

S 63. SOCIAL CHANGE, GENDER AND POPULATION.
CHAIR : THÉRÈSE LOCOH.

« **Des grossesses sûres, désirées et libres ?** »

Arlette GAUTIER, département de sociologie, 200 avenue de la République
92001 Nanterre, France. Mèl : agautier@u-paris10.fr

Les démographes se préoccupent depuis longtemps de la fécondité et de ses déterminants. Tous ces travaux vont servir ici à se demander dans quelle mesure dans les années 1990 les femmes des différents continents donnaient naissance dans des conditions non dangereuses, à des enfants qui ne meurent pas tout de suite, qui soient désirés, dans des conditions où elles ont pu choisir grâce à l'accès à la contraception et à l'avortement, sans contrainte des institutions ou du mari. Bref, quelle était leur situation dans les années 1990 face à ces droits reproductifs, qui ont été ratifiés par plus de 180 pays depuis la Conférence du Caire (FNUAP 1997; Gautier 2000). Pour cela, je me servirai de données démographiques à l'échelle de pays issues de l'ONU, du FNUAP, du Population Council ou des enquêtes démographiques et de santé de Macro International ainsi que de certaines monographies.

LES CONDITIONS DE LA PROCREATION

Quelle est la dangerosité de la procréation, sa « productivité » et sa désirabilité ?

Une activité parfois mortelle

La mortalité maternelle est l'indicateur le plus grossier de la dangerosité de la procréation, car il faudrait pouvoir tenir compte de la morbidité et des invalidités qu'elle occasionne. Les résultats sont parfois surprenants par rapport à ce qui pourrait être attendu : ainsi Cuba, dont le taux de mortalité infantile est un des plus faibles du monde, atteint néanmoins 95 pour 100 000 pour la mortalité maternelle. C'est là sans doute un des effets pervers de la focalisation sur la mortalité infantile comme indicateur du

développement social, qui conduit à ne se préoccuper que de cet aspect¹. Le taux de mortalité maternelle permet de mesurer le phénomène « pur », mais il ne permet pas de mesurer le risque pour chaque femme, compte tenu du niveau de fécondité. Le calcul d'un indicateur synthétique de mortalité maternelle, qui multiplie le taux de mortalité maternelle (divisé par 10000) par l'indicateur synthétique de fécondité, donne donc le risque pour 100 femmes de mourir en couches compte tenu des conditions prévalentes de fécondité et de mortalité. Il est de 5,6 pour 100 Africaines, 1,6 pour 100 Asiatiques et Moyen-Orientales et Nord-Africaines et de 0,9 pour les Latino-Américaines, et 0,002 pour les Européennes et autres habitantes des pays développés pour une moyenne de 2,2 pour 100 femmes dans 136 pays (UNFPA, 1999 : 168-171; Ross et alii.1999 : A 58-59). Les données des EDS indiquent un niveau de mortalité maternelle beaucoup plus faible, particulièrement en Afrique (cf graphique 1 en annexe), ce qui se traduirait par un risque de décès de seulement 3.4 pour les Africaines et identique pour les autres. Une étude récente sur le Sénégal conclut d'ailleurs que les chiffres de l'OMS doublerait le niveau réel de mortalité maternelle (Pison et alii. 2000). Il faut donc attendre d'autres études pour conclure sur ce sujet complexe et controversé (Des Forts 1998; Stanton et alii; 2000). Quoiqu'il en soit la maternité reste dans beaucoup de pays une activité à haut risque.

Tableau 1. l'impact pour les femmes de la mortalité et de la fécondité cumulées.

	Afrique	Amérique latine	Asie	AfNord MO	pays développés	Total	Nb pays
ISF	5,7	3,9 enfants	3,6		1,5	3,6	136
ISMM pour 100 F	5,6	0,9	1,7	1,6	0,002	2,2	136
Enfants morts avant 5 ans	1 enfant	0,2 enfant	0,3	0,25	0,004	0,8	104

Source : UNFAP 1999, *The state of the world population* : 108-127.

Il faudrait d'ailleurs développer des indicateurs moins grossiers des conséquences pour les femmes de la dangerosité de la procréation. Un des indicateurs de la morbidité liées aux fonctions de procréation pourrait être le pourcentage de femmes anémiques, car

¹ Cette même focalisation est à l'origine d'un programme qui vise à donner des antiviraux aux femmes enceintes séropositives jusqu'à ce qu'elles accouchent, pour diminuer la passation du virus à l'enfant, puis

on sait que la grossesse prend sur les réserves en fer. Ce taux n'est malheureusement disponible que pour 30 pays, où il est en moyenne de 50%, allant de 59% en Asie à 38% en Amérique latine, les autres régions étant dans la moyenne. Il faudrait comparer le pourcentage des femmes anémiques selon qu'elles sont enceintes ou pas : en Inde ce sont ces dernières qui sont le plus anémiques, tant de façon modérée que forte (NFHS India 1999 : 249).

Une « productivité » inversement proportionnelle au risque et à la durée de la procréation

Le niveau de mortalité infanto-juvénile va déterminer un niveau de "productivité" différent de cette natalité et du niveau de fécondité nécessaire pour que les buts démographiques de la société ou du couple soient atteints et donc un travail procréatif plus ou moins intense. Ainsi, au milieu du XVIII^e siècle en France, selon la table de Duvillard, la moitié des enfants mouraient avant quinze ans, ce qui peut être considéré comme une perte énorme, tant en affection qu'en énergie, sans même parler de l'aspect économique. Avec la baisse de la mortalité généralisée depuis la deuxième guerre mondiale, ces pertes humaines ont fortement diminué, mais elles restent néanmoins importantes dans certains pays. Or, elles se traduisent par un travail accru en pure perte pour les femmes. Une Africaine au Sud du Sahara voit en moyenne un enfant mourir avant cinq ans sur les 5,7 qu'elle a conçus, alors que les Latino-Américaines et Asiatiques n'en perdent que 0,2 et les Européennes 0,002.

