



**HAL**  
open science

# “ Bien-être familial ” : une notion illusoire ? L’envers de la rhétorique en milieu hospitalier indien

Clémence Jullien

## ► To cite this version:

Clémence Jullien. “ Bien-être familial ” : une notion illusoire ? L’envers de la rhétorique en milieu hospitalier indien. *L’hôpital en Asie du Sud. Politiques de santé, pratiques de soin*, 36, pp.57-79, 2019, Purushartha. hal-04372462

**HAL Id: hal-04372462**

**<https://cnrs.hal.science/hal-04372462>**

Submitted on 12 Jan 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## « Bien-être familial » : une notion illusoire ?

### L'envers de la rhétorique en milieu hospitalier indien

« Avant on parlait de “planning familial” (*family planning*), maintenant on dit “bien-être familial” (*family welfare*). » Ces propos du Dr Hatwal<sup>1</sup>, professeure associée à l'hôpital public d'obstétrique de Jaipur, renvoient à un changement fondamental de la politique de contrôle des naissances en Inde. Premier pays au monde à annoncer officiellement l'instauration d'un programme de planning familial en 1952<sup>2</sup>, l'Inde a vu les questions de croissance démographique érigées au rang de « priorité nationale<sup>3</sup> » dans les années 1970. Le pays passe ensuite progressivement d'une politique de contrôle des naissances par campagnes de stérilisations forcées à un paradigme plus consensuel dit de « bien-être familial ».

En dépit d'un demi-siècle de planification familiale et d'une baisse graduelle du nombre d'enfants par femme, l'Inde (notamment dans les États du Nord où les taux de natalité sont plus élevés<sup>4</sup>) n'est pas parvenue à se stabiliser démographiquement. Lors du dernier recensement de 2011, le pays comptait plus d'un milliard deux cent dix millions d'habitants et, selon les pronostics démographiques actuels, l'Inde dépassera la Chine d'ici 2022, devenant le pays le plus peuplé du monde (United Nations 2015 : 4).

Les défis que l'accroissement démographique pose sur le plan politique, mais aussi social et économique, sont au cœur de l'actualité indienne. À chaque parution de recensements de la population (*Census*), les données cristallisent des tensions sociales et religieuses, agitant aussi bien les autorités que les médias et l'opinion publique<sup>5</sup>. Une série d'arguments et d'idées reçues sont en effet fréquemment mobilisés à l'encontre des populations rurales (qui souhaiteraient des familles nombreuses pour renforcer leur force de travail) et des populations musulmanes (qui chercheraient à dépasser le nombre d'hindous pour s'imposer dans le pays).

Dans un pays où l'accroissement démographique est perçu non seulement comme un défi majeur du développement mais aussi comme un sujet qui cristallise des rivalités sociales et religieuses, quelle place accorder concrètement à la politique de valorisation du « bien-être familial » ? Dans quelle mesure cette politique fondée sur le choix libre et informé des femmes peut-elle s'appliquer ? Quel sens revêt-il aux yeux du personnel hospitalier chargé de mettre en œuvre ces politiques et des femmes qui en sont l'objet ?

Répondre à ces questions suppose d'opter par une étude par le bas qui prenne en considération les intentions affichées et voilées des différents acteurs impliqués, aux niveaux étatique, médical, familial et individuel. À l'instar de l'étude de M. Lipsky ([1990] 2010) centrée sur les « bureaucrates d'interfaces » qui « médiatisent des aspects de la relation constitutionnelle des citoyens à l'État », je propose d'étudier le pouvoir discrétionnaire du corps médical et d'analyser les raisons à l'œuvre.

Afin de mieux saisir la spécificité du contexte indien et des enjeux actuels, je parcourrai dans un premier temps les politiques nationales de planification familiale du dernier demi-siècle. Dans un second temps, j'analyserai les techniques que le personnel hospitalier emploie lors de séances de conseils sur le contrôle des naissances et les marges de manœuvre dont disposent les femmes. Puis, à partir de l'étude des représentations des différents acteurs impliqués, je montrerai en quoi la question de la contraception s'avère particulièrement épineuse à l'hôpital, produisant et reproduisant des inégalités sociales et religieuses. Ce faisant, j'expliquerai pourquoi le personnel hospitalier agit davantage au nom d'un bien-être supposé national que du « bien-être familial » officiellement prôné par le gouvernement. Pour le dire brièvement : les pratiques du personnel hospitalier sont davantage dictées par des considérations de développement à échelle nationale que par le souci de garantir les choix éclairés et volontaires des patientes.

Cet article s'appuie sur une ethnographie du travail de *counseling* dans l'un des principaux établissements publics d'obstétrique de Jaipur (hôpital H) présenté par les médecins et les infirmières comme un « hôpital de musulmanes et de péquenaudes ». À l'image du secteur public indien, il attire principalement des femmes issues de milieux défavorisés à la fois démunies économiquement, analphabètes et de basses castes. Du fait de son emplacement, cet hôpital a pour spécificité d'accueillir de nombreuses femmes musulmanes (vivant dans le quartier adjacent) ou rurales (issues de villages et de bidonvilles périurbains situés à quelques kilomètres).

En outre, cette étude a pour particularité de se dérouler au Rajasthan, l'un des quatre États indiens dits « malades », pour reprendre l'expression bien connue d'A. Bose<sup>6</sup>. Souvent accusés de retarder le développement indien (*carte*), ces États sont moins avancés dans le processus de transition

démographique qu'au sud du pays. Si plusieurs études s'accordent à constater de nettes améliorations ces dernières années (Kawadia & Philips 2014 ; Sharma 2015), le Rajasthan continue d'être considéré comme un « État à la traîne » (Saglio- Yatzimirsky 2002), conservateur et arriéré. Le taux de fertilité y reste supérieur à la moyenne nationale : 3,42 en 2011, pour une moyenne nationale de 2,66 (Guilmoto & Rajan 2013).

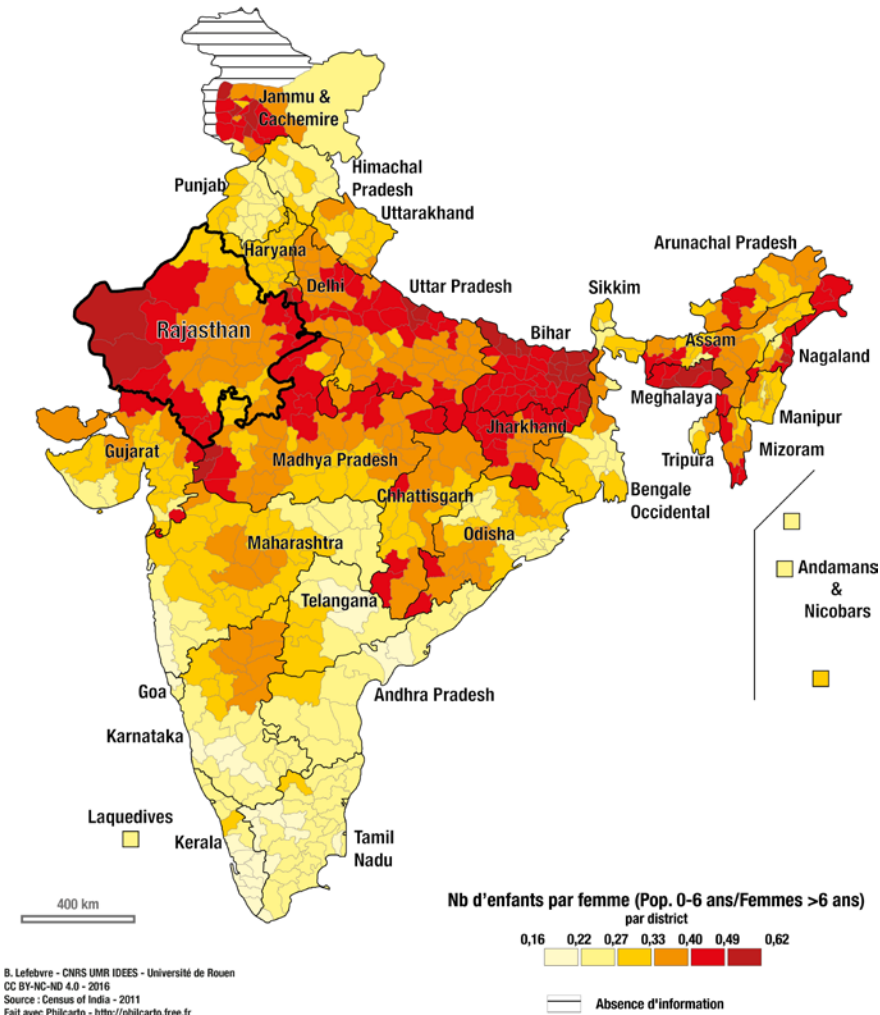


Figure 1. Répartition de la fécondité en Inde  
 Carte réalisée par B. Lefebvre à partir des données des derniers recensements (Census 2011)

## L'accroissement démographique en Inde : une préoccupation politique

Au cours des années 1970, les campagnes de stérilisations forcées s'intensifient en Inde : lors de ces gigantesques camps, jusqu'à 63 000 vasectomies sont effectuées en l'espace d'un mois (Gwatkin 1979 ; Véron 2002). Puis, entre 1975 et 1977, pendant la période d'état d'urgence (*Emergency*) instaurée par Indira Gandhi, des millions d'individus, principalement de sexe masculin<sup>7</sup>, souvent musulmans ou *dalits* et de milieux défavorisés (Guilmoto & Kulkarni 2004), sont stérilisés en échange d'un petit transistor ou d'une indemnité financière.

