

PN-AAN-179

ISN 29855

Série de Monographes sur le Droit et la Population
Numero 1

Législation et Planning Familial

par Luke T. Lee



Programa de Droit et Population
THE FLETCHER SCHOOL OF LAW AND DIPLOMACY
Administered with the Cooperation of Harvard University
Tufts University
Medford, Massachusetts

Law and Population Book Series

- 1/ *Population and Law*, Luke T. Lee and Arthur Larson (eds.) (Leyden: A. W. Sijthoff; Durham, North Carolina: Rule of Law Press, 1971).
- 2/ *International Migration Law*, Richard O. Plender (Leyden: A. W. Sijthoff, 1972).
- 3/ *Population in the United Nations System: Developing the Legal Capacity and Programs of UN Agencies*, Daniel G. Partan (Leyden: A. W. Sijthoff; Durham, North Carolina: Rule of Law Press, 1973).
- 4/ *World Population Crisis: The United States Response*, Phyllis T. Piotrow (New York: Praeger, 1973).
- 5/ *Human Rights and Population: From the Perspectives of Law, Policy and Organization* (Medford, Massachusetts: Law and Population Programme, 1973).
- 6/ *The Abortion Experience*, Howard J. Osofsky and Joy D. Osofsky (eds.) (New York: Harper & Row, 1973).
- 7/ *The United Nations and Population: Major Resolutions and Instruments* (New York: United Nations Fund for Population Activities, 1973).

Law and Population Monograph Series

- 1/ *Law and Family Planning*, by Luke T. Lee (1971).
- 2/ *Brief Survey of U.S. Population Law*, by Harriet F. Pilpel (1971).
- 3/ *Law and Population Growth in Eastern Europe*, by Peter B. Maggs (1972).
- 4/ *Legal Aspects of Family Planning in Indonesia*, by the Committee on Legal Aspects of the Indonesia Planned Parenthood Association (1972).
- 5/ *Law and Population Classification Plan*, by Morris L. Cohen (1972).
- 6/ *Law, Human Rights and Population: A Strategy for Action*, by Luke T. Lee (1972).
- 7/ *Population in the UN System: Developing the Legal Capacity and Programs of UN Agencies*, by Daniel G. Partan (a summary of a book, see item 3 above.) (1972).
- 8/ *The World's Laws on Voluntary Sterilization For Family Planning Purposes*, by Jan Stepan and Edmund H. Kellogg (1973).
- 9/ *Law and Population Growth in Singapore*, by Peter Hall (1973).
- 10/ *Law and Population Growth in Jamaica*, by Robert C. Rosen (1973).
- 11/ *Law and Population Growth in the United Kingdom*, by Diana M. Kloss and Bertram L. Raisbeck (1973).
- 12/ *Law and Population Growth in France*, by Jacques Doublet and Hubert de Villedary (1973).
- 13/ *Medical Considerations for Legalizing Voluntary Sterilization*, by F. I. D. Konotey-Ahulu, M.D. (1973).
- 14/ *Brief Survey of Abortion Laws of Five Largest Countries*, by Luke T. Lee (1973).
- 15/ *Anti-Contraception Laws in Sub-Saharan Francophone Africa: Sources and Ramifications*, by Bernard Wolf (1973).
- 16/ *International Status of Abortion Legalization*, by Luke T. Lee (1973).
- 17/ *The World's Laws on Contraceptives*, by Jan Stepan and Edmund H. Kellogg (1974).
- 18/ *Population and the Role of Law in the Americas*, Proceedings of a Seminar of the Human Rights Committee at the 18th Conference of the Inter-American Bar Association (1974).
- 19/ *Legal Aspects of Menstrual Regulation*, by Luke T. Lee and John M. Paxman (1974).

This monograph is one in a continuing series published under the auspices of the Law and Population Programme, the Fletcher School of Law and Diplomacy. The Law and Population Programme and its field work are supported in part by the International Planned Parenthood Federation, the United Nations Fund for Population Activities, and the U. S. Agency for International Development, among others. The Programme is under the general direction of an International Advisory Committee on Population and Law, whose members are listed at the end of this monograph. The conclusions and opinions of this monograph are the sole responsibility of the author, and do not necessarily reflect those of the Law and Population Programme, the Fletcher School or any of the supporting agencies. Printed in the U.S.A.

Etudes de Planning familial

PUBLIÉES PAR
THE
POPULATION
COUNCIL

Volume 2, Numéro 4

Octobre 1971

Législation et Planning Familial

Le présent numéro est entièrement consacré à une étude élaborée par Luke T. Lee, J.D., Ph. D., Directeur du programme « Législation et population » de la Fletcher School of Law and Diplomacy de l'Université de Tufts (ce programme est administré avec la coopération de l'Université de Harvard). Ce mémoire a été initialement rédigé pour le Comité des experts du planning familial dans le cadre des services de santé de l'Organisation mondiale de la santé, session du 24 au 30 novembre 1970. M. Richard K. Gardiner, Directeur adjoint du programme « Législation et population » a participé à l'élaboration de cette étude.

INTRODUCTION

Les attitudes d'un État ont toujours un retentissement sur le développement de sa population, quel que soit le but poursuivi par la législation et alors même que cette législation simulerait l'indifférence.

A son tour, la population, par sa structure même, exerce une influence sur les lois de toute nature : lois constitutionnelles, lois organiques et lois ordinaires¹.

¹ Jacques Doublet, « Des lois dans leurs rapports avec la population », dans *Population*, 4 (1) : 39-56 (1949).

SOMMAIRE

INTRODUCTION	149	Prestations de maternité	162	Autres facteurs sociaux	168
CONTROLE DES NAIS- SANCES	152	Imposition du revenu	163	ADMINISTRATION	169
Contraception	152	Instruction et travail des enfants	164	Chine	169
Avortement	155	Condition de la femme	165	Japon	171
Stérilisation	158	Age au mariage	165	Pakistan	172
Incidence sur la fécondité	159	Divorce et remariage	166	République Arabe Unie	173
FACTEURS SOCIAUX	161	Polygamie	167	États-Unis	174
Allocations familiales	161	Programmes de sécurité so- ciale	167	CONCLUSIONS	177

C'est là l'essence même de la démographie et du planning familial vus sous l'angle juridique. L'avertissement si succinctement formulé voilà 21 ans par M. Jacques Doublet, membre du Conseil d'État français, n'a cependant pas été entendu dans un domaine dont les juristes ont jusqu'ici été tenus à l'écart. La faute leur en incombe d'ailleurs en partie. Orientés, tant dans leur formation que dans l'exercice de leur profession, vers les aspects plus techniques de la législation, ils ont, à quelques exceptions près, évité un problème d'une certaine ampleur. En 1965 encore, par exemple, on ne comptait qu'un seul juriste sur le millier de participants et d'observateurs au Congrès mondial de la population organisé à Belgrade par les Nations-Unies, et pas un seul des centaines de mémoires soumis au Congrès ne traitait des aspects juridiques du problème démographique et du planning familial.

Depuis lors, deux événements importants ont rendu particulièrement urgente l'étude de ces aspects : 1° la Déclaration sur la population signée en 1966 par douze chefs d'État (et qui avait recueilli 30 signatures en 1967), selon laquelle le planning familial est un droit fondamental de l'homme; 2° l'adoption à l'unanimité en 1968, par la Conférence des Nations-Unies sur les droits de l'homme, de la Proclamation de Téhéran, qui fait du planning familial un droit fondamental des parents et d'une résolution stipulant que les couples ont également le droit d'être suffisamment instruits et informés des questions de planning familial². L'emploi de l'expression « droits de l'homme » imposant aux États une responsabilité non pas seulement morale mais juridique, chaque gouvernement a l'obligation juridique de veiller à ce que les lois et politiques qui entrent en conflit avec l'application de ces droits soient amendées ou abrogées et remplacées par de nouvelles lois et politiques conformes à ces droits et susceptibles d'en favoriser l'application. De plus, « les droits de l'homme sont, par hypothèse, des droits qui appartiennent à

tout être humain, quelle que soit sa nationalité »³.

Néanmoins, à l'échelon national, la reconnaissance officielle du droit humain fondamental au planning familial a rarement été suivie de réformes législatives systématiques visant à aligner les lois en vigueur sur la reconnaissance de ce droit. C'est ainsi que des restrictions entravent toujours l'importation, la fabrication, la publicité et le transport du matériel contraceptif; l'âge minimum au mariage demeure bas; les lois d'instruction publique continuent d'interdire aux écoles l'enseignement du planning familial ou l'éducation sexuelle; les services de santé publique continuent d'ignorer la nécessité d'organiser des services consultatifs et des dispensaires de régulation des naissances; les allocations familiales et des abattements fiscaux favorisent parfois les familles nombreuses; les lois sur l'avortement, enfin, amènent à recourir à des opérations illicites, très coûteuses et très dangereuses. Même lorsque des réformes législatives ont été adoptées, elles laissent subsister des lacunes importantes, faute de coordination. La codification des lois étant reléguée au second plan dans beaucoup de pays neufs, il y demeure en vigueur des lois archaïques héritées en bloc des anciennes puissances coloniales et qui font souvent échec à la politique officielle encourageant le planning familial.

A l'échelon international, il est encourageant de constater que l'O.N.U. et ses institutions commencent, après une longue période d'inaction, à s'intéresser de plus en plus à la démographie et au planning familial. Cependant, le caractère autonome des institutions des Nations-Unies et la nouveauté de leurs programmes démographiques n'ont pas permis jusqu'ici au système des Nations-Unies d'utiliser au mieux ses capacités. Non seulement, il subsiste dans les institutions des Nations-Unies, de nombreuses lacunes et des chevauchements de fonctions, mais encore, à l'intérieur de chaque institution, l'unité d'objectif et la répartition des tâches est loin d'être assurée. Pourtant, il ne faut pas sous-estimer, le rôle que les institutions des Nations-Unies

² Conférence des Nations-Unies sur les droits de l'homme, Téhéran, 1968. Document des Nations-Unies A/CONF. 32/41. La résolution XVIII, intitulée « Droits de l'homme et planification familiale », est reproduite, ainsi que le texte de la Proclamation de Téhéran, dans l'*American Journal of International Law*, 63 : 678-79, 674-77, 1969.

³ Sir Humphrey Waldock, « Human Rights in Contemporary International Law and the Significance of the European Convention », dans *The European Convention on Human Rights, International and Comparative Law Quarterly*, Supp. Publication N° 11, p. 3, 1965.

peuvent jouer dans ce domaine. Pour n'en donner qu'un seul exemple, on ne dispose pour les écoles que de très peu de matériel adéquat d'enseignement en matière de planning familial ou d'éducation sexuelle, ce qui prive beaucoup d'États de l'un des moyens les plus efficaces d'assurer l'exercice du planning familial en tant que droit humain fondamental. L'Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), qui, aux termes de l'Article premier de la Convention, a pour objet de « favoriser le respect universel... des droits de l'homme », ne pourrait-elle pas faire rédiger un manuel de cette nature, comme elle l'a fait pour le problème de la race, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.)?

La présente étude des législations nationales vues sous l'angle de leurs conséquences favorables ou restrictives pour le planning familial ne peut avoir, nécessairement, qu'un caractère sélectif et expérimental. Tout d'abord, aucun pays n'a procédé à la compilation systématique de l'ensemble de ses lois sur le planning familial; les lois et décrets de cette nature sont souvent dispersés à travers la législation, et les décrets et interprétations d'ordre administratif et judiciaire sont généralement oubliés et très souvent inconnus du plus grand nombre⁴. En second lieu, les réponses à de nombreuses questions de jurisprudence ne peuvent être fournies sans une recherche approfondie. Il suffit de mentionner quelques-unes d'entre elles;

1° La loi a certes une influence sur le comportement de la population mais la portée de cette influence varie non seulement d'un État à l'autre mais aussi selon l'objet de la loi. Les contrevenants aux lois sur l'avortement, par exemple, demeurent souvent impunis alors que l'interdiction de la publicité pour le matériel contraceptif est plus strictement appliquée. Le décalage entre la loi et la pratique s'exerçant généralement en faveur d'une classe de la société plutôt que des autres, le problème devrait dominer les préoccupations de ceux qui font les lois et de ceux qui les appliquent.

⁴ Le programme de législation et population espère pouvoir rassembler et publier dans un avenir prochain une série complète, périodiquement révisée, de textes législatifs sur le planning familial. De préférence, cette tâche devrait être entreprise en collaboration avec un organisme international.

2° Bien que la loi soit souvent le reflet des normes sociales et des mœurs contemporaines, on ne doit pas ignorer sa valeur de catalyseur dans l'évolution sociale. La libéralisation de la législation japonaise sur l'avortement n'a-t-elle, par exemple, fait que suivre une évolution antérieure du climat social et culturel en faveur de l'avortement ou a-t-elle déclenché, ou tout au moins contribué à former, dans l'opinion publique la tendance à accepter l'avortement et à y avoir recours?

3° Quels sont les effets d'une loi dont l'objet est contredit par une autre ou dont l'application est entravée par des décrets administratifs insuffisants ou incompatibles? Les effets de la loi française de 1967 légalisant la vente et la distribution du matériel contraceptif doivent, par exemple, être mis en parallèle avec les augmentations annuelles des versements au titre des allocations familiales, d'une part, et avec le fait que les décrets administratifs visant à l'application de la loi de 1967 n'ont pas été mis en vigueur, d'autre part. Aujourd'hui encore, beaucoup de gynécologues français refusent, en l'absence de ces décrets, de conseiller ou de prescrire à leurs patientes l'emploi de contraceptifs. De même, malgré la libéralisation récente de la loi sur l'avortement dans l'État de New York, la confusion règne dans la ville de New York du fait des règlements sanitaires locaux qui restreignent la pratique de l'avortement pour les malades des consultations externes⁵.

