

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

Christophe Z. Guilmoto
P. M. Kulkarni

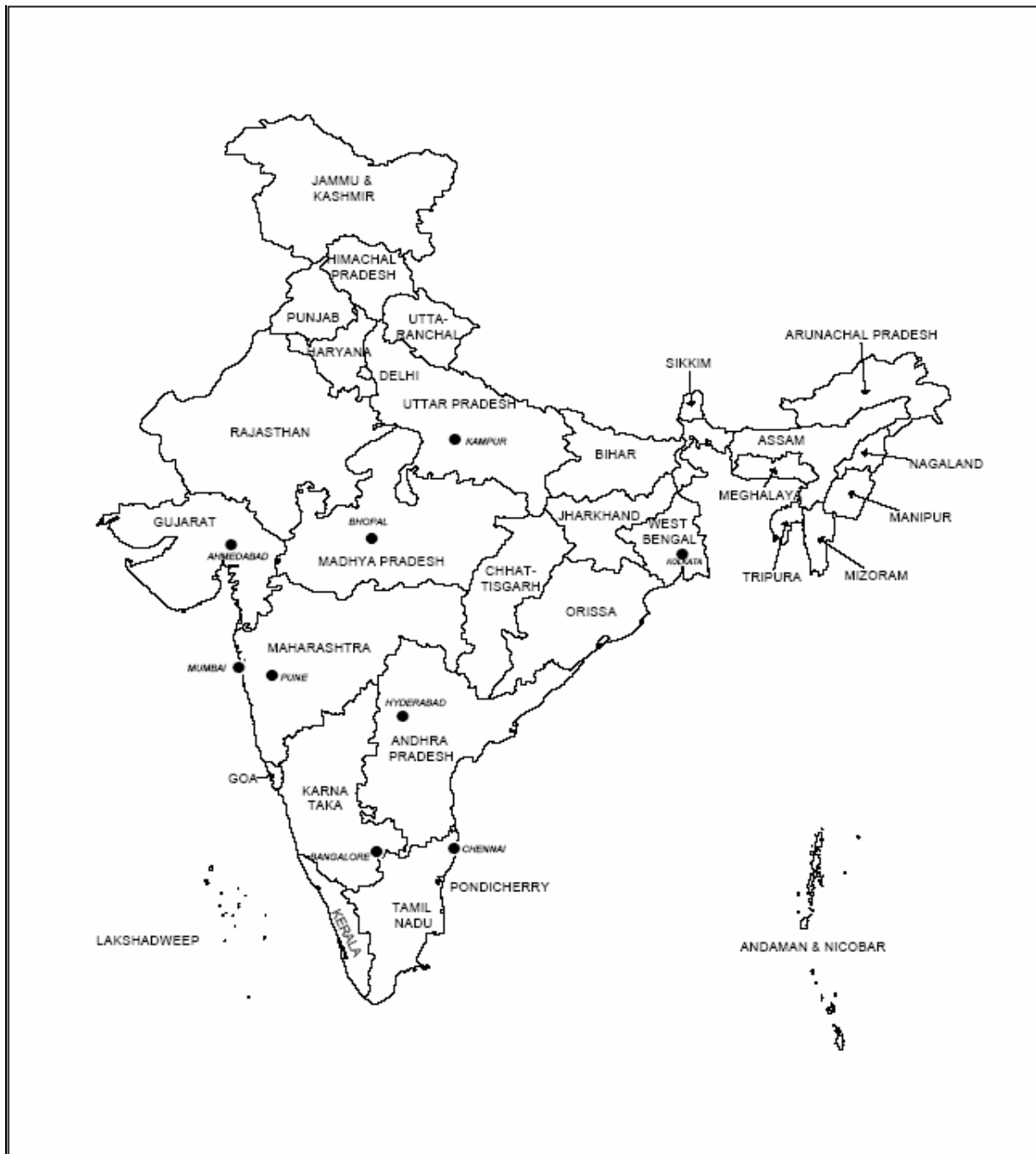
Les différentes échelles des politiques de fécondité

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

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

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

Figure I – Les états indiens en 2001



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le lancement (1951-1966)

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

commission Bhore travaillant sur le personnel de santé et le développement pour le gouvernement souligna en 1946 les besoins en matière d'offre de contraceptifs⁸.

