

## Les politiques de planification familiale : de plus en plus fréquentes, mais toujours contestées

Arlette Gautier\*

**E**n 1994, la Conférence du Caire a remplacé le paradigme néo-malthusien, sur lequel étaient fondées les politiques démographiques de réduction de la croissance de la population, par le principe selon lequel « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». Dix ans après cette Conférence, qui prônait la mise en œuvre de programmes permettant aux femmes un libre accès aux moyens de gérer leur sexualité et leur fécondité, un ouvrage<sup>1</sup> a fait le point sur les politiques actuelles de planification familiale, à partir des exemples de pays parmi les plus significatifs en la matière. Arlette Gautier, son éditrice scientifique, nous en présente ici les principales conclusions.

La première politique de planification familiale, en rupture avec l'idée traditionnelle que les humains doivent se multiplier, est née il y a un peu plus de cinquante ans. Aujourd'hui, 85 % des pays en développement soutiennent, du moins officiellement, l'accès direct à la contraception à travers un réseau d'institutions de santé ou de programmes consacrés exclusivement à la planification familiale. Leurs objectifs sont multiples : réduire la pression démographique et faciliter le développement économique et social, permettre l'amélioration de la santé des mères et des enfants par le contrôle des naissances et la substitution à l'avortement, reconnaître les droits humains des femmes. Cette action en faveur de la planification familiale est d'ailleurs parfois la seule menée en faveur des populations défavorisées. Pourtant, les politiques de planification familiale restent fortement contestées et cela pour des motifs divers, voire contradictoires. Certains y voient une ingérence internationale, notamment lorsqu'elles sont imposées dans le cadre de plans d'ajustement structurel. En revanche, l'administration américaine a réduit son soutien traditionnel aux programmes de planification familiale, arguant désormais que ceux-ci seraient totalitaires et favorables à l'avortement, en prétendant que l'ouverture des marchés induira le développement économique et donc la baisse de la fécondité sans aide extérieure. Certaines associations féministes reprochent aux politiques anti-natalistes de bafouer les droits élémentaires des femmes à la libre disposition de leurs corps et à la santé, en les obligeant à des stérilisations ou à des avortements forcés, notamment en Asie. Elles ont réussi à empêcher la diffusion dans les pays en développement de produits non approuvés pour les pays développés. Elles dénoncent également le financement exclusif de la planification familiale au détriment de l'ensemble de la santé des femmes.

La Conférence sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, avait vu la victoire des féministes, alliées aux néo-malthusiens. En effet, 180 pays avaient ratifié l'idée que les politiques démographiques devaient permettre aux individus de réaliser leurs objectifs en matière de reproduction dans les meilleures conditions sanitaires possibles et non plus servir des objectifs démo-économiques décidés d'en haut. Une décennie après, il a été possible d'examiner l'histoire tourmentée des politiques de planification familiale dans cinq contextes nationaux fort différents : Chine, Côte d'Ivoire, Inde, Mexique et Tunisie.

### **Des objectifs variés et des applications diversifiées**

**De la justification économique à celle des droits de l'individu.** Tous les pays mettent en avant une logique néo-malthusienne mais avec des tonalités et des styles très différents. Les pays qui ont mené des politiques dès les années 1950 ont commencé dans le cadre de programmes sanitaires et favorisant plutôt des méthodes naturelles. À partir de 1960, les programmes se sont intensifiés. Le stérilet et la ligature sont dès lors proposés. Puis des programmes consacrés à la seule planification des naissances sont créés en Inde et en Chine alors que le Mexique et la Tunisie choisissent le cadre de la médecine généraliste. Bien que la volonté de restreindre la croissance démographique, celle de promouvoir la santé ou les droits de l'homme soient présentes depuis l'origine des programmes, ces motivations ont des intensités différentes selon les époques : 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.

**La mise en œuvre des politiques de planification familiale.** L'État indien intervient peu dans l'organisation sociale, assurant seulement

une fonction de protection, 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, et cependant moins que le parti communiste chinois.

Les pays mettent-ils en œuvre le programme d'action du Caire, qu'ils ont tous ratifié, avec parfois des réserves ? Ils incluent tous le terme de santé reproductive dans des lois ou des titres de programmes, mais le changement est moins net en Chine. Les objectifs quantitatifs d'utilisatrices sont abolis au niveau local mais ils demeurent 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, stérilisation...) choisies par les médecins. Aussi le changement de paradigme des objectifs macro-sociaux vers les droits individuels est-il loin d'être accompli. Il faut d'ailleurs rappeler que, dans l'ensemble des pays en développement, l'objectif anti-nataliste est de plus en plus souvent le motif donné pour la mise en œuvre du soutien à la contraception. Quant à l'intégration de la planification familiale et de la santé reproductive dans de mêmes services, un autre objectif de la conférence du Caire, elle était déjà réalisée au Mexique et en Tunisie avant celle-ci.