4° Quels sont les rapports entre le droit municipal et le droit international dans le cadre des droits de l'homme, qui comprennent le droit au planning familial? Y a-t-il conflit inhérent, entre les droits de l'homme « individuels » et « collectifs » vis-à-vis du planning familial? Quels sont les fondements et les limitations juridiques de la coopération et de la coordination intergouvernementales et interorganisations (institutions des Nations-Unies, organisations régionales, organisations internationales privées, etc.)? Ces questions relèvent évidemment des lois constitutionnelles ainsi que des lois de politique étrangère de chaque pays.

5° Enfin, on ignore purement et simplement quelle est l'incidence des lois comme celles qui régissent la polygamie, le divorce,

⁵ *New York Times* du 20 octobre 1970.

les migrations, l'homosexualité, les successions et la propriété foncière sur la fécondité⁶. Il se peut en outre que d'autres parties de la législation influencent la fécondité mais n'aient pas encore été identifiées puisque l'on commence seulement à envisager sérieusement les aspects juridiques du planning familial. Toutes ces questions ne pourront être résolues qu'après une exploration et une étude systématiques.

Sous les réserves qui précèdent, on s'est efforcé, dans les pages qui suivent, d'examiner et d'évaluer les effets de la législation nationale dans le domaine du planning familial, particulièrement en ce qui concerne les activités, les normes d'application, les canaux administratifs et les facteurs sociaux.

CONTROLE DES NAISSANCES

On entend ici par « lois relatives au contrôle des naissances » les lois sur la contraception, l'avortement et la stérilisation. Nous allons les étudier sous des rubriques séparées en réservant pour la fin du présent chapitre les rapports de ces lois et leur influence éventuelle sur la fécondité.

Contraception

La législation a pesé de diverses manières sur la contraception, en interdisant par exemple l'importation de matériel contraceptif et la diffusion de renseignements sur la limitation des naissances, ainsi que la publicité sur ce matériel, son exposition, sa distribution ou sa vente, sa fabrication et son emploi. L'interdiction demeure encore dans certains pays⁷. Le respect des lois est cependant une tout autre affaire. Dans la grande majorité des pays, l'interdiction du matériel contraceptif n'est pas absolue et la tendance va vers une libéralisation accrue.

Nous allons voir successivement les divers aspects de la contraception.

⁶ Voir le deuxième chapitre, « Facteurs sociaux », p. 161 et suivantes.

⁷ Jusqu'en 1965, par exemple, le Connecticut interdisait sans exception l'emploi par qui que ce soit de n'importe quel médicament, article ou dispositif destiné à prévenir la conception. La Cour suprême des États-Unis a déclaré cette loi inconstitutionnelle dans l'affaire *Griswold c. Connecticut*, 381 U.S. 479 (1965), du fait qu'elle violait, entre autres choses, le droit à « l'intimité conjugale ».

DISTRIBUTION ET VENTE

La vente de contraceptifs est interdite en Espagne et en Irlande⁸, comme elle l'était en France (excepté pour les préservatifs)⁹ avant la loi de 1967¹⁰. En Suède, par contre, les pharmaciens sont en fait tenus d'avoir en magasin des contraceptifs en vue de leur vente, pendant les heures normales d'ouverture des magasins¹¹.

La République populaire de Chine exige également des pharmaciens qu'ils aient « une réserve suffisante » de contraceptifs¹². Tous les grands magasins, les entreprises commerciales, les pharmacies et toutes les coopératives de la Chine, même leurs succursales rurales, sont tenus de vendre du matériel contraceptif. Lorsque les installations le permettent, la vente aux clients et clientes doit être assurée respectivement par des vendeurs et vendeuses. Ces derniers reçoivent des autorités sanitaires locales une rapide formation concernant notamment les théories et méthodes de contraception, la conservation du matériel et l'hygiène. Il y a lieu de noter que tous ces règlements ne s'appliquent qu'aux Han. Dans les territoires appartenant à des populations minoritaires (autres que les Han), la propagande pour le contrôle des naissances ne s'adresse qu'aux Han qui sont les seuls à pouvoir se procurer du matériel contraceptif¹³.

⁸ Conseil économique et social des Nations-Unies, *Mesures, politiques et programmes affectant la fécondité, considérés plus particulièrement du point de vue des programmes nationaux de planification de la famille* (Document de l'O.N.U. E/CN.9/232, 17 septembre 1969, désigné ci-après par l'abréviation *Mesures, O.N.U.*), p. 73. Ce rapport fournit bon nombre de renseignements sur de nombreuses questions traitées ici. Il constitue également une source précieuse de références à la documentation de base.

⁹ Elizabeth Draper, *Birth Control in the Modern World* (Londres, 1965), p. 181.

¹⁰ Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative au contrôle des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du Code de la santé publique (*Journal Officiel de la République française*, 29 décembre 1967, n° 302, p. 12861 et 12862); *International Digest of Health Legislation*, 19 : 260, 1968.

¹¹ Association suédoise pour l'éducation sexuelle, « Sweden », dans *Population and Law*, Lee et Arthur Larson, éd., à paraître en 1971 (ci-après désigné par *Population and Law*).

¹² *Chung-hua Jen-min Kung-ho-kuo Kuo-wu-yuan Kung Pao* [République populaire de Chine, *Bulletin du Conseil d'État*], 1957, n° 14, p. 259 à 262.

¹³ Voir Huang Yu-chan, *Chung-kung, Chih-yu Yung-tung* [*Le contrôle des naissances en Chine communiste*] (Hong-kong, 1967), p. 80 et 81.

En règle générale, il semble que la vente des produits médicaux soit réservée aux pharmaciens, alors que celle des autres types de matériel contraceptif n'est pas aussi limitée. Cependant la vente en distributeur automatique se prête à un contrôle plus strict, comme c'est le cas au Royaume-Uni et en Suède. Au Royaume-Uni, la vente en distributeur automatique est généralement interdite dans les lieux publics en vertu d'arrêtés locaux qui peuvent résulter soit d'un choix des autorités locales, soit de l'application telle quelle d'un « modèle » d'arrêté suggéré par le gouvernement.

L'Inde donne un exemple d'un système appliqué dans un grand nombre de pays : les dispositifs qui doivent être mis en place par un médecin ne peuvent être obtenus que dans les dispensaires publics; les contraceptifs classiques, y compris les produits chimiques, sont distribués dans les pharmacies autorisées; enfin, les préservatifs sont en vente libre — même dans les grands magasins et épicerie¹⁴.

Au Japon, les règlements réservant la vente aux pharmaciens diplômés ont été assouplis pour permettre la vente par les conseillers autorisés en matière de planning familial. C'est là un exemple de l'adaptation de la législation en vue de répondre aux besoins particuliers du planning familial plutôt que de ranger aveuglément le matériel contraceptif dans les mêmes catégories que les médicaments.

Jusqu'en juillet 1970, la législation du Massachusetts interdisait la vente de « quelque drogue, médicament, dispositif ou article que ce soit destiné à prévenir la conception »¹⁵ — sauf dans le cas de personnes mariées auxquelles des médecins diplômés pouvaient prescrire et des pharmaciens diplômés fournir ces produits et dispositifs contraceptifs¹⁶. L'interdiction a été abolie pour inconstitutionnalité le 6 juillet 1970 par la Cour d'appel des États-Unis pour la première région¹⁷.

¹⁴ Saran Gurdev Singh, « India » dans *Population and Law*, op. cit.

¹⁵ Annuaire législatif du Massachusetts (Supplément de 1966), section 21.

¹⁶ Section 21 A.

¹⁷ Voir *William R. Baird, Petitioner, Appellant c. Thomas S. Eisenstadt, Sheriff of Suffolk County, Massachusetts, Respondent, Appellee*, 429 F. 2d, 1398.

PUBLICITÉ

Des restrictions juridiques sont fréquemment imposées à l'exposition du matériel contraceptif, à la publicité en sa faveur et à la promotion de sa vente. Lorsque la vente de contraceptifs est interdite par la loi, il en va évidemment de même pour leur publicité comme c'était le cas dans la loi du Massachusetts récemment annulée¹⁸. Mais même lorsque la vente est licite, la publicité peut demeurer interdite, comme c'est le cas dans la République fédérale d'Allemagne, en Belgique, en France et en Suède.

Les lois interdisant la diffusion de renseignements faux ou trompeurs concernant les produits pharmaceutiques s'appliquent également aux contraceptifs qui se rangent parmi ces produits.

ÉDUCATION ET DIFFUSION DE RENSEIGNEMENTS

Outre les lois qui limitent la publicité pour la vente de contraceptifs, il faut tenir compte de celles qui régissent la diffusion de renseignements qui les concernent, que ce soit par les établissements d'enseignement ou par un service spécial. Dans beaucoup de pays, comme l'Espagne, l'Irlande ou l'Italie, certaines lois limitent encore la diffusion de renseignements ou l'instruction en matière de contraception, bien que ces lois ne soient pas strictement appliquées.

Peu d'États ont accompli des progrès réels par la voie des établissements généraux d'enseignement, à l'exception de la Suède, jusqu'ici le seul pays où l'éducation sexuelle soit obligatoire dans les écoles publiques. Les dispositions du Code pénal suédois qui interdisent la diffusion de tout ce qui peut « encourager la grossièreté chez les jeunes ou, de toute autre manière, compromettre sérieusement leur formation morale » n'ont fait en rien obstacle à l'éducation sexuelle.

Lorsque la diffusion des connaissances relatives à la contraception n'est pas assurée par les établissements généraux d'enseignements, cette lacune est comblée dans certains pays, en partie tout au moins, par des organisations publiques et privées, telles que les services consultatifs de protection eugénique au Japon et les services de consultation familiale en Allemagne de l'Ouest, qui se chargent de cette fonction. En Belgique même, où le climat législatif est

¹⁸ Voir la note 15 ci-dessus.

considéré comme hostile à la contraception il existe des centres d'information¹⁹.

Un taux élevé d'avortement, comme un taux élevé de natalité, peuvent amener le législateur à encourager la contraception ou la diffusion de renseignements à son sujet. Le Japon en donne un exemple. Parfois, le législateur peut mettre à profit une situation particulière qui se prête à faire accepter l'idée de contraception, comme c'est le cas en Pologne où la loi exige qu'une femme soit instruite des méthodes anticonceptionnelles avant de subir un avortement, et au Danemark où l'enseignement des méthodes de planning familial est obligatoire après toute naissance ou tout avortement.

Les lois restreignant la publicité et l'information, qui peuvent parfois être mal interprétées ou appliquées de façon imprévisible, peuvent exercer une influence inhibitrice, sur ceux qui, sans elles, encourageraient activement la contraception. L'assouplissement des restrictions peut déclencher, dans la presse et l'opinion publique, un débat utile, en même temps qu'il permet aux pratiques anticonceptionnelles de se répandre comme cela s'est produit au Pakistan.

PRESCRIPTION ET PRATICIENS

Les restrictions concernant les personnes autorisées à prescrire les médicaments et à assurer les services techniques tels que la mise en place des DIU, se fondent en général sur des motifs d'ordre médical. C'est ainsi que certaines méthodes peuvent se trouver assujetties à des limitations automatiques dans un pays donné si la législation de ce pays exige que les contraceptifs ou certains types de contraceptifs soient prescrits uniquement par une personne médicalement qualifiée. Les limitations peuvent se trouver renforcées si la loi prévoit les conditions dans lesquelles cette personne peut formuler la prescription.

En Inde, par exemple, seuls les médecins diplômés sont autorisés à procéder à la pose des stérilets. Dans la République démocratique allemande²⁰ comme dans la Répu-

blique fédérale d'Allemagne²¹, la législation pharmaceutique exige une ordonnance médicale pour tout produit anticonceptionnel chimique. La loi française de 1967 habilite le Ministre des Affaires Sociales à dresser une liste spéciale des contraceptifs qui ne peuvent être fournis que sur ordonnance; en outre, les dispositifs intra-utérins ne peuvent être posés que par des médecins dans les hôpitaux, ou dans des centres autorisés, conformément aux règlements administratifs.

FABRICATION ET IMPORTATION

La fabrication et l'importation de contraceptifs sont généralement autorisées dans les anciennes colonies britanniques d'Afrique et dans beaucoup de pays d'Asie où le planning familial est une politique nationale, mais elles sont interdites dans les États francophones d'Afrique, à l'exception de la Tunisie, et dans certains pays d'Amérique latine. L'interdiction de l'importation résulte parfois d'un resserrement général du contrôle des échanges commerciaux suscité par une balance défavorable des paiements, plutôt que d'une politique démographique.