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

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

De nombreuses réserves furent émises quant à l'opportunité de diffuser des contraceptifs à travers les infrastructures publiques. Il faut ajouter que la pression démographique n'était initialement pas ressentie comme dramatique : la croissance de la population était restée modérée jusqu'en 1941, s'élevant rarement au-dessus d'une progression annuelle

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

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

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

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

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

*Chiffres provisoires du recensement de 2001.

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

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

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

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

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

Les études démo-économiques, comme celle de Coale et Hoover (1958), aboutissaient d'ailleurs à des prévisions démographiques beaucoup plus hautes, et plus exactes, que celles des autorités indiennes et soulignaient le ralentissement potentiel sur le développement économique de cette croissance de la population : réduction de l'épargne publique et privée, accroissement des charges sociales du gouvernement, ralentissement des gains de productivité. L'étude formalisait en quelque sorte la mise en garde contre les effets néfastes d'une croissance démographique trop forte exprimée dans la conclusion de l'ouvrage classique de Davis (1951). A partir de cette période, une mobilisation très

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

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

Tableau 2 – Indicateurs de fécondité et de mortalité, Inde

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

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

Cette mobilisation relayée progressivement par la classe politique reposait désormais sur une inquiétude des classes moyennes montantes dont l'émergence politique et économique se trouvait à terme menacée par la pression démographique des classes populaires, encore marginalement bénéficiaires des profits de l'essor national. La régulation des naissances apparut alors comme la recette indispensable pour contrôler la

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

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

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

Le gouvernement se fixa un premier objectif démographique, celui de réduire à 25 pour 1000 le taux de natalité en 1973 (objectif finalement atteint 25 ans plus tard)¹¹. Le niveau d'acceptation de la planification familiale commença à progresser durant la période quinquennale. A la fin du troisième plan, les services de planification familiale étaient en effet devenus nombreux et plus accessibles grâce aux officines publiques aussi

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

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

L'intensification et le dérapage (1966-1977)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

P : équivalent en utilisatrices de la pilule.

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

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

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

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

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

Le repli et la modération (1977-1993)

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

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

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

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

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

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

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

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

Après les échecs des coalitions qui lui avaient succédé, Mme Gandhi revient au pouvoir en 1979, mais cette fois-ci sans mettre l'accent sur sa politique démographique, ce qui

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

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

La réorientation depuis 1993

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

Les groupes de pression internationaux, si actifs précédemment, virent également leur voix s'affaiblir durant les années 1980, d'autant que certaines de leurs prédictions apocalyptiques sur les effets de la croissance démographique dans les pays en développement ne se matérialisèrent point. Si l'encouragement aux politiques de population demeurait, l'accent fut désormais mis sur la mère et l'enfant, notamment à partir des concepts de santé reproductive ; les gouvernements doivent désormais se contenter d'aider les couples à atteindre leur objectif démographique, plutôt qu'imposer une norme de petite famille. Les délibérations et les recommandations de la Conférence du Caire (ICPD) en 1994 ont reproduit ce nouveau consensus, reconnaissant en son préambule : « *the basic right and responsibility of couples and individuals to make informed choices*

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

about child-bearing and on the responsibilities of societies to help them achieve their reproductive goals ». ¹⁷ Ce thème récurrent de l'ICPD revendique pour les individus le droit à une fécondité choisie, excluant toute mesure coercitive y compris les quotas et objectifs numériques à atteindre. Pour autant, la politique prônée n'est pas nataliste, puisqu'il appartient aux couples de prendre leurs responsabilités pour assurer les besoins fondamentaux d'éducation et de protection sanitaire à leur progéniture à leur progéniture.