De plus, les mort-nés sont généralement évacués de la mesure et donc de l'analyse, bien qu'ils soient aussi nombreux que les enfants morts l'année de leur naissance dans les pays où la mortalité infantile a beaucoup baissé. Or, pour une femme, il y a peu de différences entre un mort-né et un enfant mort les premières heures de sa vie. Dans la lignée des travaux de Nicky Hart (1996), qui a inventé le concept de mortalité reproductive pour y inclure ces décès, il serait utile de prendre en compte le poids de la mortalité reproductive dans la mesure du coût pour les femmes de l'ensemble du processus de procréation. Seules 2 EDS tentent de mesurer la mortalité péri-natale.

abandonner les parturientes à leur sort, comme si leur vie propre n'avait pas d'intérêt et comme si leur rôle s'arrêtait là ! (Nau 1998 : 32).

Celle d'Haïti en 1994-95 indique que sur 4050 Haïtiennes 3% ont une fausse couche et 6% un mort-né (Cayemittes et alii. 1995 : 39-41). Celle du Ghana indique que pour 157 morts dans les 7 premiers jours, il y a eu 140 mort-nés, le taux de mortalité péri-natale qui en découle : 46.2 pour 1000 est plus élevé que la mortalité néo-natale (Ghana DHS 1998 : 88). Emettant l'hypothèse, dans un premier temps, qu'à chaque enfant « né-vivant » mort le premier mois correspond un mort-né, le calcul de « grossesses perdues » par femme tient compte également de la fécondité. Il en ressort que si une femme des pays en développement porte et perd en moyenne 0,8 grossesse, une Africaine en perd 1,4, une Asiatique ou une Moyenne-Orientale près de 0,4 et une Latino-Américaine 0,2. Ces grossesses perdues représentent un quart des grossesses des Africaines pour 12% de celle des Asiatiques. La prise en compte des mort-nés avec les enfants morts avant cinq ans avec la fécondité, soit la mortalité péri-infantile par femme, augmente plus sensiblement le « travail improductif » (qui peut néanmoins être épuisant) pour les Latino-Américaines.

Tableau 2 : la durée de la procréation (gestation et allaitement) et sa « productivité ».

	Afrique	Amérique latine	Asie/Afrique Nord /MO	Total	NB pays
Allaitement	21 mois	13 mois	19 mois	18,7 mois	66
procréation	14,6 ans	7,4 années	8,7 ans	11 ans	60
Mortalité Néo-natale ²	41,3	28,6	37	38,1	47
Grossesses perdues ²	0,24	0,1	0,15	0,19	39
GP/ISF ²	20	10	13	15,9	39
IS péri-Infantile ²	1,2	0,4	0,55	0,8	39

Source : EDS.) Bicego et alii. 1996, Barrère et alii. , Haggerty et alii. 1999 ainsi que 39 EDS www.measuredhs.com et les rapports nationaux, notamment pour la mortalité néo-natale.

En France en 1996, les taux pour 1000 étaient de 5 pour la mortinatalité, de 2.2 pour la mortalité néo-natale précoce et de 7.2 pour la mortalité péri-natale ((Blondel 2000 : 625), alors que la mortalité infantile était de 4,8 (Prioux 2000). Nous prendrons donc en néo-Europe, le taux de mortalité infantile comme équivalent de la morti-natalité,

ce qui d'ailleurs ne change pas grande chose pour chaque femme du fait de la faiblesse de ces taux² : une Française ne perdrait ainsi que 0,022 grossesse.

Un temps de procréation très inégalement réparti

Le niveau des indicateurs synthétiques de fécondité, est bien connu : il va en 1999 de 1.19 en Italie à 7.6 au Yémen (UNFPA 1999 : 71). Leurs conséquences sont peut-être moins bien perçues : la procréation implique la mobilisation du corps des femmes pendant les neuf mois de grossesse et éventuellement pendant l'allaitement, longtemps nécessaire à la survie de l'enfant, et donc partie intégrale de la production d'enfant.³ L'allaitement dépend en grande partie de la technologie et de la richesse des nations mais aussi des représentations⁴. Les données des enquêtes démographiques et de santé permettent ainsi de calculer que les femmes allaitent de 6 mois à Trinidad et Tobago à 33 mois au Bangladesh, soit 21 mois en Afrique subsaharienne, 19 mois en Asie et en Afrique du Nord, 13 mois en Amérique latine (tableau 2). Quel que soit le vécu de cette période, de la jouissance à la dépression, elle implique une énorme dépense d'énergie, tant mentale que physique. Ces mois d'allaitement ainsi que les mois de gestation, multipliés tous deux par le nombre d'enfants permettent de mesurer les années consacrées à la « production du vivant » : soit 14,6 ans en Afrique et autour de 8 ans en Amérique latine et en Asie. On peut l'évaluer à 30 mois en Suède où les mères allaitent en moyenne six mois et à 20 mois en France, où la descendance finale est identique mais l'allaitement réduit à moins d'un mois. La variabilité est donc énorme du Bangladesh à la France.

Quel désir d'enfant ?

Une autre question, et non des moindres, est de savoir si cette fécondité est désirée. Des questions ont été posées en ce sens par un certain nombre d'enquêtes, dont les enquêtes mondiales de fécondité et les EDS. La pertinence de ces questions a été vivement débattue car elles semblent une « imposition de problématique » pour les

² Même si cela change totalement l'interprétation qui peut être faite de la baisse de la mortalité infantile, comme le montre brillamment l'étude de Nicky Hart (1976).

³ On pourrait d'ailleurs soutenir que l'arrivée du lait pasteurisé a plus changé la condition des mères que celle de la pilule, qui est en compétition avec d'autres méthodes de contraception.

populations qui ne se posent pas ce genre de questions. Il semble effectivement assez trompeur de s'en servir là où beaucoup de femmes répondent qu'elles veulent « autant d'enfants que Dieu en envoie » et autres réponses non numériques⁵, mais possible dans les autres cas de figures.

Selon Bongaarts et Bruce, travaillant à partir des données des EDS sur 41 pays à diverses dates, l'indice synthétique de fécondité était de 5, le nombre idéal d'enfants de 4,3. Puis ils ont développé l'indice synthétique de fécondité voulu en retirant toutes les naissances déclarées non désirées ou venues au mauvais moment de l'indice synthétique de fécondité : il serait de 4,3. D'après Ross et alii., sur 55 pays couvertes par des EDS, il y aurait en moyenne 0.86 enfant en trop, l'Afrique du Nord/Moyen-Orient atteignant 1,1 enfant par femme. Aussi séduisante qu'elle soit, cette mesure a l'inconvénient de ne prévoir que la possibilité d'enlever des naissances non désirées et pas celle d'ajouter des naissances souhaitées qui n'ont pas eu lieu. Or, on sait que dans certains pays, notamment d'Afrique équatoriale, l'infécondité peut être un véritable problème (Frank).