Faute de production nationale, il reste le matériel contraceptif fabriqué à l'étranger, qui peut être difficile à obtenir en raison du contrôle des importations, à moins que l'approvisionnement ne soit garanti dans le cadre de la fourniture d'une aide extérieure. Lorsque l'État lui-même se charge de la production, on peut se demander si la centralisation des moyens de production ne risque pas de limiter le choix des méthodes ce qui peut nuire à certains couples.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

En se chargeant du contrôle de la qualité des contraceptifs, l'État peut chercher à protéger la santé des usagers ou à s'assurer de l'efficacité de la contraception. Dans la République fédérale d'Allemagne, les fabricants de produits contraceptifs chimiques, mais non mécaniques, sont tenus d'être munis d'une licence attestant qu'ils répondent aux normes de qualification et de compétence techniques. Il ne s'agit donc pas d'assurer l'efficacité de la contraception car le contrôle s'appliquerait aussi, dans ce cas, aux dispositifs mécaniques; la loi vise

¹⁹ J. de Deken-Geairain et Marthe Engelborghs-Bertels, « Belgium », *Population and Law*. Ces centres peuvent tourner les restrictions législatives relatives à la contraception en demeurant des organisations sans but lucratif.

²⁰ Gunther G. Schulz, « German Democratic Republic », dans *Population and Law, op. cit.*

²¹ Schulz, « Federal Republic of Germany », dans *Population and Law, ibid.*

plutôt à protéger les usagers contre le risque de production sans contrôle de substances qui peuvent être nocives. En Suède, où l'État exerce, par l'intermédiaire du Bureau de la santé publique et des services sociaux, un contrôle effectué par la vérification d'un échantillon pris au hasard et qui s'applique tant aux contraceptifs imités qu'aux produits locaux — aussi bien mécaniques que chimiques — l'efficacité des produits semble mieux garantie.

Avortement

INTRODUCTION

L'examen de la législation des divers États en matière d'avortement fait souvent apparaître un écart sensible entre la loi et la pratique. Cet écart se manifeste souvent par le nombre des avortements illicites mais il peut aussi résulter en partie d'un manque de clarté et d'uniformité dans l'interprétation et l'application des lois.

C'est souvent le cas lorsque la tendance à s'écarter d'une stricte interdiction de l'avortement se manifeste par des exceptions à l'application de la loi plutôt que par l'adoption d'une législation nouvelle complète. Même au Japon, où l'avortement licite n'est pas assujéti, comme dans la plupart des autres pays, à des restrictions considérables, le code pénal²² contient une interdiction sans ambiguïté de l'avortement, tandis que la loi l'autorisant expressément fait partie de la loi de protection eugénique. C'est sans doute partiellement en raison du conflit entre ces lois qu'au moment où les avortements atteignaient au Japon un chiffre record, le nombre des avortements illicites était, d'après les estimations, presque aussi élevé que celui des avortements licites.

Les principaux domaines sur lesquels doit porter l'étude comparative des dispositions législatives sont : les motifs autorisant à procéder à l'avortement; les procédures requises pour l'établissement des motifs et l'autorisation; la nature et la portée du contrôle de l'État. Nous allons les examiner séparément.

MOTIFS D'AVORTEMENT

Ce n'est que dans de rares pays que la loi autorise l'avortement du simple fait qu'il est

souhaité par la ou les personnes en cause. Lorsque l'avortement semble pouvoir se pratiquer sur demande, c'est généralement grâce à l'élargissement *de facto* dans la pratique d'une loi déjà libérale. Lorsque le droit à l'avortement n'est accordé que pour des motifs qui doivent être établis, ceux-ci se rangent généralement dans quatre grandes catégories que nous allons examiner. (Il ne faut pas oublier, cependant, que les motifs de ces différentes catégories ne s'excluent pas mutuellement. C'est le cas, par exemple, pour la loi bulgare autorisant l'avortement pour les femmes âgées de 45 ans au moins. Le critère de l'âge relève de considérations non seulement médicales mais aussi socio-économiques et peut-être même eugéniques.)

Motifs médicaux

Les raisons médicales constituent le motif d'avortement le plus largement reconnu. L'examen des lois relatives aux indications médicales dégage deux domaines principaux : premièrement, la liste des conditions médicales et la définition du test à faire subir et, deuxièmement la personne à qui incombe la décision.

L'ordonnance tchécoslovaque, par exemple, contient en annexe une longue liste des conditions pathologiques dans lesquelles la poursuite de la grossesse met en danger la santé de la femme. L'avortement ne peut être pratiqué qu'avec l'autorisation d'un conseil spécial²³.

La disposition la plus courante est l'autorisation par voie d'exception au code pénal plutôt qu'en vertu d'une législation d'orientation médicale. Les dispositions les plus strictes sont celles qui n'autorisent l'avortement que pour sauver la *vie* de la femme, ou plutôt autorisent la défense à se fonder sur ce motif. On les trouve dans certaines juridictions des États-Unis, dans un certain nombre de législations d'Amérique latine et dans la législation française.

Par contre, certains pays autorisent l'avortement pour sauvegarder la *santé* de la femme. Au Pérou, par exemple,

l'avortement pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme enceinte n'est pas punissable lorsqu'il constitue le seul moyen de

²² Articles 212 à 214; Lee, « Japan », dans *Population and Law*, *ibid.*

²³ Annexe aux Instructions du Ministère de la santé, n° 72/1962 Sb. NV; Kazimierz Grzybowski, « Czechoslovakia », Annexe I, *Population and Law*, *ibid.*

sauver la vie de la mère ou d'éviter de compromettre sa santé de façon grave et définitive²⁴.

L'interprétation de la loi peut dépendre dans une large mesure de son libellé. Comparons, par exemple, celui de la clause péruvienne, qui parle de « compromettre de façon grave et définitive » la santé de la mère, avec l'exception correspondante dans la loi thaïlandaise qui autorise le médecin à pratiquer l'avortement « s'il est nécessaire pour sauvegarder la santé de la femme »²⁵. Quoique peu différente de la première dans son principe, cette dernière clause laisse au médecin une beaucoup plus grande latitude de jugement.

Les dispositions de ce genre peuvent être complétées par l'énoncé de critères, comme c'est le cas dans la loi danoise de 1956, qui autorise l'avortement lorsque l'interruption de la grossesse est nécessaire pour éviter de mettre gravement en danger la vie ou la santé de la femme :

... En évaluant ce danger, il y a lieu de prendre dûment en considération toutes les circonstances pertinentes, y compris les conditions dans lesquelles doit vivre la femme, ainsi que, non seulement, sa santé physique et mentale mais aussi tout affaiblissement physique ou mental dont elle souffre ou donne des signes²⁶.

La loi du Royaume-Uni sur l'avortement, promulguée en 1967, soumet la décision de mettre fin à une grossesse à l'opinion de deux médecins diplômés :

... que la poursuite de la grossesse entraînerait, pour la vie de la femme enceinte ou pour la santé physique ou mentale de la femme ou de tout enfant vivant de sa famille, un risque plus grand que la terminaison de la grossesse;...

Outre que le critère à appliquer — à savoir si la poursuite de la grossesse entraîne un plus grand risque que sa terminaison — permet de mettre fin à une grossesse pour assurer une amélioration relativement mineure de la santé de la femme, la loi autorise la prise en considération « du milieu dans lequel (la femme enceinte) vit ou devra vraisemblablement vivre ». Bien que ce critère ne constitue pas un motif d'avortement d'ordre « social », puisqu'il impose

des considérations de santé — présente ou à venir — il permet de tenir compte de facteurs d'ordre social ou économique, notamment du statut matrimonial de la femme et de la dimension de la famille actuelle.

Il est également intéressant de noter que, même dans les pays d'Europe de l'Est, où les motifs d'avortement comprennent toute une gamme de raisons d'ordre médical, eugénique, social et économique, les règlements interdisent néanmoins l'avortement dans un certain nombre de cas, par exemple dans celui de contre-indications médicales d'une nature donnée, ou lorsque la grossesse date de plus de trois mois, ou encore dans le cas d'un avortement provoqué au cours des six mois qui précèdent²⁷.

Motifs socio-économiques

A titre d'exemple d'autorisation de l'avortement fondé sur des motifs socio-économiques, on peut citer l'amendement de 1961 à la loi tchécoslovaque de 1957, qui modifie cette loi en prescrivant « l'existence de trois enfants au moins »; l'amendement donne également comme motif « le risque pour le niveau de vie dans les cas où c'est à la femme qu'incombe au premier chef la responsabilité économique de faire vivre la famille ou l'enfant »²⁸. La législation bulgare autorise également les femmes mères de trois enfants au moins à subir des avortements.

La loi tunisienne n° 24 du 1^{er} juillet 1965, portant amendement de l'article 214 du Code pénal et du Décret du 25 février 1949, autorise l'avortement si la femme a « au moins cinq enfants vivants »²⁹.

On peut aussi classer dans cette catégorie les motifs relevant de considérations à la fois économiques et médicales, lorsque les premières sont prédominantes. La législation japonaise en donne un exemple. L'article 14 (1) de la loi de protection eugénique de 1948, tel qu'il a été modifié, autorise un médecin désigné à pratiquer l'avortement « selon son jugement » si « la santé (d'une mère) peut être gravement affectée par la poursuite de la grossesse ou par l'accou-

²⁷ *Report of the Committee to Study the Question of Legalization of Abortion*, Ministère de la santé et du planning familial de l'Inde, 1966, p. 42.

²⁸ Ruth Roemer, « Abortion Law : The Approaches of Different Nations », *American Journal of Public Health*, 57 (11) : 1906, 1911, novembre 1967.

²⁹ Lee, « Tunisia », dans *Population and Law*, *op. cit.*

²⁴ Décret du 24 mai 1946.

²⁵ Code pénal de la Thaïlande, BE 2499 (1956), chapitre 3, section 305.

²⁶ Loi n° 177 du 23 juin 1956, section 1, sous-section 1, par. 1.

chement, du point de vue physique ou économique ». Bien que les considérations « économiques » ne constituent pas à elles seules, selon la lettre de la loi, un motif suffisant d'avortement, la difficulté ou l'impossibilité de donner des preuves concluantes du préjudice grave qu'elles peuvent causer à la santé de la femme ont entraîné une interprétation si libérale de la loi que même les femmes riches et en bonne santé peuvent obtenir un avortement³⁰. La plupart des opérations d'avortement provoqué sont en fait fondées sur ce motif³¹.

Motifs humanitaires

Certaines lois autorisent l'avortement pour des motifs humanitaires, c'est-à-dire pour mettre fin à des grossesses résultant d'actes criminels comme le viol, l'inceste ou les rapports sexuels avec une déficiente mentale ou une jeune fille n'ayant pas atteint l'âge minimal. Du point de vue de la limitation de la population, les motifs humanitaires ont peu d'importance. Cependant, le fait que, dans beaucoup de pays, l'avortement ne soit pas autorisé même dans les cas où l'enfant doit naître dans des circonstances si défavorables est symptomatique de la position rigide que beaucoup d'États ont adoptée dans leur législation.

Motifs eugéniques

Ceux-ci sont en principe liés de près aux motifs de la catégorie médicale, puisqu'ils se fondent sur le souci de maintenir la population existante en bonne santé; cependant les lois autorisant à invoquer des motifs eugéniques peuvent se fonder aussi bien sur l'intérêt de l'État et de la famille que sur l'état de santé de l'enfant prévu d'après l'embryon.

PROCÉDURES

Beaucoup de pays scandinaves et d'Europe orientale exigent, avant l'avortement, l'autorisation d'un conseil ou d'une commission. La composition et la procédure de ces organes varient d'un pays à l'autre, les

conseils scandinaves étant généralement composés de membres de la profession médicale (bien qu'au Danemark les commissions comprennent une assistante sociale), tandis qu'en Europe de l'Est, leur composition est plus variée et comprend également des membres étrangers à la profession médicale. La Tchécoslovaquie, par exemple, exige qu'un représentant élu du district et un membre féminin du conseil populaire de district participent à la décision. Les commissions de la République démocratique allemande comprennent une assistante sociale et une représentante de l'organisation féminine locale. En Hongrie, le président du conseil est désigné par le médecin chef de la ville ou de la région et le conseil comprend deux membres nommés par le comité exécutif du conseil populaire compétent, le président du conseil des affaires sociales, le chef du service des affaires sociales et une femme nommée par les syndicats.

La procédure des États scandinaves exige le consentement d'au moins deux médecins. La loi danoise établit une distinction entre les dangers qui menacent la vie ou la santé de la femme en raison d'une maladie et les dangers de nature médico-sociale. Dans le premier cas, la décision de mettre fin à la grossesse appartient au médecin alors que dans le second, l'affaire doit être référée au comité du « centre d'aide aux mères » qui donne l'autorisation après consultation avec le généraliste de la femme et un spécialiste.

En Finlande, la femme peut présenter directement une demande au conseil médical si elle ne peut obtenir l'autorisation de deux médecins, dont l'un est nommé par le conseil. Lorsque le conseil médical prend la décision d'autoriser l'avortement, il prend aussi des dispositions pour que la stérilisation soit pratiquée au même moment à moins que des raisons valables ne s'y opposent.

Les fonctions de certains conseils d'Europe de l'Est ne se bornent pas à accorder ou refuser leur consentement. En Bulgarie et en Hongrie, par exemple, ils doivent s'efforcer de dissuader la femme de se faire avorter, bien qu'ils puissent faire droit à la demande si la femme persiste dans sa décision et qu'en Bulgarie l'avortement puisse être pratiqué sur demande, sans approbation du conseil, pour les femmes âgées d'au moins 45 ans ou déjà mères d'au moins trois enfants.

Une procédure d'appel est également

³⁰ Lee, « Japan », dans *Population and Law, ibid.*; d'après une interview de l'auteur avec M. Hisao Aoki, du ministère de la Santé et des services sociaux, à Tokyo, le 15 mars 1967.

