility: lessons learned; Population technical assistance project. *Occasional papers*, n° 4, 93 p.
- BIANCO L., HUA C., 1989 —
La population chinoise face à la règle de l'enfant unique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, (78): 31-40.
- BLAYO Y., 1991 —
« Événements politiques et fécondité en Chine depuis 1950 ». In: *Population*, 46 (6): 1589-1616.
- BLAYO Y., 1992 —
Le contrôle de la fécondité en Chine populaire, efficacité des mesures administratives. Chaire Quételet, multigr.
- Brésil, 1992 —
Pesquisa sobre saude familiar no nordeste Brasil 1991. Rio de Janeiro/Columbia, Sociedade civil Bem-Estar familiar no brasil/Macro International inc., 247 p.
- CHAMIE J., 1994 —
« Trends, variations and contradictions in national policies to influence fertility ». In FINKLE J.L., McINTOSH C.A., *op. cit.*: 37-49.
- CLELAND J., ROBINSON W., 1992 —
« The use of payments and benefits to influence reproductive behaviour ». In PHILIPPS J.F. et ROSS J.A., *Family programmes and fertility*, Oxford, Clarendon press: 159-177.
- COSIO-ZAVALA M.E., 1994 —
Changements de fécondité au Mexique et politiques de population. Paris, L'Harmattan, 256 p.
- COURBAGE Y., 1994 —
« La politique démographique en Égypte ». In: *Population*, 49 (4-5): 1041-1055.
- DIXON-MUELLER R., 1993 —
Population policy and women's rights. Transforming reproductive choice. Westport, Praeger, 287 p.
- Egypt, 1993 —
Demographic and Health Survey 1992. Cairo/Columbia, National Population Council/Macro International inc., 317 p.

- ENTWISTLE B., 1989 —
« Measuring components of family program effort ». *In: Demography*, 26 (1): 53-77.
- FERNANDEZ HAM P., 1993 —
« La mortalidad infantil en la poblacion indigena ». *In: Demos*, n° 6: 12-13.
- FINKLE J.L., MCINTOSH C.A., eds., 1994 —
« The new politics of population. A Supplement to vol. 20 ». *In: Population and Development Review*, The Population Council, New York, 276 p.
- GAUTIER A., 1996 —
Les droits reproductifs. Communication au colloque « Le genre des droits ». Athènes, Diotima, 9-12 février.
- GAUTIER A., QUESNEL A., 1993 —
Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatán (Mexique). Paris, Orstom, 114 p.
- GOODKIND D., 1995 —
« Vietnam's one-or-two-child policy in action ». *In: Population and Development Review*, 21 (1): 85-111.
- GREENHALGH S., LI J. —
« Engendering reproductive policy and practice in peasant China: for a feminist demography of reproduction ». *In: Signs*, 20 (3): 601-641.
- HARTMANN B., 1987 —
Reproductive rights and wrongs. The global politics of population control and contraceptive choice. New York, Harper and Row, 367 p.
- HULL T., 1987 —
« Fertility decline in Indonesia: an institutionalist interpretation ». *In: International Family Planning Perspectives*, 13 (3): 90-95.
- India, 1995 —
National Family Health Survey (MCH and Family Planning) 1992-93, International Institute for Population Sciences, Bombay, 402 p.
- LAM-THAN-LIEM, 1987 —
« La planification familiale au Vietnam ». *In: Population*, 47 (2): 321-336.
- LAPHAM R., MAULDIN P., 1984 —
« Family planning effort and birthrate in developing countries ». *In: International Family Planning Perspectives*, 10 (4): 109-118.
- LARDINOIS R., 1979 —
« Les usages sociaux du planning familial en Inde ». *In: Population*, 34 (1): 183-188.
- LOCOH T., 1992 —
Condition de la femme et population. Le cas de l'Afrique francophone. Paris, Ceped, 116 p.
- MAULDIN P., ROSS J.P., 1991 —
Family planning programs efforts and results, 1982-1989. *Research divisions working papers*, n° 34, The Population Council, New York, 42 p.
- ONU, 1984 —
Rapport de la conférence internationale sur la population 1984. New York, 6-14 août 1984, 109 p.
- ONU, 1987 —
World population policies. New York, 3 vol.
- ONU, 1988a —
Case Studies in population policies: Brazil. New York, 42 p.
- ONU, 1988b —
World population trends and policies, 1987 monitoring report. New York, 411 p.
- ONU, 1992 —
Les femmes dans le monde, des chiffres et des idées, 1970-1990.

Statistiques et indicateurs sociaux, série k, n° 8, New York, 122 p.

ONU, 1993 —
World population policies, 1992 monitoring report. New York.

ONU, 1994 —
Rapport mondial sur le développement humain. Paris, Economica, 239 p.

