

La libéralisation de la contraception et le contrôle masculin en Afrique subsaharienne

Ariette Gautier

Volume 14, Number 2, 2001

Féminin pluriel

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/058145ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/058145ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Recherches féministes

ISSN

0838-4479 (print)

1705-9240 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Gautier, A. (2001). La libéralisation de la contraception et le contrôle masculin en Afrique subsaharienne. *Recherches féministes*, 14(2), 115–131.
<https://doi.org/10.7202/058145ar>

Article abstract

This article compares the evolution of reproductive freedom from the point of view of access to contraception and abortion (liberalism). It also takes into account marital consent (autonomy), at three different levels: legislation, institutional protocols and the practice of health care workers. Overall, liberalism increased but new constraints limited women's autonomy. This trend increases when considering those who effectively dispense contraceptive services.

La libéralisation de la contraception et le contrôle masculin en Afrique subsaharienne

ARLETTE GAUTIER

En tous temps et en tous lieux, la maternité a eu un double visage : expérience physique et émotionnelle mais aussi institution faite de lois et de coutumes visant à régler les capacités reproductrices des femmes¹.

Rich (1976 : 13).

Bien que le vécu des femmes soit passionnant à explorer, ce sont exclusivement les régulations concernant leurs capacités de reproduction qui seront traitées ici, car l'institution crée une structure de contraintes et de possibilités qui influe profondément sur les expériences et les stratégies individuelles et qui mérite donc d'être analysée. Ces régulations existent aussi bien dans les sociétés étudiées par les anthropologues (Mathieu 1985 ; Tabet 1993) que dans les sociétés modernes. Ainsi, les États occidentaux ont exporté des codes de la famille fortement patriarcaux et des lois contre l'avortement et la contraception dans des sociétés fort diverses. Ces politiques natalistes avaient alors pour objet de « faire du Nègre » pour disposer de main-d'œuvre et de militaires (Cordell et Gregory 1985 ; Strobel 1983). Toutefois, après les indépendances, des États asiatiques, à partir des années 50, ont plutôt cherché à limiter la fécondité, s'immiscant de façon parfois violente dans le corps des femmes (Gautier 2000b). Ces politiques peuvent donc appuyer le pouvoir lignager ou conjugal ou encore s'y substituer. Des mouvements de femmes s'y sont opposés et ont permis la transformation, au moins sémantique, des programmes de limitation des naissances en politiques de santé reproductive². L'Afrique subsaharienne, pourtant fort diverse par bien d'autres aspects, est alors restée en marge de l'élaboration de politiques de planification familiale, car les gouvernements jugeaient plutôt qu'une population plus nombreuse et plus dense serait favorable au développement et au rayonnement international³. La situation a changé depuis quinze ans et les gouvernements souscrivent désormais officiellement tant à des politiques de santé reproductive qu'à la lutte contre les discriminations faites aux femmes. Ce libéralisme est-il passé dans les faits et a-t-il remis en cause le pouvoir masculin sur la fécondité ?

1. Ma traduction.

2. La santé reproductive est supposée intégrer non seulement la planification familiale, la santé materno-infantile et la prévention des maladies sexuellement transmissibles, mais aussi la prévention du cancer et de la violence conjugale, les soins postavortement et des programmes pour les adolescents et les adolescentes ainsi que pour les hommes.

3. C'était aussi l'opinion d'éminents scientifiques, comme l'économiste Esther Boserup.

L'analyse qui suit sera menée à plusieurs niveaux qu'il est important de différencier. Ainsi, les lois, qui sont loin d'être toujours appliquées, peuvent néanmoins être perçues comme un acte symbolique, un discours, que le Parlement tient à un certain moment à ses citoyens et citoyennes, mais aussi en direction de l'étranger, et qui perdure. Néanmoins, ces lois peuvent avoir des conséquences sur les vies : ainsi, l'interdiction de l'avortement n'a jamais empêché les femmes d'y recourir, mais elle a provoqué de nombreux décès, surtout parmi les plus pauvres. L'application des lois nécessite l'existence d'administrations qui en surveillent l'exécution, mais là aussi la politique élaborée dans les instances dirigeantes n'est pas forcément suivie au niveau local. Ces deux niveaux seront précisés en mettant en corrélation plusieurs sources. Les travaux du *Center for Reproductive Laws and Policies* (CRLP) de New York serviront à étudier l'évolution législative et deux enquêtes du *Population Council*, les pratiques institutionnelles. La première enquête est fondée sur les réponses de nombreux chercheurs et chercheuses ainsi que des agents et agentes des établissements de santé d'une centaine de pays, dont 39 en Afrique subsaharienne (Ross, Mauldin et Miller 1994). On peut évidemment mettre en doute l'exactitude de cette information, mais elle est généralement compatible avec des données d'observation, et notamment avec les « enquêtes de situation » du Population Council, qui seront notre seconde source (Miller et autres 1998). Ces dernières reposent sur des entretiens avec près de 400 membres du personnel de santé et 555 usagers et usagères ainsi que sur 575 observations des consultations dans chacun des 12 pays⁴ (sauf la Côte d'Ivoire). Ces données ont été également comparées aux résultats des enquêtes démographiques et de santé (EDS) menées sur de larges effectifs de 1986 à 1999 par ORC-Macro-international⁵ dans 27 pays, dont 18 pour la période 1995-1999 (www.measureDHS.com).

En Afrique subsaharienne, l'accès aux méthodes contraceptives se libéralise, même si l'avortement et la stérilisation restent fortement limités, mais il est réduit par l'indisponibilité des services et il est fortement encadré par la nécessité d'autorisation du mari pour l'accès aux méthodes anticonceptionnelles, ce qui constitue une restructuration de la domination masculine.