Toutefois, on peut se demander ce que les femmes entendent par « nombre idéal d'enfants » : comme Locoh, Quesnel et Vimard pour le Togo ou Jejeebhoy et Easterlin pour l'Inde, je considérerai plutôt qu'elles pensent en termes d'enfants survivants. La mortalité étant plus forte aux jeunes âges et les chiffres étant connus, j'ai mesuré le « nombre d'enfants désirés survivants »⁶, soit la différence entre l'indice synthétique voulu nombre idéal d'enfants et l'indice synthétique de fécondité survivante à 5 ans, c'est-à-dire l'ISF moins les enfants morts avant 5 ans par femme⁷. Les Africaines sont alors en manque de 0,2 enfants, les Latino-Américaines et les Asiatiques en surplus d'1,6. Le quart des femmes atteignent plus ou moins le nombre d'enfants qu'elles souhaitent (+ ou - 0,4) mais 41 % vivent un écart modéré et le tiers un écart de plus d'1,5 enfant en surplus ou en manque. On comprend mieux pourquoi les Africaines sont aussi peu

⁴ Ainsi, au Japon, un des pays pourtant les plus industrialisés de la planète, les manuels de puériculture imposent l'idée, soi-disant scientifiquement démontrée, que la mère doit allaiter son enfant nuit et jour pendant un an (Jolivet 1993 : 117).

⁵ C'est le cas de la Jordanie, du Maroc et du Soudan.

⁶ A la différence de Locoh qui considère que les Togolais désireraient avoir 2 garçons vivants à 20 ans et de Quesnel et Vimard qui opposent l'isf et le TNR, plus pertinent pour décrire les différences entre les Kabye et les Ewhé.

⁷ Soit l'ISF - (mortalité infanto-juvénile /1000 x isf).

nombreuses à pratiquer la contraception : la mortalité infanto-juvénile les empêcherait d'atteindre leurs objectifs de fécondité (cf graphique 1 en annexe).

Cependant, d'autres formulations sont moins problématiques, notamment celle qui classe simplement les naissances selon qu'elles sont désirées ou pas selon deux modalités. La première inclut les femmes enceintes ou aménorrhéiques qui disent que leur dernière grossesse est arrivée à un mauvais moment ainsi que les femmes qui ne veulent pas d'enfant dans les deux ans ou qui ne sont pas sûres d'en vouloir et qui ne prennent pas de contraception. La seconde inclut les femmes, ni enceintes ni aménorrhéiques, qui ne veulent plus d'enfant et ne pratiquent pas la contraception. On peut craindre alors une sous-estimation, parce qu'il est toujours difficile pour une femme de dire que tel enfant n'a pas été souhaité. Nombre d'elles le font pourtant et il n'y a pas de raison de ne pas les croire (Michel 1976). Le tiers des naissances n'auraient pas été souhaitées, du moins à ce moment, pourcentage atteignant 40% en Amérique latine. En revanche, les naissances non voulues sont 8% en Afrique subsaharienne, autour de 16% en Asie/Moyen-Orient/Afrique du Nord.

Tableau 3. Naissances non souhaitées par continent

	Afrique	A L	Asie/	AN/MO	transition	Total	NB
% naissances arrivées au mauvais moment	8,4 %	19,7 %	12,6 %	15,1%	6,1%	19%	58
% naissances non souhaitées	21,4 %	20,3%	17,3 %	16 %	5%	12 %	58
Naissances malvenues / Femme	1,7	1,5	1			1,2	58

Source : Ross, Stover et Willard, 1999, *Profiles for family planning*, Futures group International : 79.

La procréation est une activité souvent risquée, particulièrement dans les contextes où elle est particulièrement prenante. Cependant, une analyse factorielle montre que les trois axes de la mortalité, du temps de gestation et d'allaitement (le temps de la procréation) et du désir d'enfants ne sont pas liées.

Cette procréation, parfois dangereuse et toujours dévoreuse de temps, est-elle contrôlée par les femmes, par leur conjoint ou par les institutions publiques ?

LIBERTÉ OU APPROPRIATION ?

“ La femme est notre propriété, nous ne sommes pas la sienne; car elle nous donne des enfants et l’homme ne lui en donne pas. Elle est donc sa propriété comme l’arbre à fruits est celle du jardinier ” (Napoléon - *Mémorial de Sainte-Hélène* cité par Dhavernas 1978 : 44).

“ Le fœtus est la propriété socialiste de toute la société... Donner la vie est un devoir patriotique ” Ceaucescu 1986 cité par Hord 1991 : 233.

Ces citations semblent confirmer les analyses des féministes matérialistes radicales, qui définissent le rapport social de la femme à l’homme comme une appropriation de la personne même de la femme – ou sexage- plus proche de l’esclavage que du salariat, qui permet seulement l’achat d’un laps de temps donné (mais l’épouse n’est pas cessible à la différence de l’esclave) (Guillaumin 1978 et 1993). De Napoléon à Ceaucescu, on serait passé d’une appropriation privée (par le mari, même si elle est permise par l’Etat) à une appropriation collective, directement par l’Etat, ce qui serait vrai pour les pays communistes (Hom 1992; Hord 1991) comme pour les pays capitalistes (Folbre 1997; Tabet 1985 et 1998). Il paraît utile, pour vérifier cette hypothèse, de se demander qui contrôle l’accès aux moyens de régulation de la fécondité, que ce soit la contraception ou l’avortement.