Après cette période controversée qui a suscité une vive méfiance de la population envers les centres de planning familial mais aussi plus globalement envers les centres de soins, le gouvernement suivant (le Janata Party) met fin à l'état d'urgence à la fin des années 1970 et cherche à regagner la confiance de la population avec des approches incitatives et non plus coercitives. Pour marquer ce tournant, le ministère et les programmes de « planning familial » sont rebaptisés par la notion euphémique de « bien-être familial<sup>8</sup> », indiquant par là que l'épanouissement des familles doit primer sur les objectifs à atteindre.

Depuis les années 1980, le gouvernement central infléchit considérablement ses mesures en matière de contrôle démographique. L'importance accordée à la notion de bien-être se renforce en 1994, année où le Programme d'action du Caire – ratifié par 179 pays – s'organise autour des « droits reproductifs ». D'après ce texte, signé par l'Inde, l'objectif démographique doit perdre sa priorité au profit d'un droit génésique des femmes et les individus doivent pouvoir opérer des choix libres et informés en matière de contraception. Deux ans après, le gouvernement indien accepte d'abandonner sa politique de méthodes contraceptives « par quota » (*target*) et en 2000, il réitère son engagement à assurer une vision plus holistique de la « santé de la reproduction<sup>9</sup> » qui respecte le consentement des citoyens, leur garantisse un choix volontaire et informé des citoyens et offre des services de planning familial sans objectifs chiffrés à atteindre dans le *National Population Policy*.

Depuis cette période, le gouvernement indien entend promouvoir la limitation des naissances *via* l'accès volontaire des individus aux services de contraception : l'accent est mis sur les méthodes contraceptives réversibles (la pilule, le préservatif et le stérilet), la méthode des prestataires de santé repose désormais sur le *counselling* et, comme l'indique l'appellation officielle de *family welfare*, la rhétorique actuelle met en avant la recherche du bien-être des familles<sup>10</sup>. Si la notion de « bien-être familial » est par définition flottante et subjective, renvoyant à différentes acceptions selon les individus, les campagnes gouvernementales ont toutefois activement participé

à présenter le contrôle des naissances comme la voie vers le bien-être matériel et relationnel<sup>11</sup>. Les pancartes et les vidéos promotionnelles du gouvernement mettent en scène les attributs de la réussite économique (maison pavillonnaire, scooter, tracteur, etc.) tout comme les rapports harmonieux au sein du couple et, plus largement, au sein du foyer élargi (prises de décision communes, enfants scolarisés et épanouis, bons rapports entre belle-mère et belle-fille, etc.) (Jullien 2016).

Or, si certains évoquent avec optimisme les bienfaits d'un « dividende démographique » – rappelant les avantages économiques susceptibles d'être tirés d'une phase de transition démographique (proportion importante d'actifs) –, d'autres envisagent la situation actuelle comme un fardeau et un danger, parlant de « bombe démographique ». Parmi les millions de jeunes qui vont arriver sur le marché du travail indien, beaucoup craignent que nombre d'entre eux ne trouvent ni travail ni femme, constituant ainsi une sérieuse menace pour la stabilité du pays (Bose 2007 : 1327). Pour reprendre les termes de S. Tharoor, écrivain indien et ancien ministre du Développement des ressources humaines (2012-2014) dans le gouvernement central, concrétiser le dividende démographique, « ce n'est donc pas seulement un enjeu social et économique, c'est même une question de sécurité nationale » (cité dans Jacquelot 2013).

L'enchevêtrement de ces enjeux et l'ampleur de tels défis suscitent, depuis longtemps, l'intérêt des démographes (Sadasivan Nair & Véron 2002 ; Guilimoto & Kulkarni 2004 ; Guilimoto 2011 ; Guilimoto & Rajan 2013 ; Guilimoto 2014) et des spécialistes de santé publique (Gwatkin 1979 ; Rao 1999, 2004 ; Hartmann & Rao 2015). Leurs analyses, fondées notamment sur les données des recensements et sur les théories malthusiennes, tournent principalement autour des politiques de planification familiale successives. Aussi, et à l'exception de quelques études anthropologiques (Jeffery & Jeffery 1997 ; Chatterjee & Riley 2001), les questions de l'accroissement démographique indien et du contrôle des naissances ont principalement été abordées par le biais des décisions politiques.

À partir d'une ethnographie centrée sur les interactions entre le personnel familial, les patientes et leur famille, je souhaite pour ma part élucider la manière dont les politiques nationales de planification familiale se traduisent concrètement dans les services publics de planning familial tout en montrant ce qu'elle révèle de la société indienne contemporaine. En rendant compte de l'enchevêtrement d'enjeux politiques, économiques, sociaux et religieux du contrôle des naissances, cette approche permettra d'apporter un regard complémentaire sur la question de l'accroissement démographique. Ce faisant, elle apportera également un éclairage nouveau sur les représentations de classe, sur les rapports de genre et sur les relations entre hindous et musulmans du nord de l'Inde.

## Service gratuit : à quel prix ?

Tasleena, 21 ans, est une jeune femme musulmane analphabète qui habite Idgah, un bidonville en bordure d'autoroute, situé à 5 km de l'entrée de la ville de Jaipur, non loin de l'hôpital H. Malgré une situation précaire, cette mère de trois enfants et veuve depuis peu, n'a jamais envisagé d'aller à l'hôpital où l'on peut obtenir des contraceptifs gratuitement. Au sujet des préservatifs, moyen de contraception qu'elle privilégiait avec son mari, elle ajoute : « C'est plus cher. Il faut compter 10 Rs pour trois préservatifs [mais] pour ne pas mourir de honte, personne ne va à l'hôpital prendre les préservatifs gratuits ! » De son vivant, précise-t-elle, son mari en achetait à la pharmacie.

Le personnel hospitalier du secteur public a en effet mauvaise presse en Inde et bon nombre de familles de milieux défavorisés préfèrent déboursier de l'argent plutôt que d'aller à l'hôpital public subir d'éventuels commentaires désobligeants. Comme Tasleena, elles savent pourtant que le secteur public délivre gratuitement des contraceptifs. À l'hôpital H, une affiche en format A4 collée devant la salle de planning familial informe bien que « le service (*sevā*) relatif au bien-être (*kalyān*) familial est gratuit et ouvert tous les jours ». L'appellation officielle de « bien-être familial » – et non plus de « planning familial » – est renforcée ici par le terme hindi, très positivement connoté, de *sevā*. Parfois traduit par bénévolat, ce mot, évoqué et préconisé dans les écritures brahmaniques<sup>12</sup>, désigne un service ou un don altruiste, réalisé de manière désintéressée, sans attente en retour. L'on désigne habituellement par *sevā* un acte accompli avec bienveillance et sans rémunération en jeu ou attente de contre-don. Malgré l'affiche particulièrement accueillante qui met en avant l'accessibilité du service (« gratuit » et « ouvert tous les jours ») et dans laquelle sont employés des termes connotés positivement (« service », « bien-être »), à quel point l'appréhension de Tasleena est-elle fondée ? Dans quelle mesure les femmes ou les couples qui se rendent au service de « bien-être familial » font-ils l'expérience de sentiments de gêne ou de honte ? La partie qui suit retrace le déroulement d'une matinée type.