La libéralisation de la régulation de la fécondité

Seuls le Ghana et le Kenya ont élaboré dans les années 60 des politiques sur la libéralisation de la régulation de la fécondité, mais elles étaient de pure forme et n'avaient pour objet que de répondre aux exigences des bailleurs de fonds internationaux. Depuis la conférence d'Arusha en 1984 et l'adoption du Programme d'action de Kilimandjaro, les gouvernements africains ont reconnu la nécessité de

-
4. Ce sont les pays suivants : Botswana, Burkina Faso, Côte d'Ivoire (dans seulement 13 sites), Ghana, Kenya, Madagascar (2 provinces, 159 centres de santé), Nigeria, Sénégal, Tanzanie, Zambie, Zanzibar et Zimbabwe.
 5. Les pays suivants ont participé aux enquêtes : Bénin (1996), Burkina Faso (1998-1999), Cameroun (1998), Comores (1996), Érythrée (1995), Ghana (1998), Guinée (1999), Kenya (1998), Madagascar (1997), Mali (1996), Mozambique (1997), Niger (1998), Sénégal (1997), Tanzanie (1996), Tchad (1997), Togo (1998), Ouganda (1995), Zambie (1996). Le logiciel STAT Compiler permet de demander ces statistiques sur le site Web suivant : www.measureDHS.com/data/indicators/table_builder. On peut aussi y télécharger gratuitement toutes ces enquêtes.

l'intégration de politiques de population, entendues au sens large⁶, dans les politiques de développement. Ils ont notamment décidé de fournir l'accès aux services de planification familiale dans le contexte des services materno-infantiles existants (Vimard et Zanou 2000 : 1). La situation a d'abord changé en Afrique « anglophone » et plus tardivement en Afrique « francophone »⁷. Le contexte économique mais aussi la pression du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale, qui font souvent de la création de programmes de planification familiale une condition pour obtenir des prêts, ont amené de nombreux pays africains à adopter des déclarations de politique de population⁸ et à libéraliser l'accès à la contraception. Avec la « déclaration de Dakar/N'gor » entérinée en 1994, les chefs d'États africains ont non seulement accepté de soutenir des programmes de planification familiale mais ont aussi appelé à enlever toutes les restrictions injustifiées à l'information et aux services de planification familiale (Sala-Diakada 2000 : 29). En 1999, 30 pays affichaient des politiques de réduction de la fécondité, 7 cherchaient à la maintenir à son niveau actuel et 1, à l'augmenter (le Gabon). Cependant, 85 % soutenaient directement l'accès à la contraception, 10 % apportaient un soutien indirect⁹, par l'entremise d'associations privées de planification familiale, et seuls 2 pays ne fournissaient aucun soutien : la Guinée équatoriale et le Gabon. Ces déclarations vont être confrontées tant à l'évolution législative qu'à la diffusion réelle de la planification familiale.

Une contraception libéralisée sur papier

L'interdiction de la contraception a été officiellement levée dans tous les pays, sauf au Bénin. Elle était particulièrement fréquente dans les pays d'Afrique francophone, car la loi française de 1920 y avait été introduite par la colonisation. Cette libéralisation reste cependant réduite dans la réalité. Ainsi, des conditions sont souvent mises à l'accès aux différentes méthodes, les célibataires notamment ayant rarement accès aux services publics de planification familiale. De plus, la publicité pour la contraception demeure encore limitée dans certains pays : au Cameroun, la loi interdit l'information par une pharmacienne ou un pharmacien et les lois sur l'outrage public à la pudeur s'appliquent au Burkina Faso et au Sénégal. La connaissance de la contraception a pourtant progressé d'après les enquêtes démographiques et de santé¹⁰. Au total, 93 % des femmes vivant en milieu urbain et 76 % de

6. Ce sont des politiques qui intègrent les migrations et l'urbanisation ou l'amélioration des services de santé et d'éducation.

7. Cela correspond à la terminologie couramment employée, même si la population ne parle pas forcément l'anglais ni le français.

8. Ainsi, en a-t-il été dans le cas des pays francophones plus retardataires : le Sénégal en 1988, le Mali et le Burkina Faso en 1991, le Cameroun en 1992, le Tchad en 1994, le Bénin en 1996 et, enfin, la Côte d'Ivoire en 1997.

9. Ce sont le Cameroun, le Sierra Leone, la République centrafricaine, la Somalie et le Tchad.

10. Les passages répétés montrent que le nombre de méthodes connues a augmenté en général d'une méthode en cinq ans et de deux en dix ans dans 11 pays (Cameroun, Ghana, Kenya, Madagascar, Mali, Niger, Tanzanie, Togo, Ouganda, Zambie, Zimbabwe). L'augmentation est plus faible pour les Sénégalaises, qui connaissaient 4,2 méthodes en 1986 et 4,6 en 1997, tandis que le nombre de méthodes connues a diminué au Burkina Faso de 3,7 en 1992 à 3,4 en 1998.

celles qui sont en milieu rural avaient entendu parler d'au moins une méthode dans 18 pays pendant la période 1995-1998 (www.measureDHS.com). Cependant, en Érythrée, au Tchad, au Mali et au Mozambique, près de la moitié de la population rurale ne connaît pas une seule méthode contraceptive, proportion qui atteint les deux tiers au Tchad. De plus, connaître une méthode est loin d'être suffisant pour avoir une possibilité de choix, en fonction des états de santé ou des désirs des unes et des autres. Or, d'après les mêmes enquêtes, seules 68 % des Africaines ont entendu parler de la pilule, 39 %, du stérilet, 50 %, de la ligature des trompes, pour ne citer que les méthodes les plus connues (www.measureDHS.com). Peu de femmes ont entendu évoquer la contraception à la radio : 25 % en milieu urbain et 4 % en milieu rural. De 3 à 8 % des femmes ont été visitées par des travailleuses familiales venues leur expliquer l'existence et l'usage des méthodes, comme cela s'est pourtant fait avec succès au Zimbabwe. D'ailleurs, la moitié des femmes venues visiter des services de planification familiale dans les 11 pays n'ont entendu parler que de deux méthodes contraceptives, taux qui monte à 85 % au Ghana et au Kenya (Miller et autres 1998 : 57).

L'accès à la contraception reste lui-même limité, car le nombre de personnes ayant accès à un centre de santé est faible : de 70 % au Cameroun à 18 % au Bénin en Afrique francophone et de 40 % au Nigeria à 85 % au Zimbabwe en Afrique anglophone (CRLP 1997 : 184 et 1999 : 190). La crise économique et les programmes d'ajustement structurel, c'est-à-dire les programmes de diminution des dépenses publiques imposés par le Fonds monétaire international et la Banque mondiale en échange de prêts, généralement adoptés dans les années 90 (Sala-Diakanda 2000), ont réduit la prise en charge des programmes sociaux, le recrutement de personnel et l'achat de médicaments. D'ailleurs, si certains pays d'Afrique anglophone ont mis en œuvre des programmes de planification familiale desservant les zones rurales, la plupart des pays d'Afrique francophone n'ont de services de planification familiale qu'en ville. De plus, les dispensaires sont loin de tous offrir des méthodes contraceptives : ce n'était le cas que de 3 % des dispensaires en Côte d'Ivoire en 1996, de 27 % au Burkina Faso en 1993, de 50 % au Togo en 1994 et de 80 % en Éthiopie (mais seule la moitié de la population a accès à des services de santé) (CRLP 1997 et 1999 : 194). D'après les enquêtes de situation, ces services offrent généralement la pilule, un peu moins souvent le préservatif, mais de façon très variée le stérilet ou l'information sur les méthodes naturelles. En outre, les produits sont parfois mal conservés ou en rupture de stock, les heures d'ouverture ne sont pas toujours respectées et surtout la qualité des services laisse beaucoup à désirer. Alors que les infirmières et les infirmiers font tous les gestes médicaux nécessaires (prendre le pouls ou la tension par exemple), ils s'informent peu auprès des usagères avant de leur donner une méthode¹¹. Même dans le meilleur des cas, au Botswana, seuls les deux tiers des usagères sont informées de la façon d'utiliser la méthode choisie et de ses possibles effets secondaires (Miller et autres 1998 : 52-61). Pourtant, 58 %