³¹ Minoru Muramatsu, *Some Facts about Family Planning in Japan (1953)*, p. 9.

prévue dans certains pays, dont la République démocratique allemande est sans doute le plus avancé puisqu'il autorise l'appel à une commission régionale et même au Ministère de la santé.

Par contraste avec les législations qui constituent des conseils de l'avortement, on trouve des exemples de lois libérales qui remettent la décision entre les mains du médecin.

Au Japon, la loi de 1948 de protection eugénique a créé des commissions de protection eugénique pour autoriser l'avortement lorsque des circonstances qui ne sont pas d'ordre strictement médical entrent en jeu. Un amendement d'avril 1952 a supprimé la nécessité pour un médecin désigné d'obtenir l'autorisation d'une Commission pour pratiquer un avortement.

Comme on l'a déjà vu, la législation du Royaume-Uni remet la décision à deux médecins diplômés qui doivent, de bonne foi, reconnaître conjointement que les conditions prescrites sont remplies.

En comparant les deux systèmes, il y a lieu de souligner les inconvénients d'une procédure qui met en jeu un conseil ou une commission, problème que l'on a reconnu en Suède. En Tchécoslovaquie, bien que la procédure prévoit un conseil de district avec possibilité d'appel dans les trois mois à un conseil provincial, il est reconnu que ces conseils ne procèdent pas toujours à un examen approfondi des circonstances de l'intéressée.

Cependant, on peut aussi se demander si la décision d'un médecin, bien qu'elle soit plus rapidement atteinte que celle d'un conseil, constitue le meilleur moyen de tenir compte du milieu dans lequel la femme enceinte vit ou est appelée à vivre. Les États qui remettent la décision aux mains du médecin sont sans doute soucieux de voir prédominer les considérations médicales, même lorsqu'il s'agit de motifs médico-sociaux. Néanmoins, il semble que ces considérations ne doivent pas être abandonnées au choix exclusif de la profession médicale dans les cas où le milieu entre en ligne de compte.

La Pologne s'est efforcée de faire la synthèse des deux systèmes. Compte tenu du fait que la présentation d'une demande à une commission, qui implique un délai, encourage le recours à l'avortement illicite, la loi autorise la délivrance, par un seul médecin, d'un certificat attestant que l'avortement peut-être pratiqué (bien que ce

médecin ne soit pas appelé à opérer lui-même). Si le médecin refuse le certificat, l'intéressée peut faire appel à une commission médicale.

Il convient également de mentionner que la plupart des lois imposent un délai, le plus communément de trois mois, au-delà duquel ne peut être pratiqué un avortement fondé sur des motifs qui ne sont pas strictement médicaux. La plupart du temps, ce délai peut être prolongé si la poursuite de la grossesse doit sérieusement menacer la vie de la mère.

INSTALLATIONS ET MÉDECINS

Lorsque la loi permet l'avortement, elle l'assujettit à diverses précautions. La Hongrie, le Royaume-Uni, la Tunisie et Singapour donnent des exemples de nombreux pays où l'opération doit être pratiquée dans un hôpital agréé ou expressément désigné ou dans un local agréé. Dans l'État de New York, peu après l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'avortement, en juillet 1970, les avortements étaient pratiqués dans le cabinet du médecin ou dans de petites cliniques. Cependant, de nouveaux règlements municipaux qui ont pris effet en octobre 1970 ont pratiquement mis un terme à la pratique de ces opérations dans la ville de New York en exigeant des installations que l'on trouve rarement en dehors des hôpitaux et des grandes cliniques³².

Les dispositions exigeant que l'opération soit pratiquée par un médecin et que la femme soit hospitalisée dans un établissement doté de personnel voulu — qui sont courantes dans la législation de l'Europe orientale — ont éliminé la plupart des risques dans le cas des avortements licites. Cependant, bien des femmes cherchent encore à recourir à l'avortement illicite, soit qu'elles répugnent à se présenter devant un conseil ou une commission, soit que des demandes antérieures aient été rejetées ou encore que le délai légal soit expiré.

Stérilisation

INTRODUCTION

La stérilisation fait partie du programme démographique d'un certain nombre de pays. Les cultures islamiques la rejettent

³² Voir la note 5.

pour le moment mais elle est répandue dans les collectivités non musulmanes d'Asie. Les problèmes juridiques ont trait à l'incertitude quant aux motifs qui peuvent justifier la stérilisation.

MOTIFS

Aux États-Unis, vingt-huit États ont des lois sur la stérilisation. Dans vingt-six d'entre eux, la loi autorise la stérilisation obligatoire des malades mentaux internés dans les institutions d'État; cependant, cinq États seulement autorisent la stérilisation volontaire pour des motifs thérapeutiques ou socio-économiques. La législation des pays scandinaves autorise en général la stérilisation volontaire. En Suède, par exemple, le Conseil national de la santé et des services sociaux peut l'autoriser pour des motifs médicaux, eugéniques ou sociaux. Il y a lieu de noter que la stérilisation d'une femme peut être autorisée en raison de sa faiblesse physique alors qu'une demande de son mari en vue de subir la stérilisation en raison de la santé de sa femme sera rejetée.

Les pays de l'Europe de l'Est n'ont pas en général de lois sur la stérilisation, à l'exception de la Tchécoslovaquie où la stérilisation peut être autorisée, avec le consentement du patient, pour des motifs médicaux ou eugéniques. En Inde, la position de la loi à l'égard de la stérilisation est mal définie, bien qu'un très grand nombre de personnes aient volontairement subi l'opération. Au Japon, les motifs permettant la stérilisation avec le consentement de l'intéressé, sous réserve aussi du consentement de son conjoint (terme qui désigne aussi la personne jouissant en fait du statut matrimonial même si elle n'est pas légalement mariée), comprennent la psychopathie héréditaire; la maladie ou la malformation physiques; la maladie mentale de l'intéressé, de son conjoint ou d'un parent consanguin de l'un des deux; la lèpre si elle peut être transmise; la possibilité que la conception ou l'accouchement mettent en danger la vie de la mère; enfin, la santé déclinante de la mère qui a déjà mis au monde plusieurs enfants et dont l'état semble gravement affecté par chaque accouchement.

PROCÉDURE

Rares sont les pays ayant établi une procédure spéciale relative à la stérilisation.

Au Japon, toutefois, la loi de protection eugénique prévoit la possibilité de pratiquer la stérilisation obligatoire lorsque l'opération est faite dans l'intérêt de la collectivité, sous réserve d'une enquête par la Commission de protection eugénique. La loi prévoit des garanties qui permettent à l'intéressé, à son conjoint, à son père, sa mère ou son tuteur, si l'un d'eux fait objection à la décision, de présenter dans les deux semaines à la Commission centrale de protection eugénique une demande de révision du cas. En l'absence d'objections ou lorsque le tribunal a pris une décision finale et sans appel, le médecin désigné pratique l'opération.

En Tchécoslovaquie, une demande de stérilisation doit être présentée par écrit par l'intéressé (ou par le médecin avec son consentement) au président d'un conseil spécial nommé par le directeur de l'Institut de santé publique du district. Ce conseil se compose du directeur de l'hôpital ou de la polyclinique, du médecin qui en dirige le service gynécologique ou urologique, et d'un médecin spécialiste du domaine médical dont relève l'indication ou la contre-indication de la stérilisation. La demande est suivie d'un examen médical, puis un expert donne son opinion ainsi que, lorsque la demande est motivée par des raisons génétiques, un comité consultatif de la génétique. Si la demande est rejetée, l'intéressé peut faire appel à des autorités médicales supérieures.

Incidences sur la fécondité

La question primordiale qui se pose lorsqu'on examine les lois relatives au contrôle des naissances est celle de savoir si l'on peut dégager un rapport de cause à effet entre les lois en question et la fécondité. Cette question fait partie d'un domaine plus vaste, à savoir l'étude des politiques qui sont à l'origine des diverses lois sur le contrôle des naissances. En effet, les lois définissant les circonstances dans lesquelles une grossesse peut être prévenue ou interrompue ont été adoptées ou modifiées pour des raisons d'eugénisme, de santé et de religion, aussi bien qu'en vue d'influencer les tendances démographiques; et l'évolution de la législation du Japon et des pays d'Europe de l'Est semble indiquer qu'il est souhaitable que la libéralisation des lois sur l'avortement s'accompagne d'une législation visant à encourager la prévention

de la conception, de manière que l'avortement soit réservé aux cas médicaux, eugéniques et humanitaires ou aux cas d'échec de la contraception.

En ce qui concerne les lois qui limitent la diffusion du matériel contraceptif, il convient de noter que le facteur qui influence directement la fécondité est l'emploi de ce matériel plutôt que la possibilité de se le procurer. Le fait que le désir de limiter le nombre des naissances soit un facteur plus important que la possibilité de se procurer du matériel contraceptif semble se dégager de la constatation que le déclin du taux de natalité précède dans certains cas la libéralisation des lois relatives à la contraception, bien qu'il suive généralement celle des lois relatives à l'avortement.

S'il importe de libéraliser la loi pour la rapprocher de la pratique, c'est principalement en raison de la discrimination que l'écart peut entraîner entre les riches et les pauvres. Ceux qui en ont les moyens peuvent généralement, par exemple, acheter du matériel contraceptif par un moyen personnel, même si la législation en vigueur est théoriquement opposée à la contraception; mais l'État ou les autorités locales ne peuvent se donner un démenti en distribuant du matériel contraceptif à ceux qui n'ont pas les moyens de l'acheter et ils ne peuvent non plus mettre en pratique de grands programmes de promotion du contrôle des naissances tant que les lois l'interdisant demeurent inscrites dans les statuts.

Si l'on veut évaluer le rapport entre la législation sur l'avortement et le taux de natalité, la situation des pays d'Europe de l'Est et du Japon donne certaines indications. Tout d'abord, si les modifications des lois sur l'avortement n'ont pas éliminé la pratique de l'avortement illicite, elles ont toujours été suivies de modifications du taux de natalité. Cependant, on ne doit pas ignorer les autres facteurs possibles du déclin de ce taux, tels que les motivations économiques et la diffusion plus large des connaissances en matière de contraception et du matériel nécessaire.

Les cas les plus significatifs sont ceux où la libéralisation a été suivie d'un retour en arrière. En Union soviétique, après que l'avortement ait été rendu illicite en 1936, le taux de natalité est monté bien au-dessus du niveau de 1935 jusqu'au déclenchement de la Deuxième Guerre mondiale. La loi

en vigueur légalisant l'avortement en Union soviétique a été adoptée en 1955 lorsqu'on a reconnu qu'un grand nombre d'avortements illicites étaient pratiqués et que, fondamentalement, les femmes devaient avoir le droit de décider du nombre de leurs enfants et de recourir à l'avortement en cas d'échec des autres méthodes. Des dispositions analogues ont été adoptées dans les années 1950 par les autres États d'Europe de l'Est à l'exception de l'Albanie et de la République démocratique allemande où l'avortement n'a été autorisé que pour des raisons médicales. Au début des années 1960, les taux de natalité avaient sensiblement décliné dans tous les pays d'Europe de l'Est, sauf en Albanie et dans la République démocratique allemande, où le déclin était beaucoup plus faible pour la même période.

L'indice le plus récent du rapport de cause à effet entre la législation de l'avortement et le taux de natalité est celui que nous fournit l'abrogation en 1966 de la loi autorisant l'avortement en Roumanie. L'abrogation a été suivie d'un bond immédiat du taux de natalité.

La stérilisation n'est guère susceptible d'influencer la fécondité lorsque la loi limite sa pratique aux cas fondés sur les seuls motifs eugéniques ou lorsque de puissants tabous religieux et culturels s'opposent à son emploi. C'est d'ailleurs aussi le cas pour l'avortement. Cependant, on y a plus souvent recours qu'à la stérilisation car, bien qu'il soit préférable de prévenir que de guérir, la grossesse est un fait accompli dont l'interruption constitue la dernière chance d'éviter la naissance d'un bébé non désiré; la stérilisation, par contre, requiert beaucoup de prévoyance puisque les grossesses à prévenir ne sont que des éventualités.

Au Japon, les statistiques indiquent une hausse rapide du nombre des stérilisations après que la loi de 1948 sur la protection eugénique eut augmenté le nombre des motifs justifiant l'opération.

Dans un certain nombre de pays d'Asie, la stérilisation fait partie des programmes de planning familial. Certains de ces pays offrent des avantages financiers ou matériels pour en encourager la pratique. Il est cependant difficile d'évaluer l'effet de ces programmes sur la structure de la population.

FACTEURS SOCIAUX

Allocations familiales

Après la crise des années 1930, de nombreux États ont assumé dans une plus large mesure la responsabilité du bien-être économique et social de leur peuple et les plans d'allocations familiales se sont répandus partout après la guerre. Les États-Unis et le Japon sont aujourd'hui les deux seules nations industrialisées qui ne disposent pas d'un régime général d'allocations familiales.