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

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

Après le dépôt de ce rapport, quelques changements intervinrent dans le fonctionnement du Ministère de la santé et du bien-être familial et certaines recommandations furent intégrées dans le programme de planification familiale national. Ainsi, le principe ancien des *targets* fut abandonné en 1996 et un schéma d'évaluation des besoins communautaires par les acteurs locaux remplaça la planification hiérarchique. Mais en l'absence de politique nationale de population formulée par le gouvernement, un certain scepticisme demeurerait, notamment à propos des évaluations communautaires des besoins et le système des cibles a persisté en l'absence de solutions de remplacement efficaces (Visaria and Chari, 1998). En 2000, le gouvernement a finalement annoncé officiellement sa nouvelle politique, la *National Population Policy 2000* (India, Department

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

of Family Welfare, 2000). Celle-ci reprend des éléments recommandés par le comité Swaminathan et s'inspire des conclusions du Caire, tout en s'en écartant de manière sensible sur d'autres points. Tout en mentionnant les débats sociaux plus larges, elle prolonge clairement la politique de 1983, restant centrée sur les questions démographiques et notamment celles qui relèvent de la planification familiale.

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

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

Récemment, de nombreux Etats indiens ont avancé à leur tour des politiques de population suite aux encouragements du gouvernement central en 2000 à constituer des commissions régionales de population (state population commission). Si tous les Etats cherchent à réduire leur croissance et stabiliser leur population, leur calendrier et leur stratégie sont très variables, comme il est fréquent dans le régime politique très décentralisé qui caractérise l'Inde. Certains Etats ont introduit des systèmes de primes individuelles ou collectives pour récompenser les bonnes performances en matière de santé de la reproduction, voire des pénalités pour les grandes familles : plusieurs Etats, comme le Madhya Pradesh ou le Haryana, interdisent ainsi aux parents de trois enfants ou plus de se présenter aux élections locales (*panchayat*), dispositions actuellement contestées auprès des tribunaux. Le premier document de politique démographique du Rajasthan évoque en 1999 l'inéligibilité de candidats ayant deux enfants ou plus, alors que la fécondité moyenne y est alors estimée à presque quatre enfants par femme. En Uttar Pradesh, dont la politique de population recommande l'enregistrement des

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

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

La planification familiale à l'échelle locale

La description des politiques nationales fournit les grands contours de l'évolution de la planification familiale en Inde, mais il est vrai que le corps des dispositions arrêtées par les gouvernements successifs ne s'est pas répercuté mécaniquement dans la société. La mise en place concrète du dispositif, à l'échelon local, a été victime de nombreuses inerties ou incompétences bureaucratiques. La complexité du dispositif administratif et le fort degré de centralisme qui a prévalu longtemps en matière de planning familial, perçu parfois à Delhi comme une affaire de sécurité nationale, ont couramment été tenus responsables d'un grand nombre de dysfonctionnements et d'échecs opérationnels. On a ainsi observé que le lancement de certains contraceptifs, comme le stérilet, a échoué en raison du manque d'information sur le besoin des utilisatrices et l'inadéquation du produit. L'imperfection de l'action gouvernementale est particulièrement aiguë dans un

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

pays comme l'Inde dont l'appareil administratif a, sur la société rurale, moins de prise qu'ailleurs en Asie. On contrastera la situation indienne de celle de pays comme l'Indonésie ou la Chine où les gouvernements ont joué un rôle capital dans la régulation des processus démographiques, de la fécondité comme de la migration. L'Etat indien exige en effet très peu de ses concitoyens et intervient en retour assez peu sur l'organisation sociale. Il joue un rôle de protection paternaliste, simplement complémentaire aux structures de la société locale qui régulent notamment l'essentiel des rapports sociaux et économiques entre les personnes. La mobilisation des citoyens face à l'Etat est relativement limitée, car les attentes sont réduites et l'action des pouvoirs publics n'est guère l'objet de négociations concrètes. En matière de planification familiale, les programmes ont été conçus sans la participation des gens ou de leurs représentants locaux.