11. Seules de deux à quatre questions sont posées à une nouvelle patiente parmi les questions qui pourraient l'être (*intentions de fécondité, allaitement, méthode de contraception préférée, contraception antérieure, éventuels problèmes avec cette méthode, symptômes de maladies sexuellement transmissibles, relations avec le partenaire et possibilité de discuter avec lui de régulation de la fécondité*) dans 8 pays : Botswana, Burkina Faso, Kenya, Nigeria, Sénégal, Zanzibar, Zimbabwe (Miller et autres 1998 : 52-61).

des services ne reçoivent pas plus de trois personnes par jour (Miller et autres 1998 : 132). Dans 20 % des 1 024 examens gynécologiques observés, aucune mesure d'asepsie n'a été prise (Miller et autres 1998 : 134). Les dispensaires manquent par ailleurs de laboratoires mais aussi des équipements les plus élémentaires. Ainsi, seuls le quart des services dans 7 des 8 pays disposent à la fois de gants, d'un spéculum, d'une lampe et d'un lit d'examen, des lotions de stérilisation, taux qui monte à 41 % au Botswana (Miller et autres 1998 : 65 et 81). On comprend dès lors que la disponibilité des méthodes contraceptives (mesurée par le fait de ne pas passer plus de deux heures par mois pour trouver des pilules ou des injectables, qu'elles ne coûtent pas plus de 1 % du salaire moyen ainsi que par la légalité de l'avortement et de la stérilisation) est de 30 % en Afrique francophone et de 47 % en Afrique anglophone, soit de 4 % au Tchad à 84 % en Namibie (Ross et Stover 2000 : 120). Le quart des femmes interrogées dans le contexte des 18 EDS déclarent qu'elles n'utilisent pas la contraception parce qu'elles ne connaissent pas de méthodes ou encore ne savent pas où les trouver.

La stérilisation et l'avortement, de leur côté, sont rarement autorisés sans restrictions, plus ou moins sévères.

La stérilisation et le devoir de fécondité

La stérilisation est la méthode de contraception la plus répandue dans l'ensemble des pays en développement puisqu'elle est utilisée par le quart des femmes et la moitié des utilisatrices de contraception. Toutefois, seules 1 % des Africaines et 0,1 % des Africains auraient eu recours à la stérilisation (United Nations 1997 : 22).

Il n'y a pas toujours de loi pour encadrer cette pratique. La Côte d'Ivoire l'interdit absolument, la punissant même de la peine capitale. Au Cameroun, le ou la médecin qui la pratique risque une peine d'emprisonnement de dix à vingt ans. Néanmoins, d'après l'Association internationale pour la chirurgie volontaire (ASVC), 16 pays l'autorisent à la demande en 1992 (contre 7 en 1989), 3 pour sauver la vie de la femme qu'une grossesse mettrait en danger et 7 en cas de risques pour la santé de la mère (Ross, Mauldin et Miller 1994). La situation est donc relativement libérale. Cependant, 15 pays exigent que la femme ait déjà un certain nombre d'enfants, en moyenne plus de cinq¹², ce qui marque une certaine norme de ce que l'on pourrait définir comme un « devoir national de procréation ». Cette quantification témoigne d'ailleurs d'une rupture par rapport au devoir traditionnel de procréation (Tabet 1993). Si l'on introduit ces restrictions, dans 20,5 % des pays les femmes doivent avoir six enfants ou leur vie doit être en danger, dans 31 % elles doivent avoir de trois à cinq enfants ou justifier de certaines maladies : il n'y a plus qu'un quart des pays où la stérilisation peut être obtenue avec un ou deux enfants ou à la demande.

La norme concernant le nombre d'enfants n'est édictée que pour les femmes, sauf au Niger où les hommes doivent avoir six enfants et les femmes, quatre. Les associations de femmes nigérianes ont dénoncé cette discrimination comme une incitation pour les hommes à avoir plusieurs épouses (Dixon-Muller 1986 : 99), et cela, d'autant plus lorsque les femmes désirent moins d'enfants que les hommes.

12. Ainsi, 3 pays demandent que la femme ait eu deux ou trois enfants, 7 qu'elle en ait eu quatre ou cinq et autres, six ou plus.

Ainsi, si les hommes et les femmes de 5 pays d'Afrique de l'Est souhaitent un nombre idéal d'enfants identique, les femmes désirent quatre enfants de moins que leur conjoint au Cameroun, au Niger et au Sénégal, deux de moins au Burkina Faso, un de moins en Tanzanie. Les hommes polygynes désirent en moyenne trois enfants de plus que les monogames¹³ (Ezeh, Seroussi et Raggars 1996 : 29). Dans ce cas, la polygynie permet au mari d'avoir le nombre d'enfants souhaité par la menace ou le fait de prendre une nouvelle épouse, tout comme d'éviter une réglementation plus limitatrice pour les femmes. L'Afrique subsaharienne est en effet une zone où la polygynie est fréquente : 30 % des femmes sont épouses de polygynes dans 18 pays dans les années 90 (mon calcul est effectué à partir de Timaeus et Reynar 1998 : 149).