L’accès à la contraception

L’accès à la contraception dépend à la fois de la législation, de la fourniture à bas prix de moyens de contraception ainsi que d’un suivi sanitaire adéquat. Tous les pays occidentaux avaient limité le droit à la contraception et à l’avortement au XIXe siècle; il a peu à peu été réouvert, entre deux guerres dans les pays anglo-saxons et nordiques, à partir de 1967 dans les pays latins. Dans les pays communistes, derrière une idéologie officielle d’égalité entre les sexes et d’accès à la contraception et à l’avortement, la réalité était beaucoup plus amère, malgré une diversité réelle. D’une part, les législations variaient en fonction des besoins en main d’œuvre, que ce soit à court ou à long terme, et

d'autre part l'accès à la contraception, comme à tous les biens de consommation, était fortement limité. Seules les Nordiques ont donc la totale liberté de leur corps, suivies par les Françaises et les Anglaises et les Italiennes, les Canadiennes et, selon des modalités diverses par les autres habitantes des pays riches. En ce qui concerne les pays en développement, l'accès à la contraception se serait fortement accru récemment, puisque, d'après les déclarations gouvernementales à l'ONU, seuls deux pays limitaient l'accès à la contraception en 1996, 17 pays n'apportent pas de soutien à la contraception, sans toutefois l'interdire, 11 apportent un soutien indirect, acceptant notamment l'action d'associations privées de planning familial, et 119 un soutien direct (UN 1998 : 433). Les restrictions législatives à l'utilisation de la contraception (souvent dans des pays d'Afrique francophone relevant encore de la loi française de 1920) ont été abolies dans le cadre de la préparation ou du suivi de la Conférence du Caire (UNECA). Cependant, l'accès réel à la contraception est encore gêné par le manque d'infrastructures. Aussi, vers 1994, 61% de la population féminine avait accès à la contraception⁸, Mais si l'on demande que les femmes aient accès à deux méthodes, une à long terme et l'autre à court terme, seules 71% des Africaines du Nord et Moyen-Orientales, 65% des Asiatiques, un quart des Latino-Américaines sont dans ce cas, soit la moitié des femmes, ce qui est très loin des engagements du Caire (Ross et alii. 2000 : 69).

La question de l'avortement

L'interdiction de la contraception a été officiellement levée dans tous les pays sauf un. Toutefois, cette libéralité ne s'applique pas à toutes les méthodes : ainsi, l'avortement est rarement autorisé sans restrictions, plus ou moins sévères. Des groupes religieux tentent d'en limiter la pratique et ont réussi à préserver des législations répressives dans certains pays fondamentalistes. Malgré ce débat idéologique, l'avortement est utilisé *de facto* comme un moyen de régulation de la fécondité et sera donc analysé en tant que tel. L'intérêt pour l'avortement s'explique par le fait qu'il fait l'objet d'un vaste débat, voire d'une confrontation aiguë, et qu'il en est venu à symboliser le contrôle par les femmes de leur corps. Aussi l'ONU compile-t-il les déclarations

⁸ soit 11% en Afrique septentrionale, 18% dans le reste de l'Afrique, 34% en Asie du sud, 66% en Asie du Sud-est, et 64% en Amérique latine et dans la Caraïbe, 88% en Asie orientale (FNUAP, 1995 : 31).

officielles sur ce sujet (UN 1992-95, 1998). En 1999, dans le monde seuls 4 pays l'interdisent et 37% l'autorisent à la demande, mais c'est essentiellement en Europe (et néo) où 87% des pays l'acceptent contre 5% des pays africains et latino-Américains, 14% des pays d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient et 53% des pays asiatiques (ONU 1999). Ce sont essentiellement les pays pays communistes, présents et passés, qui expliquent ce résultat en Asie. L'Amérique latine et l'Afrique du Nord/Moyen-Orient sont sur des positions très proches, notamment en n'acceptant majoritairement l'avortement que pour sauver la vie des femmes. En Afrique, la moitié des pays acceptent l'avortement uniquement pour sauver la vie de la femme et la moitié pour des raisons sanitaires. Par ailleurs, ces déclarations semblent tenir compte de l'opinion publique : ainsi l'Irlande et le Bangladesh disent n'accepter l'avortement que pour sauver la vie de la mère alors que la constitution irlandaise protège la vie du fœtus, et que le Bangladesh propose la régulation menstruelle dans certaines institutions publiques pourvu qu'il s'agisse d'un « retard de règles » et que la grossesse ne soit pas prouvée. Aux Etats-Unis, le droit de choisir est garanti par la constitution comme droit civil et non pas comme droit social, les hopitaux publics n'ont d'ailleurs pas le droit d'évoquer l'avortement, même à une mineure enceinte, ni d'en pratiquer. Il est donc moins garanti qu'en Grande-Bretagne ou en Australie qui ne l'acceptent pas à la demande mais le pratiquent dans les hopitaux et ne le remettent pas en question (O'Connor, Orloff et Shaver 1999).

Tableau 4. Motifs pour autoriser l'avortement par continent en %.

	Afrique	Am. latine	Asie	AN-MO	Europe	Total
Vie	47.5 %	61 %	27 %	57 %	3 %	33
Santé	47.5 %	33 %	20 %	29 %	10 %	28
Demande	5 %	6 %	53 %	14 %	87 %	39
Nb pays	40	18	30	14	39	141

Source : ONU, *World Population policies 1999*, New York.

Les pays qui autorisent l'avortement pour sauver la vie ou la santé⁹ ne présentent guère de différences entre eux quant à divers indicateurs démographiques : indicateur synthétique de fécondité (4.7/4.4), taux de mortalité maternelle (autour de 570), ou de mortalité infanto-juvénile (autour de 100), au contraire des pays qui acceptent la demande féminine qui ont en moyenne 2,2 enfants par femme, un taux de mortalité maternelle de 159, et de mortalité infanto-juvénile de 63. C'est là où la mortalité maternelle est la plus forte que l'avortement est extrêmement limité. Les avortements illégaux et faits dans de mauvaises conditions sont d'ailleurs une des grandes causes de la mortalité maternelle.

Rahman et alii (1998) trouvent ces déclarations peu rigoureuses et ont préféré étudier les codes pénaux des différents pays. Pourtant, la situation juridique de l'avortement est compliquée par la multiplicité de codes (de santé publique, pénal, etc..) qui peuvent s'appliquer. Ainsi, l'avortement est jugé criminel en République Centrafricaine, néanmoins le code criminel l'accepte pour sauver la vie (ONU 1998 : 227). Au Nigeria, l'avortement est illégal dans le sud, permis sous certaines conditions ailleurs. Le Mexique est classifié comme un des pays où l'avortement n'est permis que pour sauver la vie de la femme (Rahman et alii.1999 : 58), mais en fait chacun des 32 États a des lois différentes : dans 3 états il n'est permis qu'en cas de viol, dans 21 pour sauver la vie, dans 8 s'il y a un risque pour la santé et 19 acceptent des circonstances atténuantes (Salas et Lerner, 1996 : 18).