La première patiente de la journée, une femme musulmane, vient pour un check-up après s'être fait poser un stérilet. La responsable du service – une femme médecin punjabi sikh particulièrement anti-musulmane – l'invite à la suivre dans le box annexe et, laissant la porte ouverte, lui demande de se déshabiller. La patiente est hésitante, visiblement mal à l'aise de ce manque d'intimité. Elle regarde la porte restée ouverte puis, face aux insistances du médecin qui fait mine de ne pas avoir compris, se déshabille pour être auscultée.

Peu après, deux autres patientes, venues faire vacciner leur nouveau-né dans la salle d'en face, en profitent pour venir demander deux sachets de préservatifs. Le médecin a la tête plongée sur un rapport. Les yeux toujours rivés sur

son rapport, elle demande aux femmes de faire enregistrer leurs noms auprès des deux infirmières. Une fois les informations saisies, ces dernières – deux femmes hindoues âgées d'une cinquantaine d'années – signalent un carton de la tête pour que les femmes se servent.

Ensuite vient le tour d'une femme, mère d'un enfant, qui vient, accompagnée de sa belle-mère, chercher une méthode de contraception pour espacer ses grossesses. Cette fois, le médecin, toujours assise, relève la tête. Elle essaye de persuader les deux femmes d'opter pour le stérilet. Avec autorité, elle affirme que c'est le plus efficace, que ce n'est pas douloureux et qu'elles le retirent quand elles veulent. Voyant que ses explications sont vaines, elle fait appeler le mari qui patientait dans le couloir pour tenter de le persuader. Celui-ci refuse à son tour. Toujours assise à son bureau, sans un sourire et l'air désabusé, le médecin désigne du menton le carton où se trouvent les préservatifs pour qu'ils aillent se servir et se replonge dans ses papiers, montrant par là que la conversation est close. Une fois le mari et la belle-mère ressortis, la jeune femme revient sur ses pas et précise au médecin, comme pour s'excuser de l'avoir contrariée, qu'elle aurait personnellement aimé avoir un stérilet mais que sa belle-mère s'y oppose. Le médecin a juste le temps de dodiner de la tête et la jeune femme repart en nous souriant.

La patiente suivante se plaint du stérilet qu'on lui a posé. Depuis, explique-t-elle, elle aurait ses règles deux fois par mois. L'assistante-infirmière lui recommande de passer à la pilule, annote son nom puis, sans la congédier, continue de consigner dans le registre les informations de la matinée.

Arrive Sapna, une jeune femme de 22 ans, mère de deux petites filles, qui est venue se faire insérer un stérilet. Elle est « hindoue et lettrée » précise le médecin en me regardant d'un air entendu. À force de demander à Sapna de se rapprocher du bord du lit pour faciliter l'insertion, le médecin s'énerve et hausse le ton pendant que Sapna crie de douleur.

Puis Meera, une femme de 32 ans mère de deux enfants, vient pour changer son stérilet. Pendant que Meera, dans le box annexe, hurle puis pleure de douleur au moment du retrait, sa belle-mère, assise sur l'un des bancs de la salle principale, semble saisie par les cris. Sans rien dire, elle me regarde, l'air soucieux puis baisse la tête et se met à prier.

Un couple arrive ensuite. Le mari précise qu'ils aimeraient attendre avant d'avoir leur prochain enfant. Le médecin leur recommande le stérilet. Le mari s'y oppose, poliment mais fermement, et repart avec quelques sachets de préservatifs.

Enfin, arrive une jeune femme de 19 ans, Sonali. Il y a un mois et demi, lors de son accouchement, elle avait accepté qu'on lui pose un stérilet. Mais son enfant étant décédé à trois jours, elle souhaite désormais le retirer. Le docteur, contrariée, rétorque en haussant le ton : « Je t'avais dit, hein, de le garder pendant six mois. » « Il me faut des enfants » (*bacce cāhie*), répond Sonali d'une petite voix. Le médecin, qui peine à cacher son énervement, répète en l'imitant avec un air



niais : « Il me faut des enfants. Il me faut des enfants... » À ce moment, le mari de Sonali, qui patientait dans le couloir et qui a probablement suivi la discussion, entre dans la salle et s'assied, silencieux. Le médecin demande finalement à Sonali de s'allonger sur le lit du box annexe pour lui retirer le stérilet. Lors du retrait, cette dernière émet un petit bruit sourd. L'infirmière en profite pour s'exclamer fort à l'intention de Sonali : « Je ne comprends pas pourquoi vous autres faites des [avec théâtralité] “ouille ! aïe !” » Puis, en me regardant, elle poursuit en grimaçant : « Une si petite chose. » Une fois le stérilet retiré et Sonali rhabillée, l'infirmière lui recommande d'utiliser des préservatifs dans les trois prochains jours et l'invite à se servir. Sonali acquiesce et, au moment où elle se sert dans le carton, l'infirmière ajoute d'un ton sarcastique : « C'est pour ton mari, pas pour toi ! » Sonali sourit gênée et sort retrouver son mari qui, déjà reparti, l'attendait dans le couloir.

Sans être systématiques, les sentiments de gêne et de honte rencontrés par les patientes sont fréquents à l'hôpital H, notamment dans la salle de planning familial. Le droit à l'intimité n'est pas nécessairement garanti. Des allusions sexuelles à peine voilées sont parfois faites par le personnel hospitalier. Quant à la souffrance physique et la douleur émotionnelle (l'expérience du deuil), elles sont minimisées, voire niées. Aussi, bien que la gratuité des contraceptifs soit garantie, plusieurs entraves physiques, émotionnelles et morales mettent à mal l'accès à ce service. Autrement dit, les services publics de planning familial destinés à être accessibles au plus grand nombre sont partiellement mis à mal par des rapports de domination interpersonnels (fondés notamment sur la discrimination sociale ou religieuse). Par ailleurs, l'équipe soignante met rarement en garde contre d'éventuels effets secondaires. Comme l'avait déjà souligné J.A. Gupta (2000) au sujet desdites contraceptions modernes, les contrôles médicaux pour vérifier d'éventuelles complications ou gênes sont rarement proposés aux patientes et les effets secondaires sont souvent minimisés, voire inexistant, dans le discours des médecins. Cette absence d'informations n'empêche évidemment pas les femmes de connaître ou de redouter certains effets du stérilet et, pour ces raisons, de s'opposer à y avoir recours. Plusieurs des femmes avec lesquelles je discute dans les bidonvilles évoquent de possibles dérèglements et des étourdissements ; d'autres craignent que le stérilet ne « remonte » dans leur corps mais, face aux médecins ou aux infirmières du département de planning familial, ces appréhensions ne sont jamais mentionnées.

## Le « choix informé » : une notion mise à l'épreuve

Outre les désagréments évoqués, le service de planning familial de l'hôpital H offre, en réalité, des possibilités contraceptives plus limitées que ce qui est annoncé. À ce sujet, l'équipe médicale souligne souvent, en partie pour justifier ce décalage, que les femmes issues d'un milieu socio-économique défavorisé n'auraient pas l'assiduité que nécessite la prise régulière de la pilule et que leurs époux n'accepteraient pas (ou négligeraient) l'utilisation du préservatif. Ainsi, parmi les méthodes de contraception réversible, seul le stérilet<sup>13</sup> est véritablement proposé par l'équipe soignante. Selon la responsable du service, cette méthode de prédilection serait en partie dictée « d'en haut » : « Le gouvernement préfère que les gens viennent pour un stérilet car dans ce cas, c'est pour dix ans. » L'attention portée à une certaine rationalité économique et à un souci de rentabilité apparaît en filigrane : non seulement le stérilet constitue une solution à moyen terme mais l'efficacité de ce moyen de contraception ne dépend pas de l'utilisatrice.

C'est ainsi par dépit, lorsque le *counseling* a échoué ou qu'une patiente a souffert d'effets secondaires liés au stérilet, que le médecin ou l'assistante infirmière se résignent à désigner de la tête les cartons qui contiennent les pilules et les préservatifs en libre-service. Non seulement il arrive aussi que l'hôpital soit en rupture de stock de pilules et de préservatifs pendant plusieurs jours<sup>14</sup> mais le personnel hospitalier présente très rarement ces différentes options contraceptives aux patientes.