L'avortement très limité

Malgré une certaine libéralisation, qui fait disparaître les cas où l'avortement est totalement interdit par les codes pénaux, il reste très nettement circonscrit, puisque la moitié des pays l'admettaient en 1997 exclusivement pour sauver la vie et un autre quart pour des motifs de santé qui peuvent être interprétés de façon très restrictive. Les motifs socioéconomiques qui permettent une certaine souplesse dans l'application des normes sont admis dans une petite minorité de pays (13 %) (Rahman et autres 1999 : 60). D'autres ajoutent l'accord d'un ou de deux médecins, ce qui, dans un contexte de très faible présence médicale, constitue un empêchement fort sérieux. Les pays d'Afrique francophone ont conservé la section de la loi française de 1920 relative à l'avortement provoqué qui le considère comme un acte criminel et interdit même d'en parler. Évoquer l'avortement conduit donc à des pénalités, voire à un emprisonnement, même s'il n'y a pas eu de passage à l'acte. Le personnel médical ou paramédical est susceptible à cet égard d'écoper de très lourdes peines. Le Mali a rajouté dans sa constitution et son code pénal une rhétorique plus contemporaine sur le droit du fœtus à la vie. Au contraire, le Burkina Faso a permis en 1996 l'avortement en cas de viol ou d'inceste au cours des dix premières semaines de grossesse et en cas de danger pour la vie de la femme sans limitation de durée (Weisman 2000 : 29). Cependant, au Code pénal s'ajoutent d'autres codes (de la santé publique, civil, etc.) qui peuvent tous être contradictoires entre eux. Ainsi, l'avortement est jugé criminel en République centrafricaine, néanmoins le Code criminel l'accepte pour sauver la vie (United Nations 1998 : 227). Au Nigeria, l'avortement est illégal dans le Sud, permis sous certaines conditions ailleurs. De plus, 2 pays en 1989 et 5 en 1992 exigent l'autorisation d'un comité, composé par exemple de deux médecins au Soudan et de trois en Zambie (United Nations 1995 : 148 et 186).

Les pratiques effectives des établissements de santé diffèrent des injonctions des codes dans le sens d'une plus grande souplesse de ces services, d'ailleurs croissante au fil du temps. Par exemple, l'avortement est illégal dans 6 pays en 1989 et dans 3 en 1992, même si la vie de la femme est en danger, ce qui constitue un véritable pouvoir de mort que s'accordent les pays sur les femmes. Cependant, près de

13. Le nombre d'enfants désirés varie en moyenne de 1,6 au Malawi à plus de six au Cameroun, où les hommes monogames déclarent vouloir dix enfants et les polygynes, seize.

la moitié des services de ces pays en 1989 et les deux tiers en 1992 autorisent de fait l'avortement pour divers motifs, le plus fréquent étant la santé (Ross, Mauldin et Miller 1994 : 112-113). C'est le cas, au Ghana où, en 1989, l'avortement n'est officiellement autorisé pénalement que pour sauver la vie de la femme, mais les établissements de santé sont beaucoup plus libéraux puisque, selon eux, l'accès à l'avortement serait de 48 % (100 % en ville et 30 % en zone rurale) ; Ross, Mauldin et Miller classent donc ce pays comme étant le seul à permettre l'avortement « sans motif » en 1989. De même, la comparaison entre les déclarations des chercheurs et des chercheuses de même que des agents et des agentes de santé et celles qui proviennent des analyses de situation n'est pas simple : ces déclarations sont en effet presque contradictoires par rapport aux pratiques des prestataires de services, alors qu'elles sont plus proches des protocoles définis par les établissements de santé. Au total, les codes pénaux sont les plus stricts, alors que les déclarations officielles et surtout les pratiques des établissements de santé le sont un peu moins. Ce qui signifie que, plus l'on se rapproche du pouvoir central, plus le contrôle sur le corps des femmes est répressif. On peut donc évoquer une volonté étatique de contrôle du corps des femmes.

Comme partout ailleurs, ces limites n'empêchent pas la pratique de l'avortement. Il devient même fréquent, notamment en milieu urbain et parmi les jeunes filles, comme le montrent des études sur Abidjan (Guillaume 2000). Elles ont cependant pour conséquence de rendre l'avortement dangereux et même particulièrement meurtrier, puisqu'il provoque 23 000 décès par an, alors que l'on estime qu'il y a 26 avortements pour 1 000 femmes (United Nations 1998 : 126).

À ces limitations s'ajoutent celles qui viennent de l'obéissance au conjoint qui s'actualisent dans les exigences d'autorisation de sa part pour l'accès à la contraception formulées par les établissements de santé. Cette subordination, loin d'être le simple effet du maintien de traditions qui remonteraient loin dans le temps, a été profondément restructurée au XIX^e siècle par le colonialisme et l'est de nouveau aujourd'hui.

L'obéissance au mari

On définit souvent le régime familial africain comme celui du lignage – qu'il soit celui de l'épouse ou de l'époux. Depuis l'indépendance cependant, de nombreux codes tentent de « conjugaliser » les rapports domestiques. C'est ce que réalisent également les autorisations du conjoint pour l'accès à la contraception. À ce titre, il est remarquable que seulement 2 pays, soit le Togo et le Niger (United Nations 1995 : 130), exigent l'autorisation de la famille pour la stérilisation. Dans ce dernier pays, les familles des deux conjoints doivent même donner leur accord (*Editor's Preface* 1997 : xiii).

Du devoir d'obéissance aux autorisations maritales pour l'accès à la contraception

Les constitutions africaines reconnaissent l'égalité de tous les citoyens et citoyennes sans distinction de race, de sexe ou de religion ainsi que le droit à la vie, à l'intégrité de la personne, à la sécurité, à la liberté et à la protection de sa vie privée et de ses biens. Les pays africains ont par ailleurs ratifié des traités internationaux,

dont la Convention pour l'élimination de toutes les discriminations contre les femmes ; néanmoins, leur prééminence est rarement effective. On y a aussi recours à d'autres sources de droit plus utilisées et qui institutionnalisent souvent la dépendance des femmes. Les codes votés lors des indépendances sont souvent proches de ceux des anciens pays colonisateurs qui limitaient fortement la liberté féminine : ainsi en est-il en Afrique francophone (sauf au Cameroun) du Code civil français de 1804, particulièrement réactionnaire à l'égard des femmes et de la *common law* pour les pays anglophones, sauf l'Éthiopie ; s'ajoute le Code allemand pour l'Afrique du Sud et le Zimbabwe (CRLP 1999 : 201-204).