Les conditions à remplir pour bénéficier d'une allocation familiale sont la plupart du temps déterminées par l'âge et le rang de naissance de l'enfant. C'est ainsi que, dans certains pays, les versements ne commencent qu'à la naissance du deuxième ou du troisième enfant et que quelques pays ont fixé une limite au nombre des enfants au titre desquels les allocations sont versées à chaque famille. Dans certains pays, le montant de l'allocation varie à mesure que les enfants grandissent ou que leur nombre s'accroît, ou encore des allocations supplémentaires sont accordées tant que les enfants fréquentent l'école. Dans certains pays encore, le régime des allocations familiales est lié à l'emploi, par le prélèvement sur les salaires, qui peut éventuellement faire baisser les salaires ou monter les prix. Si les primes au mariage peuvent être considérées comme des allocations familiales, nous pouvons aussi mentionner ici les dons purs et simples qui sont accordés au Portugal à l'occasion du mariage ou les prêts sans intérêt consentis en Espagne, dont le montant augmente si l'épouse abandonne son emploi et dont la naissance de chaque enfant annule une partie du remboursement. En raison de la grande diversité des systèmes qui peuvent être adoptés, il est statistiquement difficile d'établir des comparaisons utiles entre les allocations versées et leur influence sur la dimension des familles.

Une étude comparative des taux de natalité en Suède et en Norvège après la dernière guerre montre que les données recueillies en Suède « n'excluent pas la possibilité que les allocations familiales aient eu un certain effet (positif) sur la fécondité des jeunes couples ». Cet effet n'apparaissait pas en Norvège où les versements ne commencent qu'avec le deuxième enfant et ne s'inscrivent pas, comme en Suède, dans un

programme complet de protection de la famille³³.

On peut cependant considérer, sans crainte de se tromper, que l'incidence des allocations familiales sur la fécondité dépend en grande partie du montant des versements par enfant. Lorsqu'il dépasse ou approche les dépenses qu'il en coûte aux parents pour mettre un enfant au monde, l'élever et l'éduquer, les allocations peuvent stimuler la fécondité, comme il semble que ce soit le cas dans la France d'après-guerre, et en particulier augmenter la fréquence des naissances de deuxième et troisième rangs. Par contre, si le montant du versement n'est que nominal, la relation causale entre les allocations familiales et la fécondité n'est, au mieux, que bien ténue, comme cela semble être le cas dans la plupart des pays en voie de développement.

La Belgique consacrant, depuis 1963, 3,01 % de son revenu national au versement des allocations familiales — c'est-à-dire le pourcentage le plus élevé après celui de la France — soit une dépense totale de 16 607 millions de francs belges, il peut être intéressant d'examiner en détail le régime belge des allocations familiales³⁴. L'octroi de ces allocations est motivé à la fois par un souci de justice sociale et par un désir d'expansion démographique. Au point de vue social, il s'agit d'assurer à chaque famille des ressources proportionnelles à ses charges réelles.

Le régime des allocations familiales est organisé comme suit : quiconque, en Belgique, emploie un ou plusieurs salariés doit être affilié à une caisse de compensation, libre ou spéciale, ou à l'Office national des allocations familiales pour les travailleurs salariés (O.N.A.F.T.S.). Tous les employeurs versent donc une cotisation à l'une de ces organisations. La cotisation est la même pour chaque salarié quelle que soit sa situation matrimoniale ou familiale. Ces organisations répartissent ensuite les sommes qu'elles encaissent sous forme d'allocations familiales aux personnes remplissant les conditions requises.

Le bénéficiaire (c'est-à-dire la mère ou

³³ H. Gille, « Scandinavian Family Allowances : Demographic Aspects », *Eugenics Quarterly*, 1 (3) : 188-189, 1954; *Mesures*, O.N.U., p. 38.

³⁴ Voir la note 19.

la personne qui élève l'enfant) reçoit ainsi chaque mois :

	<i>Francs</i>
1° Pour le premier enfant	594
2° Pour le deuxième enfant	957
3° Pour le troisième enfant et chaque enfant qui suit	1 375

Les tarifs augmentent avec l'âge de l'enfant :

	<i>Francs</i>
1° De 6 à 10 ans	130
2° De 10 à 14 ans	228,75
3° Au-dessus de 14 ans	340,50

Pour qu'un enfant âgé de plus de 14 ans donne droit aux allocations, il faut prouver qu'il s'agit d'un étudiant, d'un apprenti, d'une jeune ménagère remplaçant une mère infirme ou que l'enfant est incapable de travailler. L'enfant bénéficie alors d'allocations jusqu'à, respectivement, 25 ans, 21 ans, 21 ans et, dans le dernier cas, sans limite d'âge.

Il existe aussi un régime d'allocations familiales pour les travailleurs indépendants. Ceux-ci versent une cotisation annuelle à une Caisse mutuelle d'allocations familiales ou à l'Office national des allocations familiales pour les travailleurs indépendants (O.N.A.F.T.I.). Ces organisations versent à ceux de leurs membres qui ont des enfants les allocations mensuelles suivantes :

	<i>Francs</i>
1° Pour le premier enfant	202
2° Pour le deuxième enfant	273
3° Pour le troisième enfant et chaque enfant qui suit	1 375

Les allocations familiales des fonctionnaires sont celles des travailleurs salariés, augmentées des suppléments ci-après :

	<i>Francs</i>
1° Premier enfant	144
2° Deuxième enfant	144
3° Troisième enfant	149
4° Quatrième enfant	179
5° Cinquième enfant et chaque enfant qui suit	190

La Tchécoslovaquie fournit un autre exemple du fonctionnement du régime d'allocations familiales. Représentant 2,57 %

du revenu national de 172 900 millions de couronnes, soit, en 1963, un budget total de 4 443 millions, les allocations familiales tchécoslovaques sont versées sous forme de supplément uniforme au revenu ou à la retraite du chef de famille pour les enfants d'âge scolaire ou poursuivant des études universitaires jusqu'à l'âge de 26 ans, à condition qu'ils soient inscrits dans une université et ne disposent pas d'un revenu personnel supérieur à 500 couronnes par mois.

Jusqu'à la naissance du quatrième enfant, les allocations sont calculées d'après un barème progressif : 90 couronnes par mois pour un enfant, 330 pour deux, 680 pour trois et 1 030 pour quatre. Au-delà, le versement mensuel est uniformément de 240 couronnes pour chaque nouvel enfant.

La réduction des loyers dans les logements de l'État constitue une autre forme d'allocation familiale; elle est de 5 % pour un enfant, 15 % pour deux, 30 % pour trois et 50 % au maximum pour quatre enfants ou plus. En outre, l'État accorde des formes indirectes d'allocations familiales en subventionnant les fabricants de vêtements pour enfants, qui vendent au-dessous du prix de revient, en distribuant gratuitement les manuels et fournitures scolaires et en assurant la gratuité des repas dans les écoles. Bien que les bourses d'études soient avant tout destinées à assurer la formation de cadres, de spécialistes et d'ouvriers spécialisés, leur octroi prend le caractère d'une mesure démographique lorsqu'il est déterminé en tenant particulièrement compte de la situation matérielle et sociale des candidats³⁵.

Prestations de maternité

En dehors des quelques pays qui vont jusqu'à décerner des prix aux mères prolifiques, plusieurs pays versent, dans le cadre de leur programme d'allocations familiales, des allocations prénatales ou des primes à la naissance. Un grand nombre de pays ont aussi établi des plans d'assurance-maternité, parfois liés à l'emploi; et la législation du travail oblige souvent les femmes salariées à s'y affilier.

Ces dispositions visent à minimiser le rapport négatif définitivement établi entre l'emploi féminin et la fécondité. Certaines

³⁵ Grzybowski, *op. cit.* dans la note 23.

prestations, telles que le congé payé de maternité, peuvent parfois entraver le succès d'un programme de planning familial, comme cela s'est produit en Inde dans la région de Kerala. Deux États de l'Inde (le Mysore et l'Uttar Pradesh) ont alors limité la durée du congé de maternité que les planteurs de thé sont autorisés à accorder à leurs employées pour la naissance de leurs trois premiers enfants.

Les prestations de maternité pouvant être assimilées aux allocations familiales, il semble approprié de reprendre l'exemple de la Belgique et de la Tchécoslovaquie. La législation belge prévoit des prestations de maternité importantes, qui représentent pour beaucoup de travailleuses, dans le cas du premier enfant, un montant presque équivalent à leur salaire mensuel. Ces prestations sont versées aux salariées par la Caisse de compensation ou par l'État. Pour les travailleuses indépendantes, elles sont versées par la même organisation que les allocations familiales.

Le barème des prestations est dégressif. La mère (ou la personne qui élève l'enfant) reçoit :

	<i>Francs</i>
1° Pour le premier enfant	8 841
2° Pour le deuxième enfant	6 097
3° Pour le troisième enfant et chaque enfant qui suit	3 281

Ces prestations sont octroyées « à la naissance de tout enfant » qui remplit les conditions requises pour bénéficier des allocations familiales. Leur versement peut être demandé après six mois de grossesse, quel que soit le nombre des naissances antérieures.

En Tchécoslovaquie, la durée du congé de maternité accordé aux travailleuses dépend de leur statut matrimonial, du nombre de leurs enfants et de leur ancienneté. Pendant le congé, elles reçoivent une partie de leur salaire moyen, selon un tarif dégressif.

La comparaison entre la loi n° 88 du 27 juin 1968 et la loi du 2 mars 1964 donne une idée de l'évolution de la politique démographique de la Tchécoslovaquie. La loi de 1964 fixait le congé de maternité pour les employées des institutions publiques à 22 semaines pour chaque grossesse. Les femmes célibataires — non mariées, divorcées, veuves ou abandonnées — avaient droit à 26 semaines de congé payé et les mères de deux ou plusieurs enfants à 35 se-

maines de congé. Le salaire versé pendant les 18 premières semaines du congé représentait 75 % du salaire moyen de la femme si elle était employée depuis moins de deux ans et 80 % si son ancienneté dépassait deux ans. Au-delà, les versements tombaient à 40 % du salaire moyen. Toutefois, ils demeuraient à 50 % pour les mères d'un enfant et à 50 % pour les mères de deux enfants. Les femmes célibataires avaient droit à 75 % de leur salaire pendant tout le reste de leur congé de maternité.

La loi de 1968 a porté la durée de base du congé de maternité de 24 à 26 semaines et institué de nouvelles prestations. Si la femme salariée est transférée du fait de sa grossesse dans un poste moins bien payé, elle a droit à une allocation correspondant à la différence de salaire, dont elle continue de bénéficier après son congé de maternité si elle ne peut pas reprendre son poste antérieur. La même allocation est consentie à une femme enceinte ou qui vient d'avoir un enfant si elle est incapable, avant ou après l'accouchement, d'accomplir les heures supplémentaires qu'elle avait l'habitude de fournir.

Le barème des salaires pendant le congé de maternité a été relevé : le taux de base est fixé à 90 % du salaire moyen, jusqu'à concurrence de 600 couronnes par semaine, pendant 26 semaines. Le congé payé peut être porté à 35 semaines si la femme élève deux autres enfants ou est célibataire. En outre, une prime de 1 000 couronnes est versée à la naissance de chaque enfant.

La politique nataliste se manifeste également par l'abaissement de l'âge de la retraite pour les travailleuses. Alors qu'il est de 57 ans pour les femmes sans enfants, il peut, pour les mères, être abaissé progressivement jusqu'à 53 ans selon le nombre de leurs enfants.

Imposition du revenu

Presque tous les pays accordent des dégrèvements d'impôt sur le revenu à ceux qui ont charge de famille, de manière à alléger la charge financière résultant de leurs dépenses supplémentaires. Ces dégrèvements ont le même but que les allocations familiales. Parfois, comme en Union soviétique et en Roumanie, les célibataires et les couples sans enfants sont frappés d'un impôt spécial. En Inde, un impôt de cette nature sur les célibataires a été aboli

par la loi de finance de 1965³⁶; cependant la loi a maintenu l'exonération d'impôt pour les couples mariés ayant deux ou plusieurs enfants à leur charge et un revenu inférieur à un montant déterminé.

En ce qui concerne les effets d'une fiscalité accordant des dégrèvements aux familles avec enfants, on aurait tort de penser qu'ils sont directement comparables aux effets des allocations familiales. Les exonérations fiscales constituent un supplément moins sensible aux ressources de la famille et, surtout, dans la plupart des pays en voie de développement, le revenu imposable minimal est déjà bien au-dessus du revenu moyen *per capita*, ce qui limite le bénéfice de l'exonération fiscale à une petite partie de la population. De plus, un système effectif d'exonérations fiscales doit *a priori* se fonder sur un régime effectif d'impôt sur le revenu, qui n'est pas toujours en place.

En raison de l'analogie entre les exonérations fiscales et les allocations familiales, il n'est pas inutile d'en comparer les taux. Voici les dispositions législatives de la Belgique qui complètent la législation des allocations familiales et des prestations de maternité décrite plus haut :

L'article 77 de la loi relative à l'impôt sur le revenu stipule que pour le contribuable dont le revenu imposable ne dépasse pas 160 000 F, l'impôt est fixé, selon un barème établi par le Roi, à un montant allant de 300 à 28 300 F; sur ce montant, il bénéficie d'un dégrèvement pour personnes à charge au moins égal au dégrèvement prévu au paragraphe 1 de l'article 81.

L'article 79 prévoit que l'impôt n'est dû qu'à partir d'un revenu imposable de 26 000 F pour un contribuable sans personnes à charge, 31 000 F pour un contribuable ayant une personne à charge; 36 000 F pour un contribuable qui en a deux, 41 000 F pour un contribuable qui en a trois, 61 000 F pour un contribuable qui en a quatre et 61 000 F plus 30 000 F par personne à charge au-delà de la quatrième pour les contribuables qui ont plus de quatre personnes à charge.