Il en est de même en salle d'accouchement. Dans les minutes qui suivent l'arrivée d'un nouveau-né, l'interne en charge de l'accouchement incite la parturiente (toujours allongée), puis la belle-famille (qui attend dans le hall), à recourir à une méthode de contraception. Pour ce faire, le médecin a préalablement pris connaissance de l'historique familial de la patiente dans la mesure où la méthode proposée varie selon le nombre d'enfants et leur sexe. Comme le souligne le Dr Sarasvati, une jeune interne, la préférence pour les garçons a un net impact sur la fertilité des femmes et sur le *counseling* du personnel hospitalier :

On sensibilise toutes les femmes au contrôle des naissances, qu'elles en soient à leur premier accouchement ou à leur quatrième, mais pour ce qui est de la stérilisation, on ne fait du conseil qu'à celles qui ont déjà trois enfants et dont la famille est achevée. L'essentiel est que la femme ait déjà un garçon. Là seulement, elle est prête à se faire stériliser [...]. Ici, le critère pour les parents c'est d'avoir un fils. Ils nous disent : « Si on a un garçon, alors nous sommes prêts pour la stérilisation. » Mais avant l'accouchement, on ne peut rien prévoir au sujet de la stérilisation. Rares sont les parents qui disent être prêts pour

la stérilisation [avant de connaître le sexe de leur enfant]. Seul un couple sur cinq cent prend ce genre de décision pour la stérilisation !

Jamais – au cours de mon séjour – le médecin n’a présenté les différentes possibilités contraceptives. Si une femme est déjà mère de deux ou trois enfants dont un fils, l’interne souligne la rapidité avec laquelle s’effectue une stérilisation. Si elle n’a qu’un enfant ou si elle n’a que des filles, le médecin tend à vanter l’aspect provisoire (« dès que tu veux un enfant, on l’enlève ») et indolore (« ça rentrera facilement sans douleur, la voie (*rasta*) est ouverte ») du stérilet posé après l’accouchement. Le médecin alterne souvent entre des questions rhétoriques, posées d’un ton déterminé et autoritaire (« je te le mets hein ? »), et des propos plus rassurants (« c’est pour ton bien »). Procéder de la sorte et présenter exclusivement les recours à la stérilisation féminine ou au stérilet contribuent sûrement à expliquer le fait que seules 4,7 % des femmes illettrées aient recours à des méthodes contraceptives (modernes) réversibles (Visaria & Ved 2016 : 105)<sup>15</sup>.

Bien qu’actuellement le *counseling* contraceptif ne s’effectue plus en vue de résultats escomptés par le gouvernement ou de populations ciblées, le travail des médecins semble, aujourd’hui encore, dicté par des considérations paternalistes et un souci de rentabilité. En taisant la diversité des offres contraceptives, en voulant restreindre la marge de pouvoir décisionnel des patientes, le personnel entend agir par souci d’efficacité et de rationalité. Une partie du problème viendrait du fait que les femmes de milieux défavorisés n’opteraient pas pour les méthodes contraceptives « infaillibles » qui



Figure 2. Affiche de sensibilisation à la stérilisation féminine sur l’un des murs de l’hôpital. Photo : C. Jullien

#### Stérilisation féminine

*Encore plus facile et efficace qu’avant*

1. Cela ne prend que cinq-dix minutes.

2. La durée de présence à l’hôpital est minime : uniquement six-huit heures.

3. Seul un point de suture est fait et la cicatrice disparaît.

Mission nationale de santé rurale et Direction médicale, sanitaire et de bien-être familial  
(Information, éducation et communication), Rajasthan (Jaipur)

leur conviendraient. De fait, pour bon nombre de médecins, l'attitude des patientes à l'égard du contrôle des naissances découlerait davantage de réticences structurelles que de manque d'information sur les méthodes disponibles. Lorsque je demande quelle est la méthode de contraception la plus demandée des patientes, les médecins répondent souvent avec une pointe de sarcasme : « En l'occurrence elles n'en préfèrent aucune, à moins qu'on ne leur conseille », rétorque l'interne Khandelval. Dans un registre similaire, le Dr Hatwal s'esclaffe : « Elles n'utilisent pas de moyens de contraception, elles veulent juste se reproduire et avoir des bébés ! » Plusieurs médecins et infirmières reprennent à leur compte l'idée commune selon laquelle les femmes musulmanes et celles issues de milieu rural se reproduiraient, sans jamais planifier la dimension de leur famille ou l'échelonnement des naissances. Or le personnel hospitalier a une conception relativement figée de la « bonne » composition familiale et les internes se sentent particulièrement investis (du devoir) de la dicter aux patientes.

## **Conseillers ou justiciers ? Un combat social et religieux**

À partir de ces premières données ethnographiques, l'on pourrait avancer que les médecins promeuvent principalement le stérilet et la stérilisation par souci d'efficacité et que le manque d'informations dispensées aux patientes est lié à une insuffisance de personnel hospitalier. Mais ces arguments s'avèrent incomplets ; ils n'expliquent ni la détermination des médecins, ni la véhémence de leurs discours.

Selon le Dr Krishna, et bon nombre d'autres médecins internes, le *counselling* constitue l'une des tâches les plus pénibles de son travail. Pourtant, et bien qu'il reconnaisse que ce travail n'est pas obligatoire, il se sent investi d'un rôle à jouer. C'est ce qu'il semble indiquer lorsque je lui demande si le gouvernement agit par rapport à l'accroissement démographique :

— Krishna : Nous, on le fait, non ? Quand on incite les patientes à le faire [avoir recours à la contraception], on nous demande qui on est pour parler ainsi et on nous dit de les laisser faire ce qu'elles font.

— C. J. : C'est ce que vous disent les patientes ?

— Krishna : Non, les médecins seniors nous le disent. À la moindre chose, les patientes appellent nos seniors. Donc ensuite ils nous le disent.

— C. J. : Les seniors n'incitent pas les patientes [à la contraception] ?

— Krishna : Ils le font mais [après une petite pause de réflexion] pas autant [que nous].

— C. J. : Et vous, pourquoi vous le faites ?

— Krishna : Parce que c'est ma conception, selon moi, il faut que quelqu'un leur dise, que quelqu'un les incite [à le faire].

Aux yeux du personnel hospitalier, la population continuerait de croître à cause de politiques gouvernementales jugées démagogiques, soucieuses uniquement « de leurs banques de votes ». De manière générale, l'argument d'un gouvernement inopérant, corrompu et principalement soucieux de se maintenir au pouvoir constitue un leitmotiv en Inde. Cette idée est ancienne : comme le notaient déjà K.H. Gould en 1969 et A. Bose en 1970, bien que le contrôle des naissances constitue un objectif national, aucun parti ne fait preuve d'enthousiasme à l'égard de la planification des naissances dans la mesure où cela pourrait être « politiquement suicidaire » (Srinivas & Ramaswamy 1988). Longtemps, en effet, les partis politiques ont eu des intérêts « plus favorables à la croissance démographique qu'à son contrôle » (*ibid.* : 337). Jusqu'en 1976, le nombre de sièges alloués aux États dans l'Assemblée législative nationale est proportionnel à leur population. Finalement, le quarante-deuxième amendement de 1976 exige que le nombre de sièges alloués pour chaque État soit gelé (qu'il corresponde à leur population respective de 1971), de sorte que les États qui contrôlent leur population ne soient pas sous-représentés au Parlement (Srinivasan 1998 : 18). Cette mesure, prévue jusqu'à 2001, a été reconduite jusqu'en 2026 (amendement 84). Cependant, l'idée selon laquelle les partis politiques ont des intérêts à ce que la taille de la population augmente semble perdurer.

Pour l'immense majorité des médecins et des infirmières, non seulement l'État n'ose pas prendre de mesures pour infléchir la croissance démographique, mais les programmes gouvernementaux de santé *Jananī Surakṣā Yojanā (JSY)*<sup>16</sup> et *Jananī Śīśu Surakṣā Kāryakram (JSSK)*<sup>17</sup> inciteraient la population à se reproduire davantage. Respectivement instaurés en 2005 et en 2011, ces programmes prévoient que les femmes bénéficient de soins obstétricaux gratuitement et reçoivent une prime financière. Le parti pris de ces programmes est de favoriser l'accouchement à l'hôpital pour réduire les mortalités maternelle et infantile. Mais le fait que ces droits s'appliquent sans conditions dans les États dits « Low Performing States » – dont le Rajasthan fait partie<sup>18</sup> – est fréquemment pointé du doigt à l'hôpital. À titre d'exemple, Sunita, l'une des infirmières de la salle de planning familial, prétend que « le gouvernement ne pense qu'à ses propres intérêts ». Selon elle :

[En Inde] aussi, ça devrait être comme en Chine. Maintenant les pays étrangers nous donnent de l'argent pour JSY. Que les gens en aient dix, huit ou sept, ils reçoivent de l'argent pour chaque enfant. Ça ne devrait pas être comme ça. En matière de planning familial aussi il devrait y avoir des objectifs (*targets*).