D'autres codes, religieux ou coutumiers, régissent également les relations conjugales dans un sens patriarcal. Au Kenya, par exemple, les droits coutumiers, islamiques, coloniaux et hindous ont été abolis après l'indépendance, sauf dans le domaine du statut personnel qui régit le droit de la famille (Cook 1994 : 194)¹⁴. Le droit coutumier n'est pas issu de temps immémoriaux : il est le produit d'une invention commune des pays colonisateurs et des notables masculins âgés. Il légitime un ensemble de pratiques qui font référence à la continuité avec le passé, alors qu'elles sont récentes ou même inventées, et elles introduisent de la rigidité là où existait une certaine souplesse (Hobsbawm et Ranger : 1983). Ainsi, en Rhodésie du Sud (actuel Zimbabwe), les officiels à la recherche des coutumes shona et ndebele demandaient leur avis aux « experts légaux », invariablement les chefs et aînés, car ils avaient besoin de leur collaboration pour envoyer les hommes dans les mines (Schmidt 1991). Les notables africains en ont profité pour renforcer leurs anciennes bases de pouvoir et en établir de nouvelles en prétendant que les réclamations faites par les femmes au sujet d'abus ou de négligences à propos de leurs comportements familiaux n'étaient pas prises en considération par la coutume. La Constitution française de 1946, en entérinant dans ses colonies la notion de statut personnel, a assuré la pérennité de ces droits coutumiers discriminatoires (Knibiehler et Goutalier 1985 : 267-294), stratégie qui a été reprise par les pays africains francophones au moment des indépendances. C'est ainsi qu'aujourd'hui 6 des 7 pays francophones ne font pas référence aux coutumes, pourtant largement effectives, et assurent ainsi leur perpétuation (CRLP 1999 : 201-203). Quelques pays anglophones refusent d'admettre les coutumes lorsqu'elles sont discriminatoires, notamment la Namibie et l'Afrique du Sud.

Cette généralité du devoir d'obéissance explique que l'autorisation du conjoint pour l'accès aux services de planification familiale ait été inscrite dans les lois qui l'autorisaient. Cette autorisation a généralement été abolie par la suite à l'occasion de la préparation de différentes conférences internationales ou de la ratification de la Convention pour l'élimination contre les discriminations faites aux femmes. Au Tchad cependant, toute femme mariée doit obtenir l'autorisation de son conjoint avant de pouvoir avoir accès à la contraception. Le Malawi reste en 1997 le seul pays avec la Guinée Bissau, selon les codes pénaux, à demander cet accord pour l'avortement (Rahman et autres 1998 : 60). Néanmoins, les codes peuvent se contredire. Ainsi, au Zimbabwe, le consentement du mari n'est pas nécessaire pour la stérilisation, mais celle-ci peut être un motif pour l'annulation du mariage (CRLP 1997 : 139).

14. Au Ghana et en Tanzanie, les musulmans sont soumis au code du mariage civil.

Cela n'empêche pas les prestataires de planification familiale de demander souvent l'autorisation du conjoint, même pour délivrer la pilule (Locoh et Makdessi 2000). Les analyses de situation menées au Botswana, au Burkina Faso, au Kenya, au Sénégal et à Zanzibar montrent ainsi qu'en 1994-1995 les protocoles de services de planification familiale n'imposent généralement pas de restrictions liées au statut marital ou à l'autorisation conjugale pour la contraception, mais qu'ils en introduisent pour la stérilisation des femmes au Sénégal et des deux sexes au Botswana et au Burkina Faso. Ils exigent également souvent un nombre déterminé d'enfants pour la pose d'un stérilet¹⁵ et la stérilisation. Les prestataires de services (souvent des infirmières ou des infirmiers) de ces 5 pays imposent des limites beaucoup plus strictes : de 6 à 32 % demandent l'autorisation du conjoint pour l'accès à la pilule, au stérilet et aux contraceptifs injectables (Miller et autres 1998 : 162-166) : ce sont les pays visés par des enquêtes de situation. Au Cameroun, ce sont plus de 80 % des prestataires de services qui exigent l'autorisation conjugale pour toutes les méthodes (N'Gueye 1999 : 9).

D'après l'enquête de l'AICV auprès de ses membres, seuls 2 pays africains en 1987 et 4 en 1992 (c'est le bureau de l'Association des chirurgiens qui répond dans chaque pays sur leurs pratiques professionnelles) laissent les femmes décider d'une stérilisation, alors que les chirurgiens demandent l'autorisation du mari dans 21 pays en 1987 et 29 en 1992. Les non-réponses et les réponses sans objet (« ne s'applique pas ») ont baissé de 15 à 6 pays entre les deux dates, ce qui semble montrer qu'en 1987 les chirurgiens (n'avaient pas encore de position sur ce problème parce qu'il se posait rarement. Au Cameroun et au Kenya, respectivement 95 % et 73 % de ces spécialistes demandent l'autorisation du conjoint et au Botswana, le protocole prévoit l'autorisation du conjoint. En revanche, au Sénégal, où les chirurgiens et le protocole exigent l'autorisation du conjoint, seuls 13 % des prestataires la demandent (Miller et autres 1998 : 165).

TABLEAU 1 PAYS OÙ L'AUTORISATION DU CONJOINT EST REQUISE POUR LA STÉRILISATION SELON LES CHIRURGIENS, LES PROTOCOLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES.				
PAYS	SELON LES CHIRURGIENS*	SELON LES CHIRURGIENS*	SELON LES PROTOCOLES DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**	% DES PRESTATAIRES DE SERVICES**
	1987-1989	1992	1994-1995	1994-1995
Botswana	Non-réponse	Non-réponse	Homme et femme	
Burkina Faso	Homme	Homme et femme	Homme et femme	30
Kenya	Sans objet	Sans objet		73
Sénégal	Homme	Homme	Homme	14

* Ross, Mauldin et Miller (1994 : 100, 102-104, 112-113), ** Miller et autres 1998 : 162-166).

15. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en recommande également pour cette méthode à cause des risques d'expulsion du stérilet.

La concordance entre les déclarations des chirurgiens et les enquêtes de situation s'améliore nettement, si l'on construit, à partir des données de Ross, Mauldin et Miller, un indicateur unique de contrôle marital en considérant l'autorisation du conjoint, qu'elle soit nécessaire pour la stérilisation ou pour l'avortement ou encore pour les deux. En effet, 14 pays exigent également l'autorisation du mari pour pratiquer un avortement, ce qui lui donne un pouvoir de vie et de mort sur son épouse au Botswana et au Togo qui n'acceptent l'avortement que pour sauver la vie de la femme. Au total, en 1992, les pays où la femme décide seule sont très minoritaires (8 %), largement devancés par les pays où le conjoint a un pouvoir réciproque sur le corps de l'autre (31 %) et ceux où le mari décide seul (44 %). Cette autorisation du conjoint est conforme aux pratiques familiales. Au Sahel, à la différence du Ghana¹⁶, la comparaison des réponses des hommes et des femmes aux EDS montre que l'opinion des femmes sur la contraception n'a aucune influence sur l'utilisation de celle-ci, qui dépend entièrement du mari (Andro et Hertrich 1998). Ce que les femmes n'acceptent pas forcément. Ainsi, à Sassandra, une région de plantation de la Côte d'Ivoire, des femmes se plaignent que les infirmières et les infirmiers ne veulent pas leur accorder de contraception si leur mari n'est pas présent et les maris trouvent que la fécondité relève de leur seule responsabilité (Adjamagbo et Guillaume 2001).