Par ailleurs, ni les déclarations officielles ni les codes pénaux ne correspondent forcément aux pratiques des institutions des santé. Ces dernières ont été investiguées depuis de nombreuses années par des chercheurs du Population Council. Ross, Mauldin et Miller ont interrogé de nombreux officiels et experts pour chaque pays (1993). Ces opinions peuvent ne pas correspondre à la réalité, mais le fait qu'il y ait plusieurs réponses pour chaque pays limite ce travers par rapport aux « déclarations officielles » utilisées par l'ONU. Par ailleurs, leurs données portent sur 1987 à 1992, ce qui permet de faire le point sur la situation juste avant la conférence du Caire. Le schéma général est le même pour les déclarations et les pratiques des services de santé, mais les motifs socio-économique et juridiques (viol et inceste), peu nombreux selon les déclarations officielles, sont plus souvent acceptés par les institutions de santé, notamment en Afrique

⁹ D'après les déclarations à l'ONU (1999).

et en Asie, où ils représentent le quart des motifs. Inversement le droit de mort, c'est à dire l'interdiction, est plus fréquente que ce soit parce que la situation était plus répressive ou parce que les positions des institutions sont plus tranchées.

L'autonomie face à l'Etat et au conjoint

La liberté procréatrice, comme l'a énoncé la conférence du Caire, implique qu'il n'y ait pas imposition de la contraception. Le cas de la Chine, où il faut demander une autorisation administrative pour avoir un enfant, du Vietnam, de l'Inde ou, inversement, de la Roumanie sont bien connus, mais dans des pays protestants, des dérives eugéniques ont conduit également à des stérilisations obligatoires, limitant le contrôle de leur corps pour les personnes jugées "inaptes" et, aux États-Unis, dépendantes de l'aide sociale ou appartenant à des minorités ethniques. L'étude de monographies des douze pays en développement les plus peuplés montre qu'ils peuvent être classés en trois groupes (Gautier 2000). 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 près 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 ont une liberté reproductive réduite, suite à un déficit de la diffusion et/ou à des accès d'autoritarisme, ce qui correspond à une population de plus d'un milliard d'individus. Alors qu'en Thaïlande et au Brésil, le marché assure la liberté reproductive plus que l'État, seul 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.

De plus, le contrôle des femmes sur leur corps peut aussi être réduit par le pouvoir marital. Ainsi, la comparaison des réponses aux enquêtes démographiques et de santé montre qu'au Sahel l'opinion des femmes sur la contraception n'a aucune influence sur l'utilisation de celle-ci qui dépend entièrement du mari à la différence du Ghana, (Andro

et Hertricht 1998). La même constatation a été faite en Côte d'Ivoire (Adjamagbo et Guillaume 2001). Certes, l'autorisation du conjoint pour l'accès aux services de planification familiale, autrefois nécessaire dans de nombreux pays a généralement été abolie et existe rarement concernant l'avortement (Rahman et alii. 1999), néanmoins les codes se contredisent. Ainsi, au Zimbabwe, le consentement du mari n'est pas nécessaire pour la stérilisation, mais celle-ci peut-être un motif pour l'annulation du mariage (CRLP 1997 : 139). Au Mexique, une seule des grandes institutions publiques de santé, exigeait l'accord du conjoint (homme ou femme) pour effectuer une stérilisation en 1989 et aucune en 1992, ce qui n'empêchait pas 25% des praticiens de la demander selon une enquête menée dans quatre États (Sayavedra 1997).

Ross, Mauldin, et Miller ont demandé en 1987 et 1992 quelles autorisations étaient nécessaires pour avoir droit à un avortement ou à une stérilisation, cette méthode de régulation de la fécondité étant la plus utilisée au monde et celle pour laquelle l'éventuelle autorisation conjugale apparaît le plus clairement. Il y avait quatre possibilités de réponse : un comité, le conjoint, non-réponse, « ne s'applique pas ». Cette dernière occurrence est la plus compliquée à classer, car elle peut renvoyer au fait que la pratique est illégale (elle sera alors classifiée en tant que telle), ou que la femme décide seule, mais aussi au fait que cette question n'a pas encore été vraiment considérée. Ainsi, de nombreux pays asiatiques ou moyen-orientaux sont passés d'un « ne s'applique pas » en 1989 à la reconnaissance du pouvoir patriarcal en 1992, ce qui ne relève pas sûrement d'un durcissement réel du sexage. Un système sera jugé *individualiste* si la femme a le dernier mot en ce qui concerne la régulation de sa fécondité, *patriarcal* si les services appuient la décision du mari. Il sera déclaré *étatique* s'il n'y a, ni autonomie féminine, ni pouvoir patriarcal, mais que l'État décide, en interdisant ou en imposant un moyen de régulation de la fécondité, ou encore en instituant un comité. Ces différentes conditions peuvent se cumuler. Ainsi, au Togo, les femmes n'avaient en 1989 le droit de se faire stériliser que si elles avaient eu six enfants, dont un garçon, et elles ne pouvaient avorter que si leur vie était en danger. Il fallait l'autorisation du mari pour les deux opérations, ce qui donne à celui-ci un droit d'imposition de fécondité et de vie ou mort sur sa femme.

Tableau 5. Autonomie en 1992 par continent.

	Afrique	Amérique lat	MOAF	Asie	Total
Etatique	5.5	16		25	11,2
Conjugal	76	60	64.3	50	65,3
F ou NSA	10.5	12		5	8,2
NR	8	12	35.7	24	15,3

Source : ROSS, MAULDIN ET MILLER, 1993, *A compendium of facts on Family planning*, New York, Population Council :