Après un enfant ou deux, la personne a recours au planning familial et après seulement on lui donne l'argent. Il faudrait qu'il y ait ce contrôle. Seulement deux enfants. S'ils ne trouvent rien à manger, alors automatiquement ils arrêteront de faire des enfants. Le gouvernement les encourage !

De même, une interne sourit lorsque je lui demande si le gouvernement prend des mesures pour contrôler la croissance démographique. Elle ironise : « Oui, oui, le gouvernement a instauré le programme *Janani Surakṣā* pour “contrôler la population” et c'est devenu une “explosion de la population”. » Elle rigole de sa blague et s'en prend ensuite aux populations pauvres qui, « intéressées uniquement à profiter gaiement de ce qui est gratuit », n'auraient pas compris la visée de ce programme.

L'une des professeures de l'hôpital H pointe du doigt un ressenti partagé, l'idée selon laquelle les classes sociales favorisées sont désavantagées par les politiques gouvernementales. Selon elle, l'accroissement démographique prend une mauvaise tournure :

« La population augmente du mauvais côté. La haute société est restreinte à n'avoir qu'un enfant (*sic*) mais les basses classes ne le sont pas. » Elle ajoute n'avoir elle-même que trois enfants, m'explique que ce débat est « purement politique », puis coupe court et refuse d'en ajouter davantage.

Sans la mentionner explicitement, elle fait ici référence à la « loi des deux enfants » (*two-child norm*), une loi introduite au Rajasthan en 1992<sup>19</sup> selon laquelle seuls les individus n'ayant pas plus de deux enfants peuvent travailler au niveau du *panchayat* villageois ou du gouvernement local<sup>20</sup>. Bien que cette mesure ait suscité une vive critique et aille à l'encontre des principes du gouvernement central<sup>21</sup>, le ministre de la Santé du Rajasthan, Rajendra Choudhary, a renforcé cette norme en 2001 étendant cette condition d'éligibilité aux postes de la fonction publique de cet État et en refusant de promouvoir les individus ayant plus de deux enfants. Contrairement à ce que ce médecin laisse entendre, la haute société n'est pas tenue de n'avoir qu'un enfant mais deux, au même titre que la population. Au Rajasthan, aussi bien les programmes materno-infantiles de gratuité que la « loi des deux enfants » s'appliquent à l'ensemble des citoyens, sans distinction de classe. Qui plus est, la « loi des deux enfants » a principalement été perçue comme une mesure desservant les pauvres : elle discriminerait davantage les individus issus de milieux défavorisés, appartenant plus souvent à des familles nombreuses et déjà insuffisamment représentés dans la fonction publique (Rao 2003 ; Visaria, Acharya & Raj 2006).

En somme, l'influence que les internes tentent d'exercer sur la fécondité des patientes s'explique en grande partie par la volonté de compenser un sentiment d'injustice sociale et de combler le laxisme avec lequel, selon le

personnel hospitalier, le gouvernement – et à moindre degré les médecins confirmés – réagit par rapport à l'accroissement démographique. En outre, une série d'arguments et d'idées reçues sont mobilisés : on s'en prend aux populations pauvres qui, en considérant les enfants comme une force de travail, souhaiteraient des familles nombreuses ; on accuse les populations musulmanes de s'opposer à la contraception en vue de ne pas braver les interdits du Coran, voire de chercher à fortifier la communauté musulmane et on reproche aux femmes qui n'ont que des filles et qui souhaitent un garçon d'être rétrogrades en persistant à faire des enfants.

Or, l'ethnographie et l'étude des statistiques attestent d'une réalité bien plus nuancée et complexe. La majorité des mères de familles nombreuses rencontrées se plaignent d'avoir, malgré elles, plus d'enfants que ce qu'elles auraient souhaité. Elles attribuent leur sort à leur propre ignorance (*dimāg nahīn thā*), aux tâches qui leur incombaient à la maison et ne leur permettaient pas de s'absenter, à des oublis de pilule et, plus fréquemment, à l'irresponsabilité de leur époux ou à la forte pression familiale (Jullien 2016 : 109-110).

Bien que la prévalence contraceptive chez les musulmans (45,7 %) soit inférieure à celle des hindous (57,8 %) (Visaria & Ved 2016 : 107) et que le taux de fertilité des musulmans soit supérieur à celui des hindous, un nombre important d'études démographiques et sociologiques montrent que cet écart ne saurait se réduire au seul critère religieux mais qu'il dépend étroitement du contexte socio-économique (Bhagat & Praharaj 2005), de la partialité du gouvernement (Jeffery & Jeffery 2005) et des variations régionales (Rajan 2005). Sinon, comment expliquer que le taux de fertilité des musulmans dans les quatre États du sud de l'Inde (Tamil Nadu, Kerala, Karnataka, Andhra Pradesh) soit inférieur à celui des hindous habitant dans les grands États du Nord (Uttar Pradesh, Uttaranchal Pradesh, Bihar, Madhya Pradesh, Rajasthan) (Bhagat & Praharaj 2005 : 413) ? Déjà en 1983, T. Dyson et M. Moore (1983) concluaient que les facteurs régionaux ont davantage d'influence que les facteurs religieux dans la mesure où les hindous et les musulmans ont plus de similitudes avec les tendances démographiques régionales qu'ils ne l'auraient entre coreligionnaires du sous-continent indien.

Enfin, et contrairement à ce qu'affirmait le personnel hospitalier de l'hôpital H, la question de la préférence pour les garçons se retrouve aussi bien parmi les milieux aisés et la classe moyenne que parmi les populations plus défavorisées socio-économiquement. De nombreuses recherches (Das Gupta 1987 ; Rajan & Sudha 2003 ; Bhat & Sharma 2006 ; Arokiasamy 2007 ; Guilmoto 2008) s'accordent sur le fait que l'analphabétisme et l'absence d'activité féminine ne sont pas, comme on l'a longtemps cru et comme les médecins le sous-entendent, la principale cause du renforcement du déséquilibre du sex-ratio au détriment des filles. De fait, et contre toute attente, il existe

une corrélation entre l'élévation du niveau d'éducation de la population et le renforcement du déséquilibre du sex-ratio (Echavarri & Ezcurra 2010). Cependant, il est vrai que les femmes issues de milieux défavorisés, pour qui le recours aux techniques de détermination du sexe et à l'avortement sélectif (illégal en Inde) n'est financièrement pas accessible, tendront plus fréquemment que celles de la classe moyenne supérieure à multiplier les grossesses en vue d'avoir un garçon.

Dans la mesure où de nombreux membres du personnel hospitalier considèrent les familles nombreuses – associées aux communautés musulmanes et aux milieux socio-économiques défavorisés – comme résultant d'une faveur politique infondée et comme l'un des freins majeurs au développement de l'Inde, la notion occidentale et importée de « droit reproductif » devient, dans le contexte indien, caduc et contradictoire aux yeux du personnel hospitalier. Cela expliquerait pourquoi le recours à la contraception est – en salle de planning familial comme en salle d'accouchement – davantage pensé et présenté comme une décision nécessaire que comme un service disponible et optionnel. Et ce, malgré le terme anglais *counselling* que le personnel hospitalier ne cesse d'employer et qui, théoriquement, se réfère à un accompagnement par l'information, le conseil et l'échange. Le décalage entre la rhétorique affichée et la pratique décrite ici relève d'une apparente incompatibilité entre la notion importée de « droit de la reproduction », fondée sur l'individu, et le contexte indien où certains groupes sociaux sont tenus pour responsables de l'épineux accroissement démographique. C'est davantage au nom d'un « bien-être national », qu'au nom d'un « bien-être familial » que le personnel hospitalier prétend agir en incitant les femmes à la contraception et en culpabilisant ou réprimandant celles qui s'y opposent.