La nécessité d'obtenir l'autorisation du conjoint est interprétée en termes de discrimination liée au « faible statut des femmes » (United Nations 1998 : 186). Cette notion peut cependant s'appliquer à bien des catégories de population (personnes immigrées, homosexuelles, handicapées) et ne dit rien sur ce qu'entraîne cette discrimination. L'autorisation du conjoint, forme particulière du devoir d'obéissance, marque au contraire un rapport social qui oblige les femmes à faire ce que veut le conjoint. Elle est une manifestation de la domination masculine et, plus précisément, une forme du sexage, défini ainsi par Colette Guillaumin (1992 : 19-20) :

Ce qui nous concernera ici est l'appropriation physique elle-même, le rapport où c'est l'unité matérielle qui est prise en main et non la seule force de travail. Nommé « esclavage » et « servage » dans l'économie foncière, ce type de rapport pourrait être désigné sous le terme de « sexage » pour ce qui concerne l'économie domestique moderne, lorsqu'il concerne les rapports de classes de sexe.

Ce n'est pas dire que l'épouse est, dans ce cas, une esclave, car il n'y a pas forcément compensation financière et l'épouse n'est pas cessible à un autre acheteur, à la différence de l'esclave. Par ailleurs, l'épouse partage les conditions matérielles de vie de son mari et souvent bien plus. Cela ne veut pas dire non plus que les femmes n'ont pas dans la réalité du pouvoir ou des capacités d'action et de rébellion, que ce soit dans la vie quotidienne ou collectivement, parce que celles-ci sont inhérentes à la condition humaine et que même l'esclavage n'a pu les retirer à l'esclave.

Cependant, mon analyse diffère de celle de Guillaumin sur plusieurs points importants. Pour cette auteure, l'appropriation est généralisée et n'a pas changé même là

16. Le Ghana fait partie des 6 pays où hommes et femmes ont le même désir de fécondité, d'ailleurs relativement faible, soit 4,5 enfants.

où il y a eu abolition législative du sexage (réalisée en France de 1965 à 1985 mais antérieurement dans les pays nordiques et anglo-saxons). Je considère, au contraire, que le démantèlement juridique du sexage ouvre la voie à un autre rapport social, plus marqué par l'exploitation que par l'appropriation (Tabet 1993), voire à une réelle libération. Il n'en est pas moins vrai que l'abolition législative ne suffit pas s'il n'y a pas également transformation des pratiques institutionnelles et sociétales. De plus, Colette Guillaumin analyse le sexage dans son ensemble¹⁷, alors que je me suis limitée à l'appropriation des capacités reproductives des femmes. L'appropriation était déjà clairement explicitée dans le domaine de la reproduction – bien qu'il la naturalisât indûment – par Napoléon Bonaparte : « La femme est notre propriété, nous ne sommes pas la sienne ; car elle nous donne des enfants et l'homme ne lui en donne pas. Elle est donc sa propriété comme l'arbre à fruits est celle du jardinier » (Dhavernas 1978 : 44). Cette conception était auparavant justifiée par la religion, mais Bonaparte l'a codifiée et laïcisée dans le Code civil de 1804. L'idée de ce devoir patriotique est tellement intériorisée qu'il a paru longtemps légitime que l'État intervienne sur la fécondité – des femmes va-t-il sans dire – en occultant totalement que ce contrôle nataliste ou antinataliste réalisait une appropriation du corps même des femmes, sans aucun équivalent sur celui des hommes.

La libéralisation de la régulation de la fécondité et l'institutionnalisation du sexage privé

Les différentes conditions d'accès à l'avortement et à la stérilisation sont combinées dans le tableau 2 pour mesurer l'étendue du contrôle sur les capacités reproductrices et donc sur le corps des femmes et l'existence même de celles-ci. La catégorie la plus restrictive s'applique : ainsi, si un pays autorise la stérilisation à la demande mais interdit l'avortement, seule l'interdiction est retenue. Le « droit de mort » correspond à l'interdiction de l'avortement ou de la stérilisation, même si la vie de la femme est ou serait en danger en cas de grossesse. Seuls 16 % des pays en 1987-1989 et 8 % en 1993 relevaient de cette catégorie. Le « droit de vie » s'applique lorsque ces deux actes ne sont autorisés que dans cette extrémité : là aussi cette catégorie diminue, du tiers au quart. En revanche, le « droit limité », qui correspond à tous les autres motifs (notamment, la santé de la mère ou de l'enfant, l'inceste ou le viol), augmente de la moitié aux deux tiers. Le contrôle étatique, mesuré par l'obligation de passer devant une commission, ne touche que 2 pays en 1987 puis 1 en 1992. Il est donc extrêmement rare : on ne peut pas dire qu'il y ait eu « nationalisation des femmes » en Afrique subsaharienne au XX^e siècle, comme cela a été le cas pour les Occidentales, les Chinoises ou les Indiennes (Gautier à paraître). L'autorisation du conjoint, en revanche, devient nécessaire au fur et à mesure que l'avortement et la stérilisation font plus l'objet du débat public, puisqu'elle est exigée par les deux tiers des pays puis les trois quart cinq ans plus tard. Le sexage privé est donc très majoritaire.

17. Guillaumin (1993 : 19-20) : « Les expressions particulières de ce rapport d'appropriation sont a) l'appropriation du temps b) l'appropriation des productions du corps c) l'obligation sexuelle d) la charge physique des membres invalides du groupe ainsi que des membres valides du sexe mâle. »

TABLEAU 2		TYPES DE CONTRÔLE SUR LA STÉRILISATION ET L'AVORTEMENT EN 1989 ET EN 1992 DANS 38 PAYS *						
	Contrôle étatique		Contrôle conjugal		Imprécis		TOTAL	
1987-1989								
Droit de mort	2	5,3 %	4	10,5 %	0		6	16,0 %
Droit de vie			9	24,0 %	5	13,2 %	14	37,0 %
Droit limité			11	29,0 %	7	18,4 %	18	47,4 %
TOTAL	2	5,3 %	24	63,0 %	12	31,6 %	38	100 %
1992								
Droit de mort	1	2,6 %	2	5,3 %			3	8,0 %
Droit de vie			7	18,5 %	2	5,3 %	9	24,0 %
Droit limité	1	2,6 %	20	52,6 %	5	13,0 %	26	68,4 %
TOTAL	2	5,3 %	29	76,3 %	7	18,4 %	38	100 %

* Les pourcentages ont été calculés pour les 39 pays ; ils ont parfois été légèrement arrondis, ce qui explique qu'ils puissent être supérieurs à 100.