La décision d'accès aux services d'avortement et/ou de stérilisation est la prérogative du mari dans les deux-tiers des cas, celle d'institutions publiques dans 20%¹⁰ et des femmes dans 10% . Depuis 1987, les non-réponses ou « ne s'appliquent pas » ont diminué, mais essentiellement au profit des maris, sauf en Amérique latine où c'est au profit de l'État. Le pouvoir conjugal reste plus faible en Asie que partout ailleurs, avec quand même 33% des réponses. Ces autorisations du conjoint sont interprétées en terme de « faible statut des femmes » (ONU 1998 : 186), on pourrait aussi y voir une manifestation du patriarcat, c'est-à-dire de la domination masculine. Mais devant la multiplicité des formes de domination masculine, déjà analysée par l'inventrice du terme, Kate Millett, je préfère l'expression de sexage, inventé par Guillaumin (1978 et 1993), soit un rapport social marqué par l'appropriation du corps même des femmes par les hommes. Comment définir autrement les législations qui permettent par exemple au mari de décider de l'avortement de leur femme, même lorsqu'il n'est permis qu'en cas de danger pour la vie de celle-ci ? Le mari a pouvoir de vie ou de mort sur son épouse, comme l'avait autrefois le patriarche romain. Ce rapport est plus proche de l'esclavage que du salariat, qui permet seulement l'achat d'un laps de temps donné et limite le temps et la forme de l'exploitation. Ce n'est pas dire que l'épouse est dans ce cas une esclave car il n'y a pas forcément compensation financière et l'épouse n'est pas cessible à un autre acheteur, à la différence de l'esclave. Cela ne veut pas dire non plus que les femmes n'ont pas dans la réalité du pouvoir ou des capacités d'action et de rébellion, que ce soit dans la vie quotidienne ou collectivement, parce que celles-ci sont inhérentes à la

condition humaine et que même l'esclavage n'a pas pu les retirer à l'esclave (Gautier 1985).

Dans 17 pays, l'autorisation du conjoint est nécessaire pour la stérilisation masculine également. Nous appellerons les pays où l'accord des deux conjoints est nécessaire « conjugal-réciproque » et ceux où l'accord du mari seul est nécessaire « conjugal-hiérarchique ». Cette symétrie est cependant largement un leurre, parce que les conséquences ne sont pas les mêmes pour les hommes et pour les femmes, la gestation ayant lieu dans le ventre de la femme, et que la ligature est nettement plus pratiquée que la vasectomie. On peut y voir le remplacement d'anciennes discriminations ouvertes par un « neutre social », qui occulte l'existence de rapports inégalitaires.

La comparaison d'analyses de situation menées en 1994-95 au Botswana, au Burkina-Faso, au Kenya, au Sénégal et à Zanzibar montre que les protocoles de services de planification familiale n'imposent généralement pas de restrictions liées au statut marital ou à l'autorisation conjugale pour la contraception mais qu'ils en introduisent pour la stérilisation des femmes au Sénégal et des deux sexes au Botswana et au Burkina Faso. Ils exigent également souvent un nombre déterminé d'enfant pour le stérilet¹¹ et la stérilisation. Les prestataires de services imposent des limites beaucoup plus strictes : 6 à 32% demandent l'autorisation du conjoint pour l'accès à la contraception. 73% en demandent pour l'accès à la stérilisation au Kenya, 30% au Burkina Faso et 14% au Sénégal (Miller et alii 1998 : 162-166). Au Cameroun, ce sont plus de 80% des prestataires de services qui exigent l'autorisation conjugale pour toutes les méthodes (N'Gueye 1999).

Enfin, quand on cumule, pour 1992, les motifs d'autorisation pour l'avortement, soit la dimension *libéralisme*, avec celle de l'*autonomie*, on voit que sur les 9 pays qui acceptaient en 1992 l'avortement à la demande, seuls deux ne demandaient pas l'autorisation du conjoint. Il n'y a donc qu'à Cuba et à Porto-Rico (parce que la jurisprudence américaine s'applique) que les femmes avaient la maîtrise de la régulation de leur fécondité.

¹⁰ Selon les données de Mauldin et alii., la Chine apparaît comme un pays où règne la demande féminine alors que les couples doivent demander l'autorisation pour avoir un enfant et que de nombreux abus ont eu lieu sur le corps des femmes.

¹¹ L'OMS en recommande également pour cette méthode à cause des risques d'expulsion.

Le développement de l'accès à la contraception (encore trop peu répandu) est souvent présenté comme une victoire pour les femmes et une preuve de libéralisme, ce qu'il peut être, mais les chercheurs refusent encore trop souvent de voir les aspects plus sombres d'imposition de la contraception et encore plus de restructuration du sexage privé par de nouvelles institutions, comme les services publics de santé. En Afrique notamment, la demande d'autorisation du conjoint contribue à la production d'une appropriation conjugale qui n'était pas coutumière dans ces sociétés du lignage mais qui est cohérent avec ce qu'essaient d'introduire les nouveaux codes de la famille depuis les indépendances. Ce libéralisme reproduit alors la subordination des femmes qui a été caractéristique de ses premiers théoriciens (Fauré 1976; Pateman 1986)

Tableau Les 3 dimensions de la liberté de choix : accès à la contraception, à l'avortement à la demande et l'autonomie face au mari et aux institutions.

	Afrique	Amérique latine	Asie	AfNord MO	développés	Total	Nb pays
Accès contra ¹	26,7 %	66,7 %	65,2 %	71,4 %	?	54 %	²
Accès avt ²	2 %	5.6%	53.3%	14 %	87 %	40 %	141
Autonomie ³	10.5 %	12 %	5 %	0 %	?	15.3 %	97

1.) Pour les pays en développement : Ross et alii., 2000, *Profiles for family planning*, 2) Pourcentage de femmes qui ont accès à l'avortement à la demande selon les déclarations gouvernementales. ONU, 1999, *World abortion policies*, New York 3) Pourcentage de femmes qui n'ont besoin ni de l'autorisation du conjoint ni d'un avis d'un comité pour avorter ou se faire stériliser. Ross, Mauldin et Miller, *A compendium of facts on family planning*, New York, The Population Council : 100, 112-113. Concerne l'année 1992.

CONCLUSION

Les données existantes sur les années 1990 permettent donc de calculer que, compte tenu de la mortalité et de la fécondité, 3 femmes des pays en développement sur 100 meurent en couches et qu'elles perdent 0,5 enfant par femme avant qu'il ait 5 ans et 0,2 mort-né. Elles passent 11 années à enfanter et allaiter, alors qu'elles auraient souhaité retarder 0,8 de ces naissances et ne pas avoir 0,4 d'entre elles. En fait, une femme sur 100 meurt pour une grossesse qu'elle n'a pas souhaitée. Seules 54% ont eu accès à la contraception et 40% peuvent avorter à la demande, surtout dans les pays communistes

passés et présents mais seulement 15% vivent dans des pays où les services de santé ne demandent pas l'autorisation du conjoint pour la stérilisation ou l'avortement ou ne les limitent pas strictement.