## Invectives et dénigrements face à l'échec

D'après plusieurs médecins et infirmières, le *counselling* en matière de contraception constitue la partie la plus éprouvante de leur travail. Cette difficulté tient en partie de la méfiance manifeste des patientes. Une interne y fait explicitement référence un jour, après avoir passé la matinée en salle d'accouchement à essayer plusieurs refus : « Toi-même tu as vu le nombre de patientes auxquelles j'ai proposé un stérilet ? L'insertion est entièrement gratuite alors que dans le privé, ils prennent 100 Rs. Même gratuitement, elles refusent ! Elles se demandent pourquoi on leur offre une chose généralement si chère. Elles pensent qu'on nous oblige à le faire. »

Outre l'attitude méfiante des patientes, l'échec est fréquemment attribué au pouvoir décisionnel de la belle-famille. À titre d'exemple, Saumya, une



infirmière, m'explique : « Imagine : une femme a deux enfants, tu fais ton travail, elle refuse en disant que sa belle-mère le lui interdit, alors tu es frustrée car malgré tous tes efforts, et quoique tu fasses, ça ne sert à rien. » Le refus est, en effet, généralement exprimé par la belle-famille. Lors de la pose d'un stérilet ou du recours à une tubectomie – comme pour bon nombre d'aspects qui concernent la santé d'une patiente –, le mari et la belle-famille doivent avoir été consultés et, en cas d'accord, leur signature est nécessaire. Comme le souligne le Dr Agarwal, il ne s'agit pas d'une loi médicale qui serait officielle et inviolable mais d'une norme tacite et officieuse liée au contexte indien : « Légalement, ce n'est pas nécessaire de demander le consentement du mari. Mais en Inde on doit le faire pour éviter les disputes [...]. Surtout au Rajasthan. » C'est aussi en ces termes que s'exprime une jeune interne : « En Inde, le contexte social fait qu'une femme doit demander [l'autorisation] à sa famille. La femme peut donner elle-même son consentement mais ensuite elle risque de se faire réprimander par son mari. Donc il vaut mieux qu'elle lui demande son autorisation. » Ainsi, dans la grande majorité des cas, un médecin interne s'adresse à la parturiente – souvent sans trop y croire – puis, par obligation morale mais aussi souvent parce que la femme le lui a demandé, il sort et rejoint le hall d'attente afin d'informer et tenter de persuader le(s) membre(s) de la belle-famille qui patiente(nt). En cas de refus, l'interne grimace souvent avec indignation, voire lance quelques invectives, mais c'est souvent une fois de retour en salle d'accouchement, qu'il vocifère des reproches mi-ironiques, mi-agacés (« Quelle bonne décision ! » ou encore « Ta belle-famille a refusé, contente maintenant ? ») à l'égard de la parturiente restée allongée et tenue à l'écart de la discussion. Autrement dit, le personnel hospitalier ne dissimule en aucun cas l'énervement que l'échec de leur *counseling* provoque en lui. Que la décision ait été prise par la femme ou, comme le veut l'usage, par la famille, le manque de considération manifesté à l'égard des patientes devient évident et se traduit par des reproches, des mesures punitives ou par une déconsidération manifeste de la pudeur ou de la douleur. À titre d'exemple, à une parturiente à qui l'on propose un stérilet et qui refuse en expliquant qu'elle « prendra ses précautions » ou qu'elle reviendra à l'hôpital dans quelques semaines/mois, les internes rétorquent alors fréquemment, d'un air sceptique et agacé : « Et dans quelques mois tu reviendras de nouveau ici ? », ou encore : « Oui, dans quatre mois tu reviendras enceinte ! »

Il arrive aussi qu'un interne en vienne à menacer une parturiente de mettre fin à sa fertilité à son insu (bien que le recours à la stérilisation et à l'insertion du stérilet requière la signature de l'intéressée ainsi que celle d'un des membres de sa famille) dans un contexte de repréailles ou d'intimidation extérieur au cadre du *counseling*. Ainsi, à Mobina, une femme musulmane qui était nullipare, dont l'accouchement a été difficile et dont la suture

de l'épisiotomie a été scandée de hurlements, le jeune interne Krishna lui demande sur un ton sarcastique : « Est-ce que je devrais te coudre complètement ? Là tu n'auras plus d'enfants et tu ne souffriras plus jamais. » Devant le silence de Mobina, Krishna insiste et, en utilisant le tutoiement intime (jugé irrévérencieux), demande de nouveau : « Dis-moi, je te couds complètement ? » Face au regard insistant du médecin qui attend visiblement une réponse, la parturiente rétorque alors timidement « non » puis redevient muette, le temps que Krishna l'examine.

S'il ne s'agissait, dans ce dernier exemple, que d'une mesure d'intimidation, la menace est révélatrice des rapports de pouvoirs entre le personnel hospitalier et les patientes. Tout en déplorant la défiance des patientes à leur égard, plusieurs médecins internes la renforcent au quotidien : non seulement l'autorité avec laquelle ils font leur *counseling* laisse à penser qu'ils ont des intérêts à ce que les femmes recourent à la contraception, mais les menaces que certains médecins internes profèrent à l'égard des patientes semblent révélatrices de leurs intentions.

Malgré la diversité des situations, ces exemples montrent combien le personnel hospitalier joue de sa posture d'autorité et condamne les patientes en leur renvoyant l'image de femmes à la fécondité débordante et dont le manque de contrôle nécessiterait le recours drastique de points de suture intégraux qui les priveraient de la possibilité même d'avoir des rapports.

\* \* \*

Loin de se cantonner à mettre en œuvre les politiques de santé reproductive dans la stricte application des instructions du gouvernement, les membres soignants de l'hôpital H se révèlent être des décideurs dotés d'importants pouvoirs discrétionnaires, à l'instar des bureaucrates décrits par M. Lipsky ([1990] 2010). Pour le résumer avec une formule empruntée à V. Dubois (2012 : 6), « il y aurait moins un déficit de mise en œuvre (*implementation gap*) qu'une ruse de la mise en œuvre (*implementation trick*) ». À partir de l'exemple de l'immigration, cet auteur fait remarquer que le pouvoir discrétionnaire des agents de base oriente la politique « en un sens plus répressif que ne le prévoient les textes, non du fait d'écarts incontrôlés, mais parce que les pratiques administratives viennent réaliser ce qui ne peut être officiellement prescrit » (Dubois 2012 : 7). En Inde, en matière de politique de planification familiale, ce pouvoir discrétionnaire des agents est tel que certains parlent de la fin des quotas venus du « haut » (*top-down*) et l'émergence de quotas venus du « bas » (*bottom-up*) (Donaldson 2002 : 107).

De prime abord, l'intérêt porté au bien-être individuel et familial semble avéré, conformément à la rhétorique gouvernementale. Sur les pancartes

de sensibilisation de l'hôpital, le contrôle des naissances est principalement présenté en termes de « bien-être familial » ou de « bonheur familial ». La salle de planning familial est, conformément au jargon officiel, appelée « salle de bien-être familial ». L'une des affiches, diffusée par les Services médicaux et sanitaires du Rajasthan pour inciter les femmes à espacer leurs grossesses, fait remarquer que « le premier bonheur est un corps sain » puis précise « le *mantra* pour la santé de la mère et l'enfant : trois ans d'espacement entre deux enfants ». Les illustrations qui accompagnent ces affiches mettent systématiquement une famille en scène avec des visages souriants. Quant au personnel hospitalier, il a souvent recours à l'argument du bien-être individuel (la santé de la femme) ou familial (la santé de la femme et de ses enfants) pour inciter les patientes à contrôler leurs naissances.

Pourtant, malgré cette rhétorique présentée aux patientes, c'est la variation d'échelle qui permet de comprendre les attitudes et les approches du personnel hospitalier face aux femmes en matière de planification familiale. La plupart des membres du personnel hospitalier considèrent que les politiques publiques actuelles – centrées autour de la notion de « droit reproductif » – entravent le développement de la nation. Et, dans la mesure où ils interagissent principalement avec des musulmanes ou des femmes de milieux ruraux dont les comportements procréatifs sont, selon eux, responsables de maints problèmes en Inde, ils tendent à prendre le contre-pied des mesures officielles. Les médecins internes apparaissent tout particulièrement comme des gardiens de la morale, soucieux de faire respecter les « bonnes » dimensions des familles, quitte à aller à l'encontre des nouveaux principes – fondés sur l'autorégulation et la responsabilisation individuelle – édictés par les normes internationales et les politiques indiennes. Contrairement à la vision des développementalistes en matière de stabilisation démographique et contrairement au slogan « le développement [socio-économique] est le meilleur contraceptif » lancé lors de la Conférence mondiale de la population de Bucarest (1994), pour le personnel de l'hôpital de Jaipur, le développement semble être impossible sans une réduction préalable de la fécondité. À leurs yeux, la contraception constituerait la clef du développement. En somme, le personnel hospitalier semble avoir pris pour argent comptant la devise « famille réduite, développement global » inscrite en grandes lettres rouges sur l'enceinte de l'hôpital : seul le contrôle des naissances améliorerait le sort de l'Inde, freinerait la pauvreté et remédierait à l'accroissement démographique de la population musulmane. Dans la lignée de ce raisonnement, le « service » (*sevā*) de conseil dû aux femmes et à leurs familles ne serait pas infirmé à l'hôpital mais plutôt détourné pour devenir un service à la nation.