Source : Ross, Mauldin et Miller (1994 : 100, 102-104 et 112-113).

Au total, les limites à l'accès à l'avortement et à la stérilisation diminuent fortement au profit d'un droit limité, mais ce « libéralisme » est concomitant avec la croissance globale de la reconnaissance institutionnelle du pouvoir conjugal et donc une diminution de l'autonomie féminine. Si l'on met en corrélation « libéralisme » et « autonomie », les modalités les plus fréquentes apparaissent en 1987-1989 : le libéralisme limité avec pouvoir conjugal (29 %), puis le droit de vie avec pouvoir conjugal, le droit limité imprécis étant loin derrière avec 19 %. En 1992, la modalité la plus fréquente et de loin, puisqu'elle fournit à elle seule la moitié des réponses est le contrôle marital lié à un libéralisme limité, suivie de très loin par le contrôle avec droit de vie sur la conjointe. Seuls 4 pays reconnaissent un droit limité aux femmes sans pouvoir conjugal. Encore que, pour la Namibie et le Sierra Leone, cette relative autonomie s'explique plus par les non-réponses que par une autonomie assurée, alors que les services de santé en Tanzanie et au Zimbabwe sont passés, de 1989 à 1992, à l'autonomie féminine, du moins selon les chercheurs et les chercheuses de même que les agents et les agentes de santé. La catégorie « libérale-féministe », où les opérations ne dépendent que de la demande des femmes, qui acquièrent ainsi la libre disposition de leur corps, n'est pas représentée, car aucun pays africain n'entre dans cette catégorie, ni en 1989 ni en 1992. Elle est pourtant revendiquée par les associations de différents pays, souvent associées à l'International Planned Parenthood Federation, dont la section africaine est désormais dirigée par une Sénégalaise. Elle a été atteinte en Afrique du Sud, du moins au niveau légal, avec la Constitution de 1996 qui légalise le droit d'avorter à la demande, et plus généralement le droit des femmes à disposer de leur corps. Elle reconnaît également le droit de choisir son orientation sexuelle. Ce progressisme a été obtenu grâce aux luttes des associations de femmes qui se sont regroupées pour influencer l'Assemblée constituante puis l'élaboration de la politique de santé (Kemp et autres 1995 : 144).

La situation s'est également améliorée au Burkina Faso, qui accepte désormais des motifs pour avorter (par exemple le viol et l'inceste jusqu'à dix semaines de grossesse (Weisman 2000 : 29).

Conclusion

Les lois africaines se sont fortement libéralisées depuis les années 90, se dépouillant des aspects les plus discriminatoires ou les plus répressifs, que ce soit en ce qui concerne la libéralisation de la contraception ou l'exigence d'autorisation du conjoint. Les pays où la libéralisation de la contraception est la plus avancée et l'autonomie des femmes la mieux reconnue sont tous en Afrique de l'Est et anglophones. On peut y voir l'impact d'une colonisation qui a laissé des lois moins natalistes et plus féministes ainsi que des institutions moins centralisatrices, mais aussi celui d'un milieu différent : ainsi, la polygynie y est nettement moins répandue. Cependant, des rapports de force politiques propres aux différents pays jouent aussi, comme l'atteste l'évolution de l'Afrique du Sud et du Burkina Faso. Quant aux lois sur l'avortement, elles le permettent généralement en Afrique pour sauver la vie de la femme et souvent pour des motifs de santé, à la différence de certains pays d'Amérique latine (Gautier 1999). Les protocoles des établissements de santé admettent plus de motifs que le Code pénal pour accéder à l'avortement mais introduisent presque tous l'autorisation du conjoint. Quant aux pratiques des prestataires de services, elles sont peu favorables à l'accès à la contraception et exigent deux fois plus souvent des autorisations du conjoint que les protocoles des établissements de santé. On peut se demander si elles reflètent des normes « sociales », plutôt masculines d'ailleurs, pronatalistes et patriarcales, ou celles de leur propre groupe professionnel, lié à une socialisation et à des intérêts particuliers¹⁸. Les hommes africains ont généralement, sauf dans cinq pays, des désirs de fécondité plus élevés que ceux des femmes, par qui ils sont cependant obligés de passer pour les réaliser, d'où, peut-être, la nécessité d'un contrôle fort des capacités procréatrices des femmes. En effet, selon d'autres aspects, par exemple le partage des revenus du travail, les Africaines se comparent tout à fait favorablement avec des Occidentales, pourtant mieux pourvues du point de vue éducatif¹⁹. On peut se demander si leur dépendance concernant la procréation n'est pas la contre-partie de la valeur attachée à la production d'enfants²⁰. Cette valeur serait plus forte pour les hommes que pour les femmes ou le coût plus fort pour celles-ci, ce qui expliquerait

18. On sait ainsi qu'à la fin des années 60, les médecins français sont fortement opposés à la contraception et à l'avortement et que bien des membres du personnel médical ou paramédical africain bénéficient du « marché » juteux des avortements clandestins.

19. Ce partage des revenus du travail est par exemple le même (40 %) au Burkina Faso et en France (PNUD 1995).

20. Une Africaine a en moyenne 5,7 enfants, dont un meurt avant 5 ans et de 3 à 5 Africaines sur 100 meurent en couches au cours de leur vie. Certains pays d'Afrique anglophone ont une fécondité plus basse : quatre enfants en Afrique du Sud, quatre ou cinq (4,6) au Ghana, ou en baisse même si elle reste élevée comme au Kenya, au Zimbabwe et au Botswana. En Afrique francophone, la fécondité est partout très élevée, soit autour de six enfants par femme (www.measureDHS.com). Elle commence à baisser au Sénégal, mais surtout à cause de la hausse de l'âge au mariage dans les catégories urbaines (Locoh et Makdessi 2000 : 282).

que, dans les 27 pays étudiés, plus de la moitié des femmes approuvent la planification familiale, alors que ce n'est le cas pour les deux membres du couple que dans 8 pays. D'ailleurs, d'après les EDS, entre le quart et le tiers des Africaines (sauf au Niger et au Tchad) souhaiteraient retarder une naissance ou même arrêter de procréer, ce que révèle aussi le fait que l'on peut trouver des pilules – parfois périmées – sur les marchés et que les avortements se multiplient. Il est donc nécessaire pour que la liberté de choix des femmes soit respectée que la quantité et la qualité des services de santé reproductive soient améliorées et que leur autonomie soit enfin imposée aux prestataires de services par les établissements de santé, conformément aux constitutions et aux traités internationaux.