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

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

Différentes analyses ont souligné le rôle crucial de relais joués par les gouvernements régionaux ou les autorités locales dans l'exécution des politiques démographiques, expliquant certains succès surprenants dans le sud ou au contraire les échecs rencontrés dans le nord de l'Inde. Mais nous reviendrons en fin de chapitre sur ces questions, car nous voulons plutôt mettre ici l'accent sur la réception de la planification familiale à l'échelle locale¹⁹. L'infrastructure sanitaire de référence en milieu rural est le centre secondaire de soins (*sub-centres*), dépendant des centres de soins primaires (PHC). Les centres de soins primaires couvrent aujourd'hui en théorie 30 000 personnes. Mais, dans de nombreuses zones, cette population peut se multiplier par cinq, induisant une tension extrême sur les personnels qui y travaillent, en raison tant de la clientèle que de l'étendue des villages concernés.

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

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

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

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

C'est dans la très grande majorité des cas les infirmières auxiliaires, plutôt que leurs clientes, qui décident de la méthode contraceptive adoptée et leur rôle est donc crucial dans la viabilité des programmes. Naturellement, les choix contraceptifs sont négociés avec les femmes elles-mêmes, qui doivent en référer à leur belle-famille. Les résultats de l'enquête NFHS-2 indiquent qu'en 1998-1999, à peine 25 % des femmes rurales sont seules à décider de leurs propres soins de santé, alors que pour 50 % d'entre elles, la décision appartient avant tout au mari et sa famille. En matière de contraception, et d'après la même source, les chiffres semblent inverses et seule une fraction des femmes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

En conclusion, on rappellera qu'une partie des femmes peut désormais s'adresser à des services privés selon leur choix, y compris dans les zones rurales. C'est par exemple le cas croissant de celles qui ont recours à des avortements sélectifs afin d'éviter la naissance de filles. Mais la part de la clientèle pauvre va toutefois en s'accroissant, car la contraception se propage à présent au sein de l'ensemble de la société indienne et atteint désormais une part considérable de femmes de milieux défavorisés : le rôle des

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

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

infrastructures publiques restera par conséquent essentiel dans le futur et la médiocre qualité des services de planification familiale représente un obstacle à l'amélioration des conditions de prévention des naissances, alors même que l'idéologie malthusienne progresse rapidement dans le pays.