Quels ont été les obstacles rencontrés ? 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. Il faudrait former les agents de planification familiale à soigner les morbidités reproductives, ce qui est difficile, vu leur formation initiale. Les dirigeants ne semblent pas plus convaincus. En Côte d'Ivoire l'instabilité administrative de même que les contraintes budgétaires rendent difficile le suivi des programmes.

### **Les conséquences des programmes de planification familiale**

Les chercheurs, qui se sont longtemps préoccupés de l'impact des politiques de planification familiale sur la fécondité, se soucient généralement davantage aujourd'hui de leurs effets sur la santé et l'autonomie des femmes

***Les programmes de planification familiale ont-ils un impact sur la fécondité ?*** 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 », conformément à la théorie classique de la transition démographique, 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, ou les fortes baisses de fécondité en l'absence de programme, comme au Brésil, pour dire qu'ils ne servaient pas à grand chose. Aujourd'hui, les démographes sont généralement convaincus que les programmes peuvent accélérer une transition démographique déjà entamée. Cependant, le développement socio-économique continue à être un facteur fondamental de baisse de la fécondité, que ce soit en Inde ou même en Chine.

Les indices synthétiques de fécondité en 2002 des différents pays<sup>2</sup>, qui étaient tous supérieurs à six enfants par femme au début des programmes, montrent la rapidité des changements, à l'exception de la Côte d'Ivoire qui a adopté une politique de planification familiale en 1996 seulement. On peut en conclure que le plus efficace a été le programme totalitaire 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. 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 dédié à la planification familiale et parfois coercitif de l'Inde. Toutefois, la baisse spectaculaire de la fécondité mexicaine a été irrégulière : les inégalités socio-économiques et régionales, voire ethniques, restent très marquées. C'est donc le programme 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 de fécondité.

### ***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 de dépistage pour les cancers de l'appareil reproductif. Cependant, on ne dispose pas de données sur l'incidence réelle de ce suivi. 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 chiffres peuvent-ils parfois varier du simple au double selon les sources, comme en Côte d'Ivoire. Le manque de données concernant la santé de la reproduction dans son ensemble est flagrant. Les statistiques sur les violences sexuelles sont particulièrement défectueuses.

**Les programmes de planification familiale favorisent-ils ou limitent-ils l'autonomie féminine ?** 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 à l'éducation et à l'abolition de la polygamie. 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 au Mexique depuis 2001. La Constitution chinoise prévoit l'égalité entre les sexes mais le code du mariage reste, en revanche, peu précis.

En Inde, si la moitié des femmes peut décider seule de l'utilisation d'un moyen de régulation de la fécondité, en définitive ce sont généralement les infirmières auxiliaires qui choisissent la méthode utilisée. En Côte d'Ivoire, si dans les textes l'autorisation du conjoint n'est pas exigée pour obtenir un moyen contraceptif, dans les faits le personnel de santé l'exige, à la suite de nombreuses plaintes des conjoints qui considèrent qu'ils doivent être les seuls à décider, en conformité avec leur rôle légal de chef de famille. 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 pour la Chine et le Mexique. 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 enfreinte aux droits reproductifs des individus. L'obligation de l'enfant unique a provoqué de nombreux drames : femmes battues parce que la naissance d'une fille leur est imputée, fœticides et infanticides féminins. 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 qu'en Chine 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. Au total, on

ne peut pas dire que l'autonomie féminine ait été l'objectif des programmes étudiés.

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 de nombreuses femmes stérilisées n'ont pas droit à un examen complet avant l'opération. L'impératif démographique semble donc parfois prendre le pas sur les vœux d'Hippocrate.

### **Les politiques de planification familiale, un révélateur de l'État au concret**

Les politiques de planification familiale jouent donc un rôle, qui ne doit pas être surestimé mais que l'on ne peut oublier, dans les transformations démographiques, familiales et individuelles en cours. Leur étude dévoile, pour chacun des pays, la profondeur ou l'absence de l'implication de l'État dans le bien-être de ses citoyens ainsi que son niveau réel d'engagement en faveur de l'amélioration de la situation des femmes.