OKAFOR C.B., RIZZUTO R.R., 1994 —
« Women's and health care providers' views of maternal practices and services in rural Nigeria ». In: *Studies in Family Planning*, 25 (6): 353-361.

Pakistan, 1992 —
Demographic and Health Survey 1990-1991. Islamabad/Columbia, National Institute of Population Studies/Macro International Inc., 292 p.

POSTON D., GU I., 1987 —
« Socio-economic development, family planning, and fertility in China ». In: *Demography*, 24 (4): 536-537.

RAMANANTHAN M., DILIP T.R., PDMADAS S.S., 1995 —
Quality of care in laparoscopic sterilisation camps: observations from Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, n° 6: 84-93.

RAVINDRAN S., 1993 —
Women and the politics of population and development in India. *Reproductive Health Matters*, n° 1: 26-38.

ROBINSON W. et al., 1981 —
« The family planning programme in Pakistan: what went wrong? ». In: *International family planning perspectives*, 7 (3): 85-92.

ROGERS T. —
« Population growth and movement

in Pakistan ». In: *Asian Survey*, 30 (5): 446-459.

ROSSINI R.E., 1985 —
« La baisse récente de la fécondité au Brésil ». *Espaces, populations, sociétés*, 3: 597-614.

SACHEDINA Z., 1990 —
« L'Islam, la procréation et la loi ». In: *Perspectives internationales sur le planning familial*, numéro spécial: 25-29.

SADIK N., ed., 1991 —
Population policies and programs. Lessons learned from two decades of experience. New York, UNFPA, 464 p.

SADIK N., 1995 —
Les femmes, la population et le développement. *Population et sociétés*, n° 308: 1-2.

SATIA J.K., JEJEEBHOV S., 1991 —
The demographic challenge. A Study of four large Indian states. Bombay, Oxford University press, 268 p.

SAYED H., 1984 —
« The family population program in Egypt: structure and performance ». In: *Population Studies (Cairo)*, 11 (70): 3-38

SCHULTZ, 1985 —
Revue européenne des sciences sociales, 23 (69).

SHAKERI T., 1994 —
Les aspects socio-démographiques de la politique démographique actuelle d'Iran. Mémoire de DEA du département de sociologie de l'université de Paris X.

WARWICK D., 1986 —
« The Indonesian family planning programme: gouvernement influence and client choice ». In: *Population and Development Review*, 12 (3): 453-490.

ZANOU 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., ZANOU B.,
eds.: *Maîtrise de la croissance
démographique et développement
en Afrique*, Paris, Orstom: 369-379.

ZURAYK H., YOUNIS N.,
KHATTAB H., 1994 —
« Comment repenser la politique
de planification familiale à la lumière
des recherches sur la santé
génésique ? ». In: « Population:
problèmes et politiques »,
*Revue internationale des sciences
sociales*, n° 141, Paris, Unesco,
Eres: 493-512.

Pays	Connaissance	Prévalence	ACC 1990	DEP 1990	Budget 1978	Accès 1978
Chine	—	1988: 71	—	2,1	1000	960
Inde	1980: 95	1988: 43	33	1,3	900	540
Indonésie	1988: 88	1987: 48	31	0,7	800	288
Brésil	1988: 98	1986: 66	83	2,8	400	224
Pakistan	1980: 26	1984: 8	24	1,8	400	104
Bangladesh	1983: 98	1989: 31	5	1,4	400	272
Nigéria	1981: 34	1989: 5	40	1,2	300	45
Mexique	1988: 91	1988: 53	94	1,6	800	600
Vietnam	—	—	100	1,1	600	366
Iran	1984: 94	1984: 33	33	1,5	100	11
Égypte	1988: 94	1989: 38	70	1	300	108
Thaïlande	1981: 100	1987: 68	47	1,1	400	200

Annexe
Indicateurs d'accès à la contraception et d'implication
gouvernementale.

Connaissance de la contraception à la date indiquée (ONU, 1988b: 77, sauf pour « 1988 »; enquêtes EDS 1986-1988, femmes 15-49 ans en union connaissant deux méthodes ou plus).
Prévalence: pourcentage de femmes en union d'âge reproductif utilisant la contraception (Sadik, 1991 pour les pays jusqu'au Bangladesh, puis ONU, 1988b).

ACC: accouchement par un personnel qualifié; accouchement par personnel qualifié (« Coverage of maternity care », Genève, OMS/FHE/89.2, cité par ONU, 1992: 67-70).

DEP: pourcentage du PIB/habitant consacré aux dépenses publiques de santé (Banque mondiale, 1994: 163-164.)

Budget national de planification familiale vers 1978, score maximal 1000 (Lapham et Mauldin, 1984).

Accès à la contraception vers 1978, score maximal de 1000; calculé d'après Lapham et Mauldin (1984).