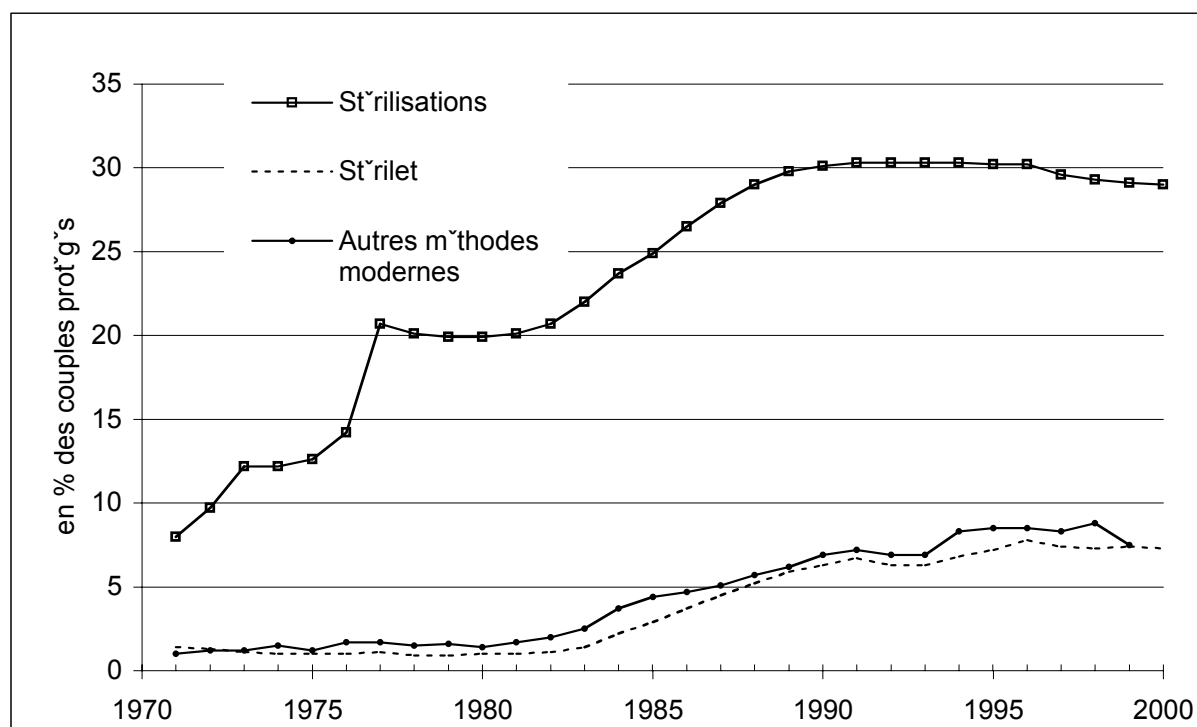
La prévalence contraceptive

L'objectif premier du programme de planification familiale indien a toujours été d'accroître le taux de prévalence contraceptive dans le pays, afin de provoquer une baisse de la fécondité et une réduction de l'accroissement naturel. La hausse de l'âge au mariage, souvent mentionnée comme un instrument de cette politique, a rarement été l'activité la plus promue par rapport au domaine de la contraception, car le gouvernement aurait bien été en mal de la faire respecter. Il releva officiellement à 18 ans l'âge au mariage minimal des femmes lors de l'Etat d'urgence, mais le contrôle matrimonial appartient pleinement à la famille et à la sous-caste. Toute intrusion frontale de l'Etat dans ces questions domestiques, dans un pays où les mariages prépubertaires n'ont pas entièrement disparus²⁶, eût été vouée à l'échec, à la différence une fois encore de l'exemple chinois où les pouvoirs publics ont une autorité bien plus considérable. Le programme indien visait avant tout à distribuer des contraceptifs, tout en favorisant leur acceptabilité dans la population. La motivation des couples devint, à partir de la phase « extensive », une composante clé de ces politiques. De ce fait, un des meilleurs indicateurs du succès du programme est le niveau de prévalence contraceptive, mesuré en pourcentage de couples d'âge reproducteur protégés par la contraception. Le département de la planification familiale a produit régulièrement des mesures de ce taux de prévalence, utilisant un jeu d'hypothèses sur les effets perturbateurs de l'âge et de l'abandon des méthodes réversibles (India, Department of Family Welfare, 1999). De plus, un indice d'efficacité est appliqué qui est spécifique à chaque moyen contraceptif pris en compte. Les chiffres sont obtenus à partir des statistiques officielles, recouvrant principalement l'action gouvernementale de planification familiale. C'est la raison pour laquelle existent de sérieux écarts entre ces statistiques et les niveaux de prévalence calculés à partir des enquêtes démographiques. Les estimations annuelles par méthode contraceptive proviennent des estimations officielles du programme de planification familiale et peuvent être comparées avec les chiffres des enquêtes NFHS regroupés dans le tableau 4. L'évolution depuis les années 1970 est également sur la figure 2²⁷.

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

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

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



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

Tableau 4 – Prévalence contraceptive en Inde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

comportements démographiques dans des couches de populations pourtant défavorisées³¹.