— RÉFÉRENCES

ADJAMAGBO, Agnès, et Agnès GUILLAUME

2001 « La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart*, 19 : 11-28.

ANDRO, Armelle, et Véronique HERTRICH

1998 « Demand for Contraception by Sahelian Couples : Are Men's and Women's Expectations Converging ? The Cases of Burkina Faso and Mali », Seminar on *Men, Family Formation and Reproduction*, Buenos Aires, 13-15 mai.

CENTRE POUR LE DROIT ET LES POLITIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE REPRODUCTION/GROUPE DE RECHERCHE FEMMES ET LOIS AU SÉNÉGAL

1999 *Les femmes à travers le monde : lois et politiques qui influencent leur vie reproductive. L'Afrique francophone*. New York, Centre pour le droit et les politiques en matière de santé et de reproduction (CRLP).

CENTER FOR REPRODUCTIVE LAW AND POLICY (CRLP)/INTERNATIONAL FEDERATION OF WOMEN LAWYERS (KENYA CHAPTER) F.I.D.A.-K

1997 *Women of the World : Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives. Anglophone Africa*. New York, The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP).

COOK, Rebecca (dir.)

1994 *Human Rights of Women*. Philadelphia, University of Philadelphia Press.

CORDELL, Dennis D., et Joël GREGORY (dir.)

1987 *African Population and Capitalism. Historical Perspectives*. Boulder et Londres, Westview Press.

DHAVERNAS, Odile

1978 *Droits des femmes, pouvoir des hommes*. Paris, Seuil.

DIXON-MUELLER, Ruth

1993 *Population Policy and Women's Rights. Transforming Reproductive Choice*. Praeger, Westport.

1993 « Editor's Preface », *Annual Review of Population Law*, 24 : Xiii-XIX.

EZEH, Alex, Michka SEROUSSI et Hendrick RAGGERS

1996 « Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences », *DHS Comparative Studies*, 18.

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LES ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE POPULATION

1997 *État de la population mondiale. Le droit de choisir : droits et santé en matière de reproduction*. New York, Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population.

GAUTIER, Arlette

1999 « Les droits reproductifs en Amérique latine », communication présentée à la Journée d'étude sur la santé de la reproduction en Amérique latine. Paris, CEPED.

2000a « Les droits reproductifs, une nouvelle génération de droits ? », *Autrepart*, 15 : 167-180.

2000b « Politiques démographiques et liberté reproductive », dans Marc Pilon et Agnès Guillaume, *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. Paris, Éditions IRD : 71-90.

Sous presse « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politique*, 47.

GUILLAUME, Agnès

2000 « L'avortement en Afrique : mode de contrôle des naissances et problème de santé publique », *Chronique du CEPED* : 1-4.

GUILLAUMIN, Colette

1992 *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Paris, Éditions Côté-femmes.

HOBSBAWM, Eric, et Terence RANGER (dir.)

1983 *The Invention of Tradition*. Cambridge, Cambridge University Press.

KEMP, Anna, et autres

1995 « The Dawn of a New Day : Redefining South African Feminism » dans Amrita Basu (dir.), *The Challenge of Local Feminisms. Women's Movements in Global Perspective*. Boulder, Westview Press : 131-154.

KNIBIEHLER, Yvonne, et Régine GOUTALIER

1985 *La femme au temps des colonies*. Paris, Stock.

LOCOH, Thérèse, et Yara MAKDESSI

2000 « Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne », dans Patrice Vimard et Benjamin Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Paris, collection « Populations », L'Harmattan : 263-296.

MATHIEU, Nicole-Claude

1985 *L'arrondissement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*. Paris, Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.

MILLER Kate, et autres

1998 *Clinic-based Family Planning and Reproductive Health Services in Africa : Findings from Situation Analysis Studies*. New York, Population Council, African Operations Research and Technical Assistance Project, United States Agency for International Development.

N'GUEYE, Lamine

1999 « Cameroun », communication présentée au colloque international : *La santé de la reproduction en Afrique*. Abidjan, École nationale de statistique et d'économie appliquée /Institut de recherches pour le développement.

PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT (PNUD)

1995 *Rapport mondial sur le développement humain*. Paris, Economica.

RAHMAN, Anika, et autres

1998 « A Global Review of Laws on Induced Abortion, 1985-1997 », *International Family Planning Perspectives*, 24 : 56-64.

RICH, Adrienne

1976 *Of Woman Born. Motherhood as Experience and as Institution*. Londres, Penguin.

ROSS, John A., W. PARKER MAULDIN et Vincent C. MILLER

1994 *Family Planning and Population : A Compendium of International Statistics*. New York, Population Council.

ROSS, John A., John STOVER, et Amy WILLARD

2000 *Profiles for Family Planning and Reproductive Health Programs. 116 Countries*. New York, The Future Group International.

SALA-DIAKANDA, Daniel

2000 « La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité », dans Patrice Vimard et Benjamin Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Paris, collection « Populations », L'Harmattan : 13-46.

SCHMIDT, Elizabeth

1991 « Patriarchy, Capitalism and the Colonial State in Zimbabwe », *Signs*, 16, 4 : 732-756.

STROBEL, Margaret

- 1983 « Slavery and Reproductive Labor in Mombasa », dans Claire C. Robertson et Martin A. Klein, *Women and Slavery in Africa*. Madison, The University of Wisconsin Press : 111-129.

TABET, Paola

- 1993 *La construction sociale des inégalités entre les sexes*. Paris, collection « Bibliothèque du féminisme », L'Harmattan.

TIMAEUS, Ian M., et Angela REYNAR

- 1998 « Polygynists and their Wives in Sub-Saharan Africa : An Analysis of Five Demographic and Health Surveys », *Population Studies*, 52 : 145-162.

UNITED NATIONS

- 1998 *World Population Monitoring Report, 1996. Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health*. New York, United Nations.
- 1997 *World Population Abortion Policies*. New York, United Nations, 3 vol.
- 1995 *Experts and NGOs Workshop on the Implementation of the Dakar/NGOR Declaration and the ICPD Programme of Action*. Abidjan, 6-9 juin.

VIMARD, Patrice, et Benjamin ZANOU (dir.)

- 2000 *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Paris, Montréal, collection « Populations », L'Harmattan.

WEISMAN, Viviana

- 2000 *Reproductive Rights 2000. Moving Forward*. New York, The Center for Reproductive Law and Policy.