On voit que l'Afrique cumule les désavantages, que ce soit par rapport aux risques de mortalité pour elles et leurs enfants, au manque d'accès la contraception, ce qui explique que de nombreuses naissances soient déclarées comme venues au mauvais moment, que l'avortement est très limité et le pouvoir conjugal très soutenu par les institutions de santé. Cependant, relativement peu de naissances sont totalement non désirées alors même que les mères ont peu de droits sur ces enfants (Journet 1985). Les conditions de la procréation, l'extrême restriction de l'avortement et le soutien institutionnel au sexage privé sont assez comparables en Amérique latine et au Moyen-Orient/Afrique du Nord. Les conditions de la procréation sont beaucoup plus dispersées en Asie et le sexage est pour moitié public même si beaucoup de pays donnent l'apparence du libéralisme.

Les Occidentales cumulent les avantages avec des grossesses sûres, un accès généralisé à la contraception et l'avortement à la demande (87%) sans autorisation conjugale. On ne peut oublier cependant : 1) ces acquis sont récents (20 à 30 ans), sauf dans les pays anglo-saxons et nordiques, et ils sont combattus de façon active par des groupes peu nombreux mais bien organisés. 2) Il ne faudrait pas non plus donner une interprétation évolutionniste de la liberté de la procréation : celle-ci existait dans bien des sociétés avant la colonisation européenne, qui s'est souvent donnée comme but d'apprendre aux hommes colonisés à mieux contrôler « leurs » femmes, que ce soit au nom du christianisme ou de du néo-darwinisme (Cook 1994; Etienne et Leacock 1979; Gautier, à paraître; Mies 1985). 3) Enfin, l'abolition de l'appropriation de la procréation peut n'être que le passage à un rapport social marqué par l'exploitation si la maternité n'est pas reconnue pour son apport social (Tabet 1985 et 1998).

BIBLIOGRAPHIE

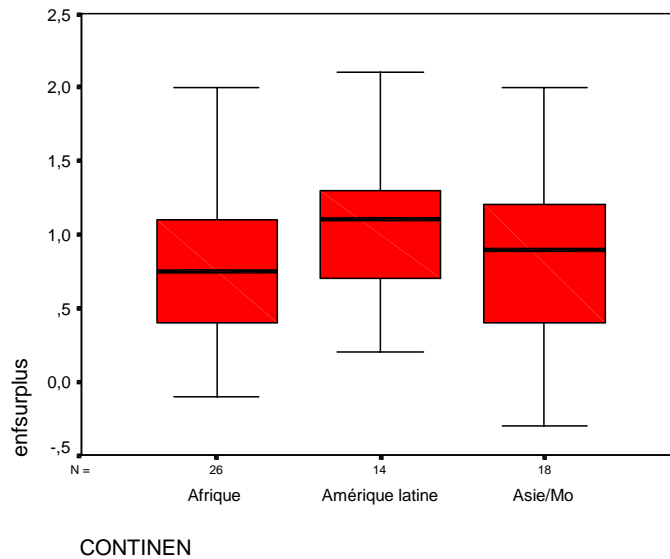
ANDRO Armelle et HERTRICHT Véronique, 1998, " Demand for contraception by sahelian couples : are men's and women's expectations converging ? The cases of Burkina Faso

- and Mali ” Seminar on *Men, family formation and reproduction*, Buenos Aires 13-15 mai.
- BICEGO George, AHMAD Omar, 1996, « Infant et child mortality », *DHS Comparative studies*, 20.
- BLONDEL B., 2000, “La modification des règles d’enregistrement des naissances vivantes et des mort-nés en France. Quel impact sur la mortalité périnatale ? », *Population* 55(3) : 623-628.
- BONGAARTS et BRUCE Judith, 1996, “The causes of unmet need for contraception and the social content of service”. *Studies in Family planning* 26(2), mars.
- CAYEMITTES et alii., 1995, *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services (EMMUS-II) Haïti 1994-1995*. Piétonville et Calverton, Institut haïtien de l’enfance et Macro International.
- COOK Rebecca (ed), 1994, *Human rights of women*. Philadelphie, University of Philadelphia Press.
- DES FORTS Jacqueline, 1998, “Indicateurs de la santé maternelle en Algérie. Evolution de 1962 à 1992 », *Population* 53 (4) : 859-874.
- DHAVERNAS Odile, 1986, *Droits des femmes, pouvoir des hommes*. Paris, Seuil.
- FAURÉ, Christine, 1985, *La démocratie sans les femmes. Essai sur le libéralisme en France*. Paris, PUF.
- FNUAP, 1995, “ Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction ”. *Etat de la population mondiale 1997*.
- FRANK, *Population and development review*
- GAUTIER Arlette, 1985, *Les soeurs de Solitude. La condition féminine pendant l’esclavage*. Paris, Editions caribéennes.
- GAUTIER Arlette; QUESNEL André, 1993, *Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique)*. Paris, éditions de l’ORSTOM, collection études et thèses.
- GAUTIER Arlette, 2000, "Politiques démographiques et liberté reproductive dans le monde" In BENOIT Daniel et PILON Marc (eds), *Les programmes de planification familiale*, Paris, ORSTOM.
- GAUTIER Arlette, 2000, « Genre et fécondité » IN CONDON Stéphanie, BOZON Michel, LOCOH Thérèse, - *Démographie, sexe et genre*, Paris, INED, Dossiers et recherches, 85, mars.
- HAGGERTY, A. Patricia; RUSTEIN Shea O., 1999, “Breastfeeding and complementary infant feeding, and the post-partum effects of breastfeeding”, *DHS Comparative Studies*, 30, juillet.
- HOM Sharon K., 1992, “ Law, ideology and patriarchy in China : feminist observations of an ethnic spectatator”, *International Review of Comparative Public Policy* N°4 : 173-192.
- HORD Charlotte et alii., 1991 “ Reproductive health in Romania ”. *Studies in Family Planning* 22(4), juil.: 231-240.
- JOLIVET Muriel, 1993, *Un pays en mal d’enfants. Crise de la maternité au Japon*. Paris, la découverte.
- LOCOH Thérèse, 1984, *Fécondité et famille en Afrique de l’Ouest. Le Togo méridional contemporain*. Travaux et documents, Cahier n°117, Paris, PUF/INED.