L'article 81 prévoit au § 1 que, sur l'impôt calculé conformément à l'article 78, le contribuable bénéficie d'un dégrèvement de 5 % s'il a une personne à charge, 10 % s'il

en a deux, 20 % s'il en a trois, 30 % s'il en a quatre, 50 % s'il en a cinq, 70 % s'il en a six, 90 % s'il en a sept et 100 % s'il en a huit ou plus.

Le § 2 du même article prévoit qu'aucun dégrèvement n'est accordé sur la part du revenu imposable qui excède 250 000 F plus 25 000 F par personne à charge au-delà de quatre. L'impôt est calculé au taux fixé pour la part des revenus imposables qui dépassent ce montant.

Instruction et travail des enfants

De toutes les mesures de réforme sociale qui influencent la famille, les lois relatives à l'instruction obligatoire et celles qui concernent le travail des enfants sont sans doute parmi les plus importantes. Les deux législations sont liées de près car, sans lois sur l'instruction obligatoire, il est plus difficile de justifier la fixation d'un âge minimal d'emploi et moins aisé d'en assurer le respect; de même, en l'absence d'un âge minimal d'emploi, la tentation des parents de passer outre aux lois sur l'instruction obligatoire est renforcée par leur désir de mettre à profit le plus tôt possible la capacité de gain de leurs enfants.

La plupart des pays ont aujourd'hui adopté des lois sur l'instruction obligatoire, sans d'ailleurs que cela donne l'assurance que tous les enfants de l'âge prescrit fréquentent l'école. Les statistiques réunies par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) font ressortir un écart sensible entre la loi et la pratique.

Bien que les conventions de l'Organisation internationale du Travail (OIT) sur l'âge minimal d'emploi n'aient pas été ratifiées par un très grand nombre d'États (notamment en ce qui concerne l'emploi non industriel), le principe de l'interdiction du travail des enfants est aujourd'hui presque universellement reconnu. Cependant là encore, les difficultés d'application de la loi et la facilité de l'enfreindre entraînent des violations nombreuses et importantes de ce principe. L'évaluation de l'incidence précise de la législation sur la fécondité n'en est que plus compliquée. Si l'âge minimal d'emploi des enfants correspond à l'âge maximal de l'instruction obligatoire, la stricte application de la loi devrait, sans nul doute, exercer une incidence négative sur la fécondité. La fréquentation de l'école

³⁶ Voir B.L. Raina, « Effets possibles de la politique officielle sur la fécondité en Inde », dans la publication des Nations-Unies, *Congrès mondial de la population*, 1965, vol. II, p. 107.

par les enfants non seulement priverait les parents d'une source de revenu mais encore leur imposerait des dépenses telles que l'achat de fournitures scolaires, d'uniformes, et les frais de transport.

Condition de la femme

La condition de la femme subit une évolution de plus en plus prononcée dans un sens susceptible d'affecter considérablement les niveaux de fécondité. La tendance à reconnaître l'égalité complète des droits de l'homme et de la femme est consacrée dans le préambule à la Charte des Nations-Unies. S'il est difficile aux États de modifier directement la condition de la femme, ils peuvent l'améliorer peu à peu en assurant son égalité avec l'homme devant la loi et en renforçant l'égalité d'accès à l'enseignement et à l'emploi.

Néanmoins, des garanties comme celles qui sont énoncées dans la Déclaration des Nations-Unies sur l'élimination de la discrimination contre les femmes, adoptée en 1967, ainsi que dans la Constitution des États n'ont guère d'effet si elles ne sont pas renforcées par les mesures pratiques et les installations nécessaires. L'Union soviétique et les pays d'Europe de l'Est offrent les meilleurs exemples de progrès en ce sens. Beaucoup de pays peu développés ont reconnu le principe mais trouvent des difficultés à l'appliquer; c'est ainsi, par exemple, que la plupart des pays arabes ont adopté des lois et des décrets assurant l'égalité d'accès à l'instruction pour les garçons et les filles, mais que le nombre des établissements destinés aux filles commence seulement à augmenter.

Le lien de ces législations avec la fécondité de la population réside dans le rôle accru de la femme en dehors du foyer. L'amélioration de l'accès à l'instruction retarde l'âge du mariage et celle de l'accès des femmes à l'emploi semble diminuer le nombre des enfants souhaités par la famille.

Le Deuxième Plan quinquennal du Pakistan résume l'importance de la législation sur la condition de la femme :

Les femmes instruites peuvent plus facilement comprendre les possibilités de la planification familiale; les femmes qui ont un emploi lucratif sont enclines à se marier plus tard et à avoir un moins grand nombre d'enfants. Le désir d'avoir moins d'enfants et une vie plus facile importe davantage

que la diffusion plus large de la connaissance des moyens de contraception³⁷.

Age au mariage

Il est hors de doute que le nombre des enfants résultant d'un mariage est lié à l'âge des parents au mariage. Une enquête effectuée peu après 1950 en Inde a montré que les femmes qui se mariaient entre 14 et 17 ans donnaient naissance à 5,9 enfants, alors que celles qui se mariaient entre 18 et 21 ans ne donnaient naissance qu'à 4,7 enfants³⁸. Une autre étude sur l'Inde a donné un résultat essentiellement analogue, hormis quelques détails³⁹.

Bien qu'en général l'âge minimal légal au mariage soit plus élevé dans les pays développés que dans les pays peu développés, il y a lieu de noter quelques exceptions intéressantes. En Irlande, par exemple, l'âge minimal est de 12 ans pour les filles et de 14 ans pour les garçons, alors qu'en Éthiopie et au Pérou il est de 18 ans pour les filles et, respectivement, de 18 et 21 ans pour les hommes.

Au cours des dernières années, plusieurs pays ont élevé l'âge minimal au mariage et plusieurs autres étudient des propositions en ce sens. Cependant, les propositions tendant à élever l'âge minimal afin de réduire le taux de natalité sont négligeables tant que la loi n'entre pas en vigueur, comme c'est le cas en Inde. Par ailleurs, le fait d'élever l'âge minimal n'aurait pas d'influence appréciable dans les pays où une partie considérable de la population se marie à un âge plus tardif que celui fixé par la loi.

La République populaire de Chine (R.P.C.) donne peut-être le meilleur exemple de la pression considérable qu'un État peut exercer sur ses citoyens pour qu'ils retardent leur mariage. Les traditions chinoises favorisent le mariage précoce et l'institution de la femme-enfant et même

³⁷ État pakistanais, Deuxième Plan quinquennal (1960-1965) (Karachi 1960), p. 334-335, citation reprise dans *Mesures*, O.N.U., *op. cit.*, p. 65.

³⁸ *The Mysore Population Study*. Projet réalisé en coopération par l'O.N.U. et le Gouvernement indien (Publication des Nations-Unies, n° de vente : 61.XII.3), p. 119, cité dans *Mesures*, O.N.U., *ibid.*, p. 83.

³⁹ S.N. Agarwala, « Conséquences du relèvement de l'âge au mariage parmi les femmes sur le taux de natalité en Inde », mémoire résumé dans la publication des Nations-Unies, *Congrès mondial de la population*, 1963, vol. II, p. 176.

de la femme-bébé remonte à bien des siècles. La pratique de la contraception était contraire à la tradition chinoise, le principal instrument de contrôle des naissances pour la R.P.C. est le retard du mariage. En 1950, dès son accession au pouvoir, le gouvernement a porté l'âge minimal au mariage de 18 à 20 ans pour les hommes et de 16 à 18 ans pour les femmes. Des propositions ont été formulées en 1956 pour un nouveau relèvement de l'âge minimal, jusqu'à 23 ans pour les hommes et 20 ans pour les femmes, mais elles n'ont pas été adoptées. Par contre, l'attention du public a été attirée sur les effets nuisibles — physiques, économiques et éducatifs — que pouvait entraîner le mariage précoce. Depuis 1962, le gouvernement a intensifié la campagne en faveur du retard du mariage, essayant de persuader les hommes et les femmes de ne pas se marier avant l'âge de 28 et 25 ans, respectivement. La pression s'est exercée dans de nombreux domaines. C'est ainsi que les étudiants s'exposent à un renvoi immédiat s'ils se marient avant d'avoir obtenu leur diplôme; les cadres du parti sont tout particulièrement requis de se conformer au minimum souhaité par le gouvernement. Dans les communes, les hommes qui n'ont pas atteint 30 ans et les femmes au-dessous de 25 ans se voient souvent refuser l'autorisation de mariage, non pas pour des raisons juridiques mais au moyen de retard des autorités qui, par exemple, soumettent les candidats à des séances répétées de discussion visant à leur faire changer d'avis et, faute d'y réussir, insistent pour référer la demande à des autorités supérieures. Le refus de l'autorisation prive le couple et ses enfants nés hors du mariage des rations dont bénéficient les couples légalement mariés et leurs enfants.

Dans certains cas, ceux qui répondent à l'appel du gouvernement en faveur du mariage tardif sont publiquement félicités et cités partout en exemple, comme cette ouvrière d'une brigade de production de la province du Hunan qui a six fois reculé son mariage entre 1956 et 1966, et l'ouvrière des textiles qui a refusé de se marier avant l'âge de 33 ans.

Dans l'ensemble, la campagne en faveur du mariage tardif a eu plus d'influence auprès des ouvriers que des paysans, qui demeurent plus près des traditions et moins sensibles à la propagande de l'État. D'après une estimation, 2 400 000 femmes au total auraient répondu en 1965 à l'appel en faveur

du mariage tardif en retardant leur mariage de un à sept ans⁴⁰.

Divorce et remariage

Il n'y a pas de droit universel au divorce, qui est formellement interdit dans beaucoup de pays où le catholicisme domine. Dans les pays où il est possible, le divorce exige souvent une décision judiciaire fondée sur des motifs tels que l'adultère, l'abandon, l'emprisonnement ou la cruauté. La législation de l'Union soviétique, qui autorisait antérieurement le divorce par consentement mutuel ou à la demande d'un seul des deux époux, a été modifiée en 1944 pour n'autoriser le divorce que par décision des tribunaux. Cette réforme a eu, dans l'ensemble, pour effet de rendre plus strictes les responsabilités financières des époux et des parents à l'égard de leur famille, mais uniquement dans le cas des mariages légaux⁴¹.

Sensiblement différentes sont les lois des pays musulmans qui, conformément à la tradition, autorisent le mari à divorcer sans l'intervention d'un juge et sans fournir de motifs, et qui n'autorisent la femme à divorcer que sur décision d'un tribunal ou en vertu d'une disposition spéciale du contrat de mariage.

La première dans le monde musulman, la Tunisie a placé l'homme et la femme sur un pied d'égalité dans la réforme de la législation du divorce qu'elle a effectuée en 1956⁴². Cette réforme a aboli le droit unilatéral du mari de mettre fin au mariage — droit sanctionné par la tradition musulmane. Le divorce ne peut plus aujourd'hui être accordé que par un tribunal, sur la base du consentement mutuel, ou à la demande de l'un des époux, le tribunal fixant les dommages ou indemnités dus à l'autre époux. Le divorce ne peut être prononcé qu'après une tentative de conciliation de la part du président du tribunal ou de son représentant et après qu'un délai donné se soit écoulé sans réconciliation. Des règlements détaillés ont également été adoptés

⁴⁰ Huang, *op. cit.*, p. 130.

⁴¹ Grzybowski, « Soviet Union », dans *Population and Law*, *op. cit.*

⁴² Code du statut personnel, décret du 13 août 1956 (6 Moharrem 1376) (Journal officiel de la Tunisie du 28 décembre 1956, p. 1742); République tunisienne, Secrétariat d'État à la Justice, *État et capacité des personnes* (1955).

pour la pension alimentaire et la garde des enfants⁴³.

L'incidence sur la fécondité des lois relatives au divorce peut dépendre de la rigueur de leur application ainsi que des usages et de la situation économique et sociale. Pour ainsi dire presque toutes les lois autorisent aujourd'hui le remariage lorsqu'un décès ou un divorce a mis fin au mariage (bien qu'en Inde, un siècle après qu'il ait été autorisé par la loi, le remariage des veuves demeure très rare en raison de la puissance de la tradition). Le divorce peut donc contribuer à augmenter le nombre des naissances en remplaçant des mariages sans enfants par des mariages susceptibles d'en produire. Par contre, la légalisation du divorce peut, tout en incitant au mariage, en diminuer les perspectives de stabilité et dissuader ainsi les couples d'avoir des enfants.

Polygamie

Alors que la polygamie est pratiquement autorisée dans presque toute la vaste portion de la population mondiale qui embrasse la foi islamique, ce n'est pas cette coutume mais plutôt la croyance musulmane traditionnelle que le célibat est anormal pour les hommes et pratiquement inconcevable pour les femmes qui favorise la fécondité parmi les peuples musulmans. Plusieurs études comparant la fécondité des mariages monogames et polygames ont abouti à la conclusion que les mariages polygames étaient moins féconds; par contre, la fécondité générale d'une société polygame peut être plus élevée du fait qu'un plus grand nombre de femmes se trouvent mariées au même moment⁴⁴.

La polygamie n'est pas sans restrictions dans la loi islamique, puisque les hommes qui contractent plusieurs mariages sont tenus de traiter toutes leurs épouses de manière égale ou de renoncer au privilège de la polygamie. Se fondant sur l'impossibilité de l'égalité de traitement, le gouvernement tunisien a aboli la polygamie en 1956.