<sup>1</sup> Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales, Arlette Gautier (éditrice scientifique), CEPED-LPED-CERPOS, Paris, 2004, 231 p.

L'ouvrage étudie en détail les différentes justifications des programmes et leur mise en œuvre ainsi que leurs conséquences sur la fécondité, la santé de la reproduction et l'autonomie des femmes, à partir de l'analyse de cinq pays : l'Inde (C. Z. Guilmoto et P. M. Kulkarni), la Chine (I. Attané), la Tunisie (B. Gastineau et F. Sandron), le Mexique (C. Brugeilles) et la Côte d'Ivoire (A. Anoh, R. Fassassi et P. Vimard).

<sup>2</sup> 1,8 pour la Chine, 2,0 en Tunisie, 2,5 au Mexique, 3 en Inde et 4,7 en Côte d'Ivoire (Division de la population, 2003, World Population Prospects : the 2002 Revision, New York, ONU).

\* Arlette Gautier, Maîtresse de Conférences à Paris X-Nanterre, a été chargée de recherche en accueil à l'IRD et membre du LPED jusqu'en septembre 2005.

# agenda

>> *À consulter.* Deux documents de recherche du LPED récemment parus :

• **L'avortement provoqué en Afrique : un problème mal connu, lourd de conséquences**, Agnès Guillaume, 26 p.

• **Maternité et mariage en milieu rural sénégalais : quel avenir pour les mères célibataires ?**, Agnès Adjamagbo, Valérie Delaunay et Nathalie Mondain, 19 p.

Ces documents peuvent être téléchargés, comme les documents de recherche précédents, à l'adresse :

[www.lped.org/publications/docderecherche.html](http://www.lped.org/publications/docderecherche.html)

>> *Exposition.* Le LPED a été le siège d'une exposition de posters « **Remue-ménage !** ». Cette exposition, consacrée à l'évolution de la famille dans les pays du Sud, remet en cause bien des idées reçues, de manière simple et pédagogique. Elle a été réalisée par l'IRD, avec le soutien du ministère des Affaires étrangères, sous la direction scientifique de Annabel Desgrées du Loû, membre du LPED, et de Philippe Antoine.

L'exposition est itinérante et peut être consultée en ligne, sur le site de l'IRD, à l'adresse suivante :

[www.ird.fr/fr/info/expo/famille/index.htm](http://www.ird.fr/fr/info/expo/famille/index.htm)

>> *Vient de paraître.* **Familles au Nord, familles au Sud**, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (sous la direction de), Academia Bruylant-AUF-LPED, Louvain-la-Neuve, 691 p.

Cet ouvrage rassemble 28 contributions, qui dressent un panorama des diversités et des complexités des dynamiques familiales actuelles, en portant sur l'Europe comme sur le Canada, l'Amérique latine, l'Afrique subsaharienne ou bien encore le Maghreb. L'ouvrage fera l'objet d'une prochaine lettre du LPED.

Contact : [Patrice.Vimard@ird.fr](mailto:Patrice.Vimard@ird.fr)

>> *Vient de paraître.* **El Alto. Desde una perspectiva poblacional**, Sandra Garfias et Hubert Mazurek, CODEPO-IRD, 2005, 130 p.

L'ouvrage, fruit d'une année de collaboration entre une équipe du LPED et ses partenaires boliviens, met en évidence la structuration de l'espace de la ville satellite de La Paz, El Alto. Basé sur une analyse des composantes démographiques les plus fines, constituant un outil apprécié pour la planification urbaine, cet ouvrage fera l'objet d'une prochaine lettre du LPED.

Contact : [h.mazurek@cgiar.org](mailto:h.mazurek@cgiar.org)



El Alto - Photo : Hubert Mazurek



LPED, Unité mixte de recherche 151 IRD - Université de Provence  
Centre St Charles, Case 10, 3 Place Victor Hugo  
13331 Marseille Cedex 3, France  
Tél. 33 (0) 4 91 10 85 18 - Fax 33 (0) 4 91 08 30 36  
[lped@up.univ-mrs.fr](mailto:lped@up.univ-mrs.fr) - [www.lped.org](http://www.lped.org)

La lettre du LPED  
Lettre périodique du Laboratoire  
Population - Environnement - Développement  
N°6 - octobre 2005

**Directeur de publication :**  
Patrick Livenais  
**Rédacteur en chef :**  
Patrice Vimard

ISSN 1767-9796  
Dépôt légal : juin 2004  
Imprimé sur papier recyclé