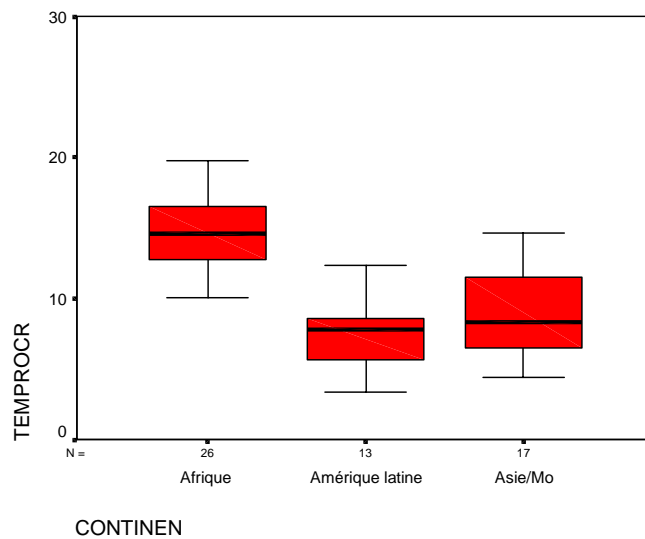
- MATHIEU Nicole-Claude, 1991, *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris, Côté-femmes, : 291p.
- MATHIEU Nicole-Claude, 1985, *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1985 : 61-146.
- MICHEL Andrée, « Multinationales et inégalités de classe et de sexe », *Current Sociology*, 31 (1), été 83 : 1-211.
- MILLER Kate, MILLER Robert, ASKEW Ian, HORN Marjorie C., NDHLOVU Lewis, 1998, *Clinic-based family planning and reproductive health services in Africa : findings from situation analysis studies*, New York, Population Council, African Operations research and technical assistance project, USAID.
- NAU Jean-Yves, 1998, "L'OMS choisit onze pays du tiers-monde pour un programme anti-sida" *Le Monde* 1.7.1998 : 32.
- PATEMAN Carole, 1988, *The sexual contract*, Cambridge, Polity press.
- PISON Gilles, KODIO Belco, GUYAVARCH Emmanuelle, ETARD Jean-François, 2000, « La mortalité maternelle en milieu rural au Sénégal », *Population*, 55 (6) : 1003-1018.
- PRIOX France, 2000, "L'évolution démographique récente en France", *Population* 55 (3) : 441-476.
- RAHMAN ET AL. 1998, « A global review of laws on induced abortion, 1985-1997 » *International family planning perspectives*, N°24 : 56-64.
- ROSS JOHN, MAULDIN Patrick et MILLER Robert, 1993, *A compendium of facts on Family planning*, New York, Population Council.
- ROSS John, STOVER John, WILLARD Amy, 1999, *Profiles for family planning and reproductive health programs, 116 countries*, New York, Future group International
- SALAS Guadalupe et LERNER Susana, 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.
- SAYAVEDRA Gloria H., 1997, « Fulfilling providers in four mexican states » in HARDON and HEYES – *Reproductive rights in practice*. Londres, Zed Books : 95-114.
- STANTON Cynthia, ABDERRAHIM Nourredine, HILL Kenneth, 2000 : "An assessment of DHS maternal mortality indicators", *Studies in Family Planning*, 31 (2) : 111—123.
- TABET Paola, 1998, *La construction sociale de l'inégalité des sexes*. Paris, l'Harmattan, bibliothèque du féminisme,.
- TABET Paola, 1985, "Fertilité naturelle, reproduction forcée" in Mathieu: 61-146.

ANNEXES

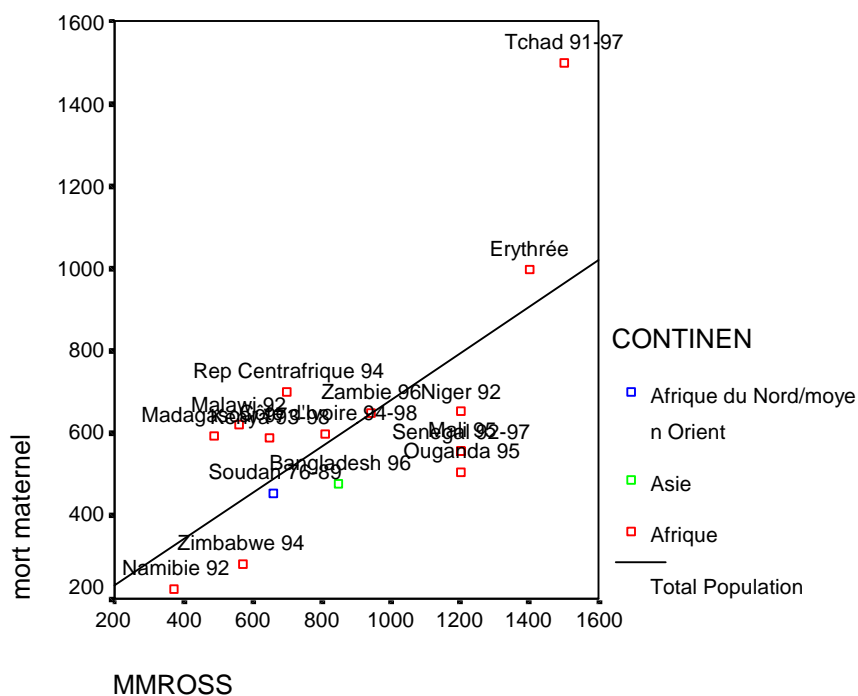
Graphique 1. Nombre d'enfants en manque ou en surplus (ISF voulu – enfants survivants à 5 ans). Source : 58 EDS.



Graphique 2. Boîte à moustaches : années passées à faire une enfant et l'allaiter



Graphique 3. Diagramme de dispersion taux de mortalité maternelle EDS/Ross



Source : UNFPA, 1999, *The state of the world 1999*, New York : 108-116; Ross, Stover et Willard, 1999, *Profiles for family planning and reproductive health programs, 116 countries*, New York, Futur group international : A58-59.

TABLEAU 1. : AUTONOMIE VERSUS LIBERALISME 1992

	MORT	VIE	santé	Juri-socio	Demande	NB PAYS
ÉTATIQUE	3	2	2	2	2	11
CONJUGAL	9	17	21	11	5	63
F ou NSA	0	1		5	2	8
NR	1	5	5	4	0	15
NB DE PAYS	13	25	28	22	9	97

Source : ROSS, MAULDIN ET MILLER, 1993, *A compendium of facts on Family planning*, New York, Population Council : 100, 112-113,