Même lorsque la législation autorise encore la polygamie, elle a tendance à imposer des restrictions croissantes à sa pratique. La section 6 de l'Ordonnance pakistanaise

de 1961 sur le droit familial musulman stipule, par exemple :

1° Un homme, tant que son mariage subsiste, ne peut, sans l'autorisation écrite préalable du Conseil d'arbitrage [conseil composé d'un représentant de l'épouse et d'un représentant de l'époux, sous la présidence du président du Conseil de l'Union], contracter un autre mariage et ledit mariage, contracté sans ladite autorisation, ne peut être enregistré aux termes de la présente Ordonnance⁴⁵.

Dans la République arabe unie, la pratique de la polygamie est limitée à des cas spéciaux, par exemple lorsque la première femme a une maladie chronique ou incurable, dont le mari doit fournir la preuve au tribunal. L'État a également instauré la carte d'identité familiale qui indique le statut matrimonial de son titulaire. Ces cartes étant exigées pour la délivrance d'autorisations de mariage, elles permettent d'éviter les mariages polygames contractés en fraude⁴⁶. Le nombre des mariages polygames dans la République arabe unie n'excède pas en tous cas 3 % du nombre total des mariages⁴⁷.

Programmes de sécurité sociale

Les programmes de sécurité sociale visent à garantir contre la privation de revenu due à la vieillesse et à la cessation d'activité, au chômage, à une maladie temporaire ou à une longue maladie. Puisqu'au paravant, il incombait à la famille de l'intéressé d'assurer elle-même la protection contre de telles situations, l'octroi d'un soutien de l'État peut avoir une influence directe sur la dimension de la famille.

Presque tous les pays prêtent aujourd'hui quelque assistance aux personnes âgées, bien que, dans un certain nombre d'entre eux, cette assistance soit limitée aux anciens fonctionnaires. Le montant des versements varie beaucoup; dans certains cas, il est uniforme et dans d'autres il est fonction

⁴³ Fazlur Rahman et Lee, « Pakistan », dans *Population and Law*, op. cit.

⁴⁴ Aziza Hussein, « The Status of Women in Family Law in the United Arab Republic », mémoire présenté au Cycle d'études des Nations-Unies sur la condition de la femme dans le droit de la famille, tenu à Lomé (Togo) en 1964 (document ronéotypé, 18 août-2 septembre 1964), p. 7.

⁴⁷ Magdi M. El-Kammash et Gloria F. El-Kammash, « The United Arab Republic », dans *Population and Law*, op. cit.

⁴³ Lee, « Tunisia », dans *Population and Law*, op. cit.

⁴⁴ Voir *Mesures*, O.N.U., op. cit., p. 85

de la rémunération antérieure ou des besoins présents. Quelques pays prévoient l'assurance-maladie et l'assurance-chômage aux frais de l'État.

L'octroi de pensions de retraite ou d'autres formes d'assistance devrait avoir un effet négatif sur la dimension de la famille puisque les parents ont besoin d'un moins grand nombre d'enfants pour les aider dans leurs vieux jours. Par contre, lorsque les programmes de sécurité sociale permettent à la femme de rester au foyer ou la dissuadent de prendre un emploi, rendu moins lucratif par le prélèvement des cotisations destinées au financement du programme ou par une imposition plus élevée frappant à la fois son revenu et celui de son mari, ces programmes peuvent aboutir à favoriser la fécondité alors même que continue de s'appliquer le principe selon lequel la diminution du besoin d'enfants, en tant que source de rémunération, entraîne une réduction de la dimension des familles.

Autres facteurs sociaux

D'autres domaines législatifs peuvent influencer directement ou indirectement la fécondité mais n'ont fait jusqu'ici, en ce sens l'objet d'aucune recherche systématique. Nous nous contenterons d'identifier six domaines où celle-ci pourrait s'exercer.

MIGRATIONS

Bien que les migrations — émigration, immigration et mouvements internes — ne soient généralement pas associées à la fécondité, leur influence sur elle ne doit pas être ignorée. Le taux de fécondité des populations qui émigrent dans un autre pays est-il, par exemple, différent de celui des populations qui se fixent dans leur pays ou se déplacent à l'intérieur de celui-ci? Comment se comparent les taux de fécondité des migrants définitifs et des migrants saisonniers ou des migrants qui se déplacent avec leurs épouses ou sans elles? Certains facteurs psycho-culturels ou socio-économiques influencent-ils les taux de fécondité des personnes « en déplacement »? Bref, comment les règlements officiels relatifs aux migrations des ressortissants d'un État ou des étrangers influencent-ils la fécondité?

MALADIES VÉNÉRIENNES

Chacun sait que les maladies vénériennes affectent la fécondité. Dans certains pays,

le nombre de ceux qui en souffrent est très élevé. Il semble que les règlements de santé publique exigeant, par exemple, une déclaration immédiate de la part du malade, le dépistage des porteurs de germes et le traitement obligatoire des malades doivent exercer une influence positive sur la fécondité tout en réduisant le nombre des enfants affligés à leur naissance de troubles congénitaux. D'autre part, l'effet sur la fécondité de lois relatives au mariage imposant le test Wasserman ou un test analogue comme condition de la délivrance de l'autorisation est plus problématique.

PROSTITUTION

Bien que la prostitution soit généralement considérée comme un problème d'ordre moral ou sanitaire, il y aurait lieu d'étudier ses rapports avec la fécondité. A-t-elle sur cette dernière un effet positif ou négatif? L'incidence est-elle la même dans une société où le nombre des hommes et des femmes est relativement équilibré et dans une société où les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes? Qu'arrive-t-il si la légalisation de la prostitution s'accompagne de règlements exigeant des contrôles et garanties très stricts sur le plan sanitaire ou médical?

HOMOSEXUALITÉ

Lorsque l'homosexualité est illicite même entre adultes consentants, ceux qui ont des tendances de cette nature peuvent se trouver contraints, par souci de se conformer, à se marier et à avoir des enfants. L'abrogation des lois contre l'homosexualité modifierait sans doute l'attitude de la société dans ce domaine, ce qui réduirait le nombre de ces mariages et de ces naissances.

ADOPTION

L'institution de l'adoption, étant liée de près à celles du mariage, de la propriété et de la succession, existe depuis des temps immémoriaux. Outre qu'elle satisfait les besoins et désirs personnels de l'adopté comme de l'adoptant, elle remplit une fonction sociale utile en égalisant, dans une certaine mesure, la dimension des familles. Il reste à étudier si l'on peut influencer les taux de fécondité en libéralisant ou en rendant plus strictes les lois sur l'adoption.

SUCCESSION ET PROPRIÉTÉ FONCIÈRE

Quelle est enfin, et ce n'est pas la moindre des questions, l'incidence sur la fécondité d'une loi sur les successions fondée sur le droit d'ainesse ou refusant aux femmes le droit de succession? La fragmentation de la propriété encourage-t-elle la fécondité ou lui nuit-elle? A l'autre extrême, quelle est l'incidence sur le taux de fécondité de la collectivisation, du régime communiste ou du système des kibbutzim?

ADMINISTRATION

Il ne fait aucun doute que le succès ou l'échec d'un programme de planning familial dépend en grande mesure du cadre législatif dans lequel s'organise la structure du planning familial. Les différends ou rivalités de juridiction entre ministères ou à l'intérieur de ceux-ci peuvent entraîner l'échec d'un programme par ailleurs bien conçu quant au fond. On peut citer l'exemple d'un programme national de planning familial qui s'est trouvé pratiquement immobilisé du fait que deux ministères — celui de la Santé et celui des Affaires sociales — en revendiquaient la direction et qu'un troisième — celui de l'Éducation — ne perniait aucune mesure, par inertie. Néanmoins, on peut citer des exemples de programmes réussissant fort bien grâce à une administration bien coordonnée. Aux fins du présent article, il suffit d'attirer l'attention sur le mécanisme administratif de cinq pays, à savoir la République populaire de Chine, le Japon, le Pakistan, la République arabe unie et les États-Unis.

Chine

Nous avons choisi la République populaire de Chine (R.P.C.) parce que sa population est la plus nombreuse du monde — 800 millions d'habitants — et représente entre le tiers et le quart de la population mondiale. Malgré son anti-malthusianisme officiel, la R.P.C. a pris grand soin de mobiliser ses mécanismes et ressources administratifs et d'en coordonner l'action de manière à combattre une croissance démographique rapide.

Dans un discours qu'il aurait prononcé à Pékin le 27 février 1957, au cours d'une séance privée de la Conférence suprême de l'État, le Président Mao attribuait les 30 millions de naissances annuelles en

Chine aux progrès accomplis par les services médicaux et à la hausse générale des niveaux de vie, particulièrement dans les campagnes. Il aurait aussi ajouté :

Ce chiffre doit cependant faire l'objet de nos préoccupations à tous. Je vous donnerai deux autres chiffres. La récolte de grain au cours des deux dernières années a augmenté de 10 millions de tonnes par an. C'est à peine suffisant pour répondre aux besoins de l'accroissement de notre population. Le second chiffre a trait au problème de l'enseignement. On estime qu'à l'heure actuelle, 40 % de nos jeunes ne fréquentent pas l'école primaire.

Il faut donc prendre des mesures pour maintenir pendant longtemps notre population à un niveau stable, disons de 600 millions d'habitants. Une vaste campagne d'information et d'assistance doit être entreprise à cette fin⁴⁸.

Peu après le discours de M. Mao, le Conseil d'État a promulgué trois décrets en deux semaines : a) les Instructions destinées à augmenter la distribution des contraceptifs tout en en réduisant le prix, adoptées le 23 mars 1957 par le Ministère du Commerce, celui de la Santé et l'Association nationale des coopératives de vente⁴⁹; b) la Notice du Ministère des Finances relative à l'exonération d'impôt sur la production et les transactions commerciales pour la fabrication et l'importation de dispositifs et de produits chimiques contraceptifs, en date du 2 avril 1957⁵⁰; enfin, c) la notice publiée par le Ministère de la Santé pour renforcer la protection des femmes et des jeunes employés dans l'agriculture, intensifier la campagne en faveur de l'hygiène maternelle et infantile et améliorer les services de santé dans les pouponnières, en date du 2 avril 1957⁵¹. Ces décrets visent à favoriser la distribution des contraceptifs, à un prix aussi modique possible, parmi la population de tout le pays, à l'exception des minorités ethniques, ainsi

⁴⁸ *New York Times* du 13 juin 1957, p. 8. Le texte édité publié ultérieurement par l'agence de presse Hsin-hua, le 18 juin 1957, ne faisait que mentionner les « difficultés » suscitées par une énorme population, celle-ci étant en même temps considérée à la fois comme un fait accompli et un avantage. Voir l'exposé de Lee, « Population Controls in China », dans *Economic and Social Problems of the Far East* (Hong-Kong University Press, 1962).

⁴⁹ *Chung-hua Jen-min Kung-ho-kuo Kuo-wu-yuan Kung Pao* [République populaire de Chine, *Bulletin* du Conseil d'État], *op. cit.*, p. 259 à 262.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 308.

⁵¹ *Ibid.*, n° 17, p. 313 à 315.

qu'à encourager les campagnes pour le contrôle des naissances sous couleur de protection sanitaire de la femme et de l'enfant.

Le but fixé par M. Mao d'une stabilisation de la population chinoise à 600 millions d'habitants — c'est-à-dire en fait l'adoption d'une politique de croissance-zéro — n'a, pour diverses raisons, pas pu être atteint, puisqu'on estime la population actuelle de la Chine supérieure à 800 millions. Cependant, un objectif moins ambitieux a été fixé, celui de ramener le taux d'accroissement de 2 à 1 % d'ici 1978⁵². Ce qui nous intéresse particulièrement ici, c'est le mécanisme administratif mis en place pour favoriser le contrôle des naissances dans un pays non seulement vaste et très peuplé, mais aussi en butte à de nombreux problèmes de communications, de transports, de développement économique, de normes d'instruction, et dans lequel la doctrine traditionnelle de Confucius favorise la fécondité.

Un Bureau de contrôle des naissances a été constitué sous la juridiction directe du Conseil d'État. Organe habilité à déterminer la politique, il se compose de représentants d'organismes tels que les ministères de la Santé, de l'Information, de la Culture, du Commerce, la Fédération des femmes chinoises, la Ligue de la jeunesse communiste, la Société chinoise de la Croix-rouge et l'Association des médecins chinois⁵³.

Un rôle essentiel a été confié au Ministère de la Santé, dont les fonctions comprennent : a) la rédaction et la mise en œuvre des règlements et mesures de contrôle des naissances; b) la surveillance des services secondaires; c) la prise en charge des recherches de l'Association des médecins chinois sur les diverses méthodes contraceptives; d) la formation des cadres des services de contrôle des naissances; e) la compilation et la diffusion de la documentation sur la contraception; enfin, f) la mobilisation et la coordination des activités des ministères et organisations collectives impliquées dans les campagnes de limitation des naissances. L'organisation de base et les tâches du Bureau du contrôle des naissances ont été reprises à chaque échelon administratif,

province ou *hsien* (comté). A l'échelon du village, les contacts avec la population ont été établis dans les centres sanitaires, les infirmeries ou les dispensaires relevant des communes ou dans les brigades ou équipes de production (par l'intermédiaire des agents de l'hygiène maternelle et infantile, des sages-femmes, des infirmières, des pionnières de l'action sociale ou des agents sanitaires à temps partiel). L'ampleur et la pénétration de ces contacts sont illustrées par le fait qu'en 1957, dans la seule province du Hopei, ont été créés 9 334 dispensaires du contrôle des naissances, soit en moyenne 770 par comté. Chaque comté comprenait en moyenne 300 000 habitants, c'est dire qu'il y avait en moyenne un dispensaire pour 400 personnes⁵⁴.