## Notes

1. Pour conserver l'anonymat, tous les noms mentionnés dans cet article ont été changés.
2. De 6,5 millions de roupies pour le premier plan quinquennal de 1952-1956, le budget alloué au planning familial passe rapidement à 50 millions en 1956-1960 et au demi-milliard pour la période suivante de 1961-1965. Lors du neuvième plan quinquennal (1997-2002), la somme atteint les 20 milliards (RAO 2004 : 25-32).
3. En 1976, le ministre de la Santé et du Planning familial de l'époque, Karan Singh, parle du « problème de la population » comme « l'une des priorités nationales majeures » (*top national priority*).
4. À la différence du Kerala (1,8), du Tamil Nadu (1,7) et de l'Andhra Pradesh (1) considérés comme les « États de la réussite », les États du nord de l'Inde présentent des taux de fertilité plus élevés : 3,7 dans le Bihar, 3,5 en Uttar Pradesh et 3,1 au Rajasthan.
5. Ces crispations démographiques apparaissent déjà à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, lors des premiers recensements opérés par les autorités coloniales. Non seulement les catégories retenues et figées dans les recensements ont sclérosé les castes et les communautés mais la publication de telles données incite aussi les populations à prendre conscience du pouvoir politique de leur démographie, contribuant à alimenter les tensions intercommunautaires (JONES, 1981 ; PANT 1987 ; APPADURAI [1996] 2001 ; BHAGAT 2004 ; ARNOLD 2006).
6. À la fin des années 1980, ce démographe avait en effet forgé l'acronyme BIMARU – qui signifie « malade » (*bimār*) en hindi – pour désigner le Bihar, le Madhya Pradesh, le Rajasthan et l'Uttar Pradesh.
7. Au cours de l'année fiscale 1996-1997, 98 % des 100 stérilisations réalisées sont des tubectomies (VÉRON 2002).
8. Comme l'a très bien analysé Edward Bernays, en milieu démocratique la propagande constitue un outil de taille en matière de « fabrication de consentement » pour « mobiliser la masse immense et hétérogène des électeurs en faveur d'une action intelligente et réfléchie » (BERNAYS [1928] 2007).
9. En 1997, le gouvernement indien affiche ouvertement son nouvel engagement en matière de « santé de la reproduction » avec l'instauration du *Reproductive and Child Health Program*.
10. Selon la conclusion du rapport du National Population Policy, le bien-être serait devenu un nouveau critère de référence. « *In the new millenium, nations are judged by the well-being of their peoples; by levels of health, nutrition and education; by the civil and political liberties enjoyed by their citizens; by the protection guaranteed to children and by provisions made for the vulnerable and the disadvantaged* » (Government of India 2000 : 16).
11. À la différence des pays occidentaux, où le contrôle des naissances a été envisagé comme une émancipation des femmes par leur entrée sur le marché du travail, par leur possible indépendance financière ainsi que par une certaine libération sexuelle, dans les campagnes gouvernementales indiennes, les bénéfices des méthodes contraceptives sont systématiquement présentés au niveau familial et dans le respect du maintien du patriarcat, que la famille soit nucléaire ou élargie (CHATTERJEE & RILEY 2001 ; GUILMOTO & KULKARNI 2004). Les familles qui n'y ont pas recours sont, dans ces campagnes publicitaires,

rendues responsables de leur sort les confinant à la pauvreté.

12. Dans la *Bhagavat Gītā* par exemple.

13. Pour lesquels il convient de noter le nom de la patiente et de son mari, leurs âges respectifs, le nombre d'enfants, leur niveau d'éducation ainsi que la signature de la patiente (ou en cas d'illettrisme l'empreinte de son doigt à l'encre).

14. Lorsque j'en avais fait la remarque, l'infirmière avait réagi avec véhémence : « Je ne sais pas moi, ça, c'est le travail des administratifs, celui du planning familial d'Adarsh Nagar. C'est de là que ça vient. Si on en a, on en donne. Là s'il n'y a pas de préservatifs, il n'y en a pas. Ce n'est pas mon problème. S'ils disent qu'il n'y en a pas, alors il n'y en a pas ».

15. Pour les femmes qui ont au moins douze ans d'éducation, le taux est à 28,8 %.

16. *Jananī Surakṣā Yojanā* (« Programme de protection maternelle »), décrit comme « l'étendard (*flagship*) des programmes de santé du gouvernement indien » est instauré en avril 2005 par le National Rural Health Mission (NRHM), lui-même créé par le ministère de la Santé et du Bien-être familial. Grâce à ce programme entièrement financé par le gouvernement central, les femmes qui accouchent dans une structure de soins publique ou dans une institution privée accréditée reçoivent une allocation financière. Ces sommes fluctuent selon que l'État est classé comme l'un des « Low Performing States » (LPS), ou l'un

des « High Performing States » (HPS). Les États dits « Low Performing States » offrent 1 000 Rs (15 €) pour celles qui résident en ville et 1 400 Rs (21 €) pour celles qui viennent d'une zone rurale.

17. *Jananī Śīṣu Surakṣā Kāryakram* (« Programme de protection de la mère et du nouveau-né ») est instauré en juin 2011 par le ministère de la Santé et du Bien-être familial : les soins liés à la grossesse (visites prénatales, examens de grossesse, médicaments), à l'accouchement (transport, accouchement par voie naturelle comme par césarienne) et à la période postnatale (hospitalisation et alimentation) sont délivrés gratuitement dans tous les établissements publics ruraux et urbains. Les institutions publiques s'engagent également à soigner gratuitement tout nouveau-né malade pendant les trente jours qui suivent la naissance.

18. Dans les « Low Performing States » l'allocation financière est versée pour toutes les naissances, tandis que dans les « High Performing States », elle se limite à deux naissances (*two live births*) par femme.

19. Sa mise en application a eu lieu en 1995.

20. Certaines lois similaires ont été mises en place en Himachal Pradesh, au Madhya Pradesh, en Andhra Pradesh et en Haryana.

21. Dans la mesure où la santé relève du domaine des États, le gouvernement central a peu d'emprise sur la question.

## **Bibliographie**

APPADURAI, A. ([1996] 2001), *Après le colonialisme. Les conséquences culturelles de la globalisation*, Paris, Payot.

ARNOLD, D. (2006), « Official Attitudes to Population, Birth Control and Reproductive Health in India, 1921-1946 »,