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

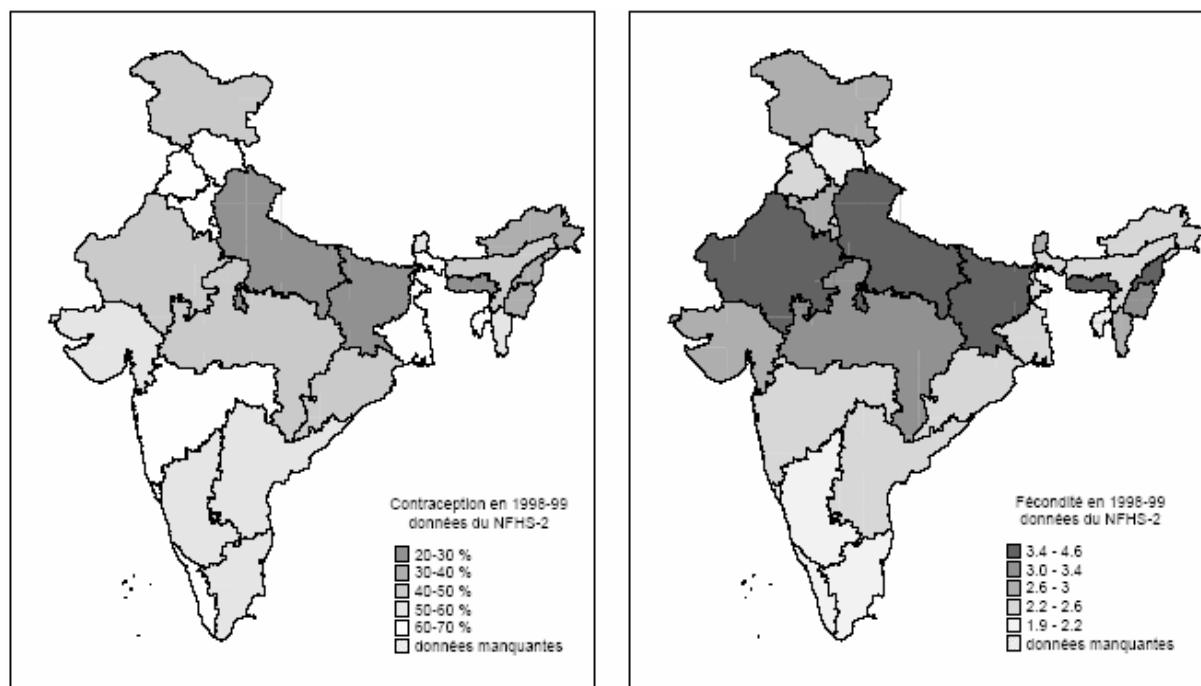
Ces données ont été reportées sur des cartes par Etat qui rappellent la géographie de la fécondité en Inde (figure 3). Le Sud fait figure de région pionnière, rejointe progressivement par les autres Etats côtiers et le Punjab au nord-ouest, alors que le cœur hindiphone de l'Inde (et notamment l'Uttar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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indice composite de capital social : Senna (2001).

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

Que s'est-il passé au Tamil Nadu ?

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

Bien que le Tamil Nadu soit plus industrialisé que la moyenne et dispose d'un certain nombre de centres industriels (Chennai, Coimbatore, Madurai, Tiruchchirapalli, Salem, Hosur et Tiruppur), une majorité de la main-d'œuvre est engagée dans le secteur primaire. Le PIB régional est en deçà de celui de nombreux Etats (India, Central Statistical Organisation, 2000) et l'ampleur de la pauvreté plus importante que la moyenne.

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

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

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

Cependant, le niveau des infrastructures, particulièrement le réseau de transport, est bien meilleur qu'ailleurs (Padmanabha, 1995). Les données des enquêtes NFHS montrent que la diffusion des mass medias est particulièrement forte au Tamil Nadu.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

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

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

Annexe : Les dépenses de la planification familiale

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

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

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

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

Tableau 7 – Dépenses publiques pour la planification familiale en Inde

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

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

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

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

BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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