- in S. Hodges, ed., *Reproductive Health in India: History, Politics, Controversies*, New Delhi, Orient Longman, pp. 22-50.
- AROKIASAMY, P. (2007), « Sex Ratio at Birth and Excess Female Child Mortality in India: Trends, Differentials and Regional Patterns », in I. Attané, & C.Ž. Guilmo, eds., *Watering the Neighbour's Garden: The Growing Demographic Female Deficit in Asia*, Paris, Committee for International Cooperation in National Research in Demography, pp. 49-72.
- BERNAYS, E. ([1928] 2007), *Propaganda. Comment manipuler l'opinion en démocratie*, Paris, Zones.
- BHAGAT, R.B. (2004), « Fact and Fiction. Census 2001 and Religion Data », *Economic and Political Weekly*, XXXIX (39), pp. 4292-4294.
- BHAGAT, R.B. & PRAHARAJ, P. (2005), « Hindu-Muslim Fertility Differentials », *EPW*, 40 (5), pp. 411-418.
- BHAT, R.L. & SHARMA, N. (2006), « Missing Girls: Evidence from Some North Indian States », *Indian Journal of Gender Studies*, 13 (3), pp. 351-374.
- BOSE, A. (2007), « Beyond Population Projections: Growing North-South Disparity », *EPW*, 42 (15), pp. 1327-1329.
- CHATTERJEE, N. & RILEY, N.E. (2001), « Planning an Indian Modernity: The Gendered Politics of Fertility Control », 26 (3), pp. 811-845.
- DAS GUPTA, M. (1987), « Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India », *Population and Development Review*, 13 (1), pp. 77-100.
- DONALDSON, P.J. (2002), « The Elimination of Contraceptive Acceptor Targets and the Evolution of Population Policy in India », *Population Studies*, 56, pp. 97-110.
- DUBOIS, V. (2012), « Le rôle des street-level bureaucrats dans la conduite de l'action publique en France », en ligne : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00660673/document>.
- DYSON, T. & MOORE, M. (1983), « On Kinship Structure, Female Autonomy and Demographic Behaviour in India », *Population and Development Review*, 9 (mars), pp. 35-60.
- ECHAVARRI, R.A. & EZCURRA, R. (2010), « Education and Gender Bias in the Sex Ratio at Birth: Evidence from India », *Demography*, 47 (1), pp. 249-268.
- GOULD, K.H. (1969), « Sex and Contraception in Sherapur: Family Planning in a North Indian Village », *EPW*, 4 (49).
- GOVERNMENT OF INDIA (2000), *National Population Policy*, New Delhi.
- GUILMOTO, C.Ž. (2008), « L'inscription spatiale de la discrimination de genre en Inde. Effets des distances sociale et géographique », *L'Espace géographique*, 1 (37), pp. 1-15.
- GUILMOTO, C.Ž. (2011), « Demography for Anthropologists: Populations, Castes and Classes », in I. Clark Decès, ed., *A Companion to the Anthropology of India*, Malden, Oxford, Blackwell, pp. 25-44.
- GUILMOTO, C.Ž. (2014), « L'Inde et sa démographie », in C. Jaffrelot, ed., *L'Inde contemporaine*, Paris, Pluriel, pp. 137-163.
- GUILMOTO, C.Ž. & KULKARNI, P.M. (2004), « Les femmes, la caste et l'État. Cinquante ans de planification familiale en Inde », in A. Gautier, ed. *Les Politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, Paris, CEPED, pp. 25-74.
- GUILMOTO, C.Ž. & RAJAN, S.I. (2013), « Fertility at District Level in India: Lessons from the 2011 Census », *Working Paper du CEPED*, 30, pp. 1-32.
- GUPTA, J.A. (2000), *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy: Freedom or Dependency?*, New Delhi, Sage.

- GWATKIN, D.R. (1979), « Political Will and Family Planning: The Implications of India's Emergency Experience », *Population and Development Review*, 5 (1), pp. 29-59.
- HARTMANN, B. & RAO, M. (2015), « India's Population Programme: Obstacles and Opportunities », *EPW*, 50 (44), pp. 10-13.
- JACQUELOT, P. de (2013), « La démographie indienne, bénédiction ou calamité ? », *Les Échos*, 4 déc. 2013.
- JEFFERY, R. & JEFFERY, P. (1997), *Population, Gender and Politics: Demographic Change in Rural North India*, Cambridge, Cambridge University Press.
- JEFFERY, R. & JEFFERY, P. (2005), « Saffron Demography, Common Wisdom, Aspirations and Unevent Governementalities », *EPW*, 40 (5), pp. 447-453.
- JONES, K.W. (1981), « Religious Identity and the Indian Census », in N.G. Barrier, ed., *The Census in British India: New Perspectives*, New Delhi, Manohar, pp. 73-101.
- JULLIEN, C. (2016), « Du bidonville à l'hôpital. Anthropologie de la santé de la reproduction au Rajasthan (Inde du Nord) », thèse de doctorat, Nanterre, Université Paris Ouest Nanterre.
- KAWADIA, G. & PHILIPS, S.S. (2014), « Shedding the BIMARU Tag : Madhya Pradesh, Bihar and Rajasthan », *EPW*, 49 (31), en ligne : [www.epw.in/node/129816/pdf](http://www.epw.in/node/129816/pdf).
- LIPSKY, M. ([1990] 2010), *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, New York, Russell Sage.
- NAIR, P. Sadasivan & VÉRON, J. (2002), « L'Inde : un milliard d'habitants en 2001 », in J.-C. Chasteland & J.-C. Chesnais, eds., *La Population du monde. Géants démographiques et défis internationaux*, Paris, Institut national d'études démographiques, pp. 227-243.
- PANT, R. (1987), « The Cognitive Status of Caste in Colonial Ethnography: A Review of Some Literature on the North West Provinces and Oudh », *Indian Economic and Social History Review*, 24 (2), pp. 145-162.
- RAJAN, S.I. (2005), « District Level Fertility Estimates for Hindus and Muslims », *EPW*, 40 (5), pp. 437-446.
- RAJAN, S.I. & SUDHA, S. (2003), « Persistent Daughter Disadvantage: What Do Estimated Sex Ratios at Birth and Sex Ratios of Child Mortality Risk Reveal ? », *EPW*, 38 (41), pp. 4361-4369.
- RAO, M. (1999), « The Structural Adjustment Programme and the World Development Report 1993: Implications for Family Planning in India », in M. Rao, ed., *Disinvesting in Health: The World Bank's Prescriptions for Health*, New Delhi, Sage, pp. 80-106.
- RAO, M. (2003), « Two-Child Norm and Panchayats: Many Steps Back », *EPW*, 38 (33), pp. 3452-3454.
- RAO, M. (2004), *From Population Control to Reproductive Health: Malthusian Arithmetic*, New Delhi, Sage publications.
- SAGLIO-YATZIMIRSKY, M.-C., ed. (2002), *Population et développement en Inde*, Paris, Ellipses (« Carrefours de Géographie »).
- SHARMA, V. (2015), « Are BIMARU States Still Bimaru ? », *EPW*, 50 (18), pp. 58-63.
- SRINIVAS, M.N. & RAMASWAMY, E.A. (1988), « Culture et fécondité en Inde », in R. Lardinois, ed., *Miroir de l'Inde*, Paris, Éditions de la MSH, pp. 321-349.
- SRINIVASAN, K. (1998), « Population Policies and Programmes since Independence: A Saga of Great Expectations and Poor Performance », *Demography India*, 27 (1), pp. 1-22.
- UNITED NATIONS (2015), *World Population Prospects: The 2015 Revision: Key Findings and Advance Tables*, New York.
- VÉRON, J., ed. (2002), *Dynamique de la population*, Paris, Ellipses.

- VISARIA, L., ACHARYA, A. & RAJ, F. (2006), « Two-Child Norm : Victimising the Vulnerable ? », *EPW*, 41 (1), pp. 41-48.
- VISARIA, L. & VED, R.R. (2016), *India's Family Planning Programme : Policies, Practices and Challenges*, Londres, New York, Routledge.

## Résumé

Dans le cadre d'une politique de réduction de la natalité, l'Inde a traversé une période de stérilisations contraintes en masse sous l'État d'urgence, en 1975-1977. Depuis, les politiques indiennes de planification familiale ont abandonné ces méthodes pour laisser place à une approche dite de « bien-être familial » reposant sur le choix libre et informé des citoyens. Compte tenu des défis politiques et économiques mais aussi des crispations sociales et religieuses sous-jacentes à la question démographique indienne, dans quelle mesure cette approche est-elle compatible avec la réalité locale ? La question de la fécondité des femmes reste un sujet sensible en Inde, à la croisée de tensions sociales (dénonciation de la fécondité des plus défavorisées) mais aussi d'enjeux religieux (hindous-musulmans) et de considérations de genre (multiplication des grossesses pour assouvir le désir de garçons). À partir de l'ethnographie d'un hôpital public d'obstétrique au Rajasthan, j'explique les raisons pour lesquelles le corps médical exhorte ses patientes au contrôle des naissances. En rendant compte du pouvoir discrétionnaire des médecins, je montre que leurs pratiques sont davantage dictées par des considérations nationalistes que par un souci de liberté individuelle officiellement en vigueur.

## Abstract

"Family Welfare": An Illusory Notion?  
The Underside of Rhetoric in the Indian Hospital

As part of a policy to reduce the birth rate, India went through a period of mass sterilization under the state of emergency in 1975-1977. Since then, Indian family-planning policies have abandoned these methods in favour of a so-called "family welfare" approach based on citizens' free and informed choice. Given the political and economic challenges, but also the social and religious tensions underlying the Indian demographic issue, to what extent is this approach compatible with local reality? The issue of women's fertility remains a sensitive one in India as it lies at the crossroads of social tensions (supposedly high fertility rates among the most disadvantaged), religious communalism (Hindu-Muslim differentials) and gender considerations (impact of son preference on fertility indices). Based on the ethnography of a public obstetrics hospital in Rajasthan, I explain why caregivers urge their patients to use birth control. By focusing on the discretionary power of physicians, I show that their practices are rather determined by nationalistic considerations than by concerns for the alleged individual freedom of their patients.