La diffusion de l'information a été assurée :

1° Au moyen de publications : journaux (publiant des éditoriaux et des colonnes de correspondance avec les lecteurs), revues, manuels, affiches et même calendriers illustrés. D'après des renseignements recueillis en 1966, l'un de ceux-ci consacrait trois jours par mois au thème du contrôle des naissances. Le huitième jour du mois, ce calendrier signalait qu'une famille nombreuse risquait de nuire non seulement à la qualité du travail, de la production et des études mais aussi à la santé des parents et des enfants; il fallait donc pratiquer le contrôle des naissances. Le douzième jour, il rappelait que les femmes souhaitant un avortement pouvaient se présenter à n'importe quel hôpital où elles seraient opérées entièrement aux frais de l'État. Le dix-huitième jour, le calendrier préconisait le mariage tardif — 24 ans au plus tôt pour les femmes et 28 ans pour les hommes — dans l'intérêt de l'instruction, de l'amélioration des niveaux politique, culturel et technique et de la cause du socialisme.

2° Au moyen de réunions — discours publics, discussions de groupes, visites à domicile enfin, par les agents des services de santé, les cadres des syndicats et du parti, des représentants des comités de quartier et des organisations féminines, et des membres des coopératives.

3° Par la voie du cinéma et de la télévision.

4° Par des expositions.

⁵² Huang, *op. cit.*, p. 131.

⁵³ *Ibid.*, p. 77. Pour le résumé en anglais, voir Pi-chao Chen, « China's Birth Control Action Programme, 1956-1964 », *Population Studies*, 24 (2) : 142-144, juillet 1970.

⁵⁴ Huang, *op. cit.*, p. 97.

23

Bien que les campagnes en faveur du contrôle des naissances aient connu, de temps à autre, certains échecs, notamment à l'occasion de mouvements de masse tels que les campagnes anti-réactionnaires qui ont suivi le Grand bond en avant, le mécanisme administratif, les méthodes et les motivations de l'État en matière de planning familial sont demeurés sensiblement intacts, ou ont peut-être même été renforcés par l'expérience.

Japon ⁵⁵

Le Japon donne également un excellent exemple de la manière dont une administration gouvernementale bien coordonnée permet de mener à bien un programme démographique.

En butte à un problème démographique aigu après la Deuxième guerre mondiale, le gouvernement japonais a nommé une Commission de la planification démographique qui a proposé une révision complète de la loi eugénique nationale de 1940. Cette révision a abouti à l'adoption en 1948 de la loi de protection eugénique, qui autorisait l'avortement pratiqué par des médecins désignés, ainsi que la création de Commissions de protection eugénique chargées de vérifier la validité des motifs d'avortement. Les membres de ces commissions étaient nommés « parmi des médecins, des commissaires des services sociaux, des juges, des procureurs, des fonctionnaires de l'administration centrale et de la municipalité intéressée, ou des personnes de savoir et d'expérience, respectivement par le Ministre de la Santé et des Services sociaux, pour la Métropole, ou par les Commissions de protection eugénique d'Hokkaido ou des préfectures ». Toutefois, des amendements ultérieurs ont éliminé la nécessité pour le médecin désigné d'adresser une demande à la Commission s'il avait le consentement de la femme ou de son époux.

En 1949, un Conseil des problèmes démographiques a été constitué pour étudier les mesures économiques à prendre pour aider la population japonaise et examiner les méthodes propres à réduire le taux de natalité. Ce Conseil a recommandé : le développement d'une industrie lourde plutôt que

légère, en raison des difficultés croissantes qu'éprouvait la population à vivre de l'agriculture; l'amélioration et l'élargissement des activités des centres sanitaires et des Services de consultation de protection eugénique, afin de favoriser le planning familial; l'octroi d'une aide financière pour l'achat du matériel contraceptif; enfin, l'expansion des travaux de l'Institut des problèmes démographiques (chargé des aspects économiques et sociaux de ces problèmes) et de l'Institut de la santé publique (chargé des programmes démographiques et de formation).

Le Cabinet japonais a pris la décision d'encourager partout l'usage de contraceptifs en 1951 lorsque la pratique de l'avortement s'est avérée nuisible à la santé des mères. C'est le Ministère de la santé et des services sociaux qui a mis la décision en œuvre en adressant à toutes les préfectures un plan assignant diverses tâches aux autorités préfectorales et aux Services préfectoraux (ou municipaux) de consultation pour la protection eugénique. Ce plan encourageait également la participation des organisations privées.

A l'échelon régional, le contrôle des naissances relève des autorités préfectorales, des Services de consultation pour la protection eugénique et des agents locaux. De plus, la Fédération japonaise pour le planning familial joue un rôle important, ainsi que les nombreuses entreprises et usines qui ont inscrit le planning familial au nombre des services de santé et de protection sociale destinés à leurs employés.

Plus tard (à partir de 1955), le gouvernement a reconnu la nécessité de donner de l'expansion au planning familial et en particulier de le mettre à la portée des indigents. Bien que l'État ait pris à sa charge le programme destiné aux indigents, il s'est avéré difficile d'en assurer l'exécution car il n'est pas aisé d'identifier cette catégorie, et la rémunération des instructeurs s'est révélée insuffisante pour garantir la qualité de leur travail.

Le programme démographique japonais peut se résumer ainsi : l'État s'intéresse au planning familial par l'intermédiaire du Ministère de la santé et des services sociaux, de l'Institut des problèmes démographiques et de l'Institut de la santé publique, ainsi que par l'intermédiaire du Ministère des Affaires étrangères, qui s'occupe de l'aide à l'étranger en matière de planning familial, et de l'Agence de coopération technique

⁵⁵ Les données relatives au Japon sont tirées en grande partie de l'ouvrage édité par Muramatsu, *Japan's Experience in Family Planning-Past and Present* (Tokyo, 1967) et de Lee, « Japan », dans *Population and Law*, op. cit.

avec les pays d'outre-mer, qui offre aux pays en voie de développement une coopération technique s'étendant au domaine médical. Si l'on veut évaluer la structure mise en place pour l'organisation du planning familial au Japon, on peut dire que, bien que la situation critique du Japon après la dernière guerre ait sans doute encouragé ses habitants à en accepter le principe, l'exécution du plan a aussi été favorisée par la détermination de l'administration centrale de toucher l'ensemble de la population dans ses couches les plus profondes et le système a été couronné de succès partout où l'information a été diffusée et le matériel fourni à l'échelon local sous une forme aisément assimilable.

Pakistan⁵⁶

Le Troisième Plan quinquennal (1965-1970) du Pakistan visait à ramener le taux de fécondité de 50 à 40 ‰ en 1970 — soit une diminution relative de 20 ‰. S'intéressant lui-même à la réalisation de cet objectif ambitieux, l'ancien président, Ayub Khan, avait fait figurer le planning familial dans sa plate-forme électorale. Lors de son élection, il a constitué, au Ministère central de la santé, une Division du planning familial, dotée d'un budget de 284 millions de roupies pour l'exécution du programme inscrit au Troisième Plan. Pour souligner l'importance du planning familial, le gouvernement a élevé, en mars 1968, la Division du planning familial au rang de ministère distinct, le Ministre de la santé recevant en outre le titre de Ministre du planning familial.

A l'échelon de l'administration centrale, le Conseil pakistanais du planning familial a été établi en tant qu'organe autonome sous la présidence du Ministre du planning familial, avec les ministres des deux provinces comme vice-présidents. Il dispose d'un certain nombre de secrétaires centraux et comporte des membres qui ne sont pas fonctionnaires. Ses principales fonctions comprennent : 1° la politique, la planification et l'exécution du programme dans son ensemble; 2° la recherche, l'évaluation et la formation; 3° la coordination interdisciplinaire, interservices et interprovinciale des activités de planning familial; 4° l'obten-

tion et la gestion des devises nécessaires à l'importation de matériel contraceptif, les services consultatifs d'exportation, etc., enfin 5° la fourniture d'avis au gouvernement central en matière de planning familial.

Le Conseil comprend trois grands services : l'Institut national de recherche en matière de planning familial, le Service central d'évaluation du planning familial au Pakistan oriental et le même Service pour le Pakistan occidental. Ils ont leur siège, respectivement, à Karachi, à Dacca et à Lahore.

En dehors de ces services, le Centre de recherche et d'évaluation du Pakistan occidental, constitué à Lahore dans le cadre du Projet de recherche médico-sociale de l'Université Johns Hopkins, et le Centre de recherche et d'évaluation du Pakistan oriental, constitué à Dacca dans le cadre du Projet d'enseignement sanitaire de l'Université de Californie, relèvent directement des Secrétaires centraux.

Chacune des deux provinces dispose d'une commission provinciale du planning familial, dont le Ministre provincial de la santé est le président et le Secrétaire du Département de la santé le vice-président, et qui se compose des secrétaires des autres départements intéressés et de quelques personnalités non officielles. Un haut fonctionnaire est à la fois secrétaire et membre de la commission et administrateur du programme dans la province; son adjoint est un médecin. Les commissions provinciales sont responsables de l'exécution du programme dans leurs provinces respectives.

Des instituts de formation et de recherche (trois dans chaque province) relèvent des commissions provinciales et sont chargés de la formation en cours d'emploi et préliminaire du personnel d'exécution du programme.

Chaque district administratif est doté d'une commission du planning familial qui a toute autorité pour adapter ses activités aux conditions et aux besoins locaux. Elle est dirigée par un commissaire-adjoint (qui est un fonctionnaire) et se compose de représentants des autres départements intéressés à l'échelon du district ainsi que de personnalités locales. Un fonctionnaire chargé de la propagande et de la direction assure le secrétariat de la commission et dirige l'exécution du programme dans le district. Il a pour collaborateurs un technicien de district (un médecin), des agents du planning familial, des médecins du plan-

⁵⁶ Les données relatives au Pakistan sont tirées de Rahman et Lee, « Pakistan », dans *Population and Law*, *ibid*

ning familial (travaillant soit à plein temps soit à temps partiel), des conseillers du planning familial, des visiteuses du planning familial, des visiteuses médicales, des organisateurs du planning familial et des agents distributeurs de matériel contraceptif. L'unité de base de l'exécution locale est l'organisation de district du planning familial dont les trois grandes fonctions sont : 1° la propagande et l'éducation; 2° la distribution et la vente de matériel contraceptif; 3° la fourniture de services cliniques.

Les *dais* ou sages-femmes, qui sont les agents les plus efficaces du programme de planning familial (en dehors des visiteuses médicales et du planning familial) particulièrement dans les régions rurales, ont vu récemment leur nombre réduit et celles qui ne jouaient pas de rôle actif ont été mises à la retraite.

Le personnel technique reçoit sa formation dans les deux centres provinciaux et dans les trois services de formation et de recherche de chacune des deux provinces. Les centres de recherche centraux et provinciaux se chargent de divers projets de recherches et d'enquêtes sur des sujets divers tels que les méthodes de propagande, les méthodes de contraception et la facilité d'accès, la popularité et l'efficacité des divers moyens et méthodes de contraception. Bien qu'il soit difficile, en raison de la nouveauté et de l'ampleur du programme, d'obtenir à son sujet des données complètes et exactes, il semble que l'on puisse se fier aux renseignements selon lesquels, au cours de ses trente-quatre premiers mois d'existence, c'est-à-dire jusqu'en juin 1968, le programme aurait permis de réaliser à près de 54 % l'objectif fixé pour la période 1965-1970. Sur l'objectif total de 5 millions de couples fixé dans le Troisième Plan, environ 3 millions de couples ont bénéficié du programme. Mieux encore, le taux d'accélération du nombre des usagers des diverses méthodes de contraception au cours des trois dernières années a dépassé 500 %.

République arabe unie

La nécessité d'examiner au niveau des institutions l'éventualité d'un problème démographique a été reconnue pour la première fois en 1953 lorsque le Conseil permanent des services publics a constitué le Comité national des problèmes démographiques. Celui-ci se composait des ministres dont les services portaient sur des questions

démographiques et de spécialistes de la gynécologie, de l'économie, de la démographie et de la sociologie. Sa composition n'a pas changé lorsqu'il est devenu l'Association égyptienne d'études démographiques, organisation non gouvernementale financée par une subvention annuelle de l'État.

Les travaux de cette organisation consistaient notamment à entreprendre des programmes de recherche et à participer à l'élaboration d'une politique concrète. Elle a également créé un certain nombre de centres de planning familial, avec le concours de divers services publics tels que l'Association du Croissant-Rouge et l'Association féminine pour l'amélioration de la santé⁵⁷.

Le Décret présidentiel de novembre 1965 a marqué une nouvelle initiative en créant un Conseil suprême du planning familial⁵⁸. En voici le texte :

DÉCRET N° 4075-1965 du Président de la République arabe unie portant sur la création du Conseil suprême du planning familial, novembre 1965.

Article premier : Un conseil est créé dans la ville du Caire, sous le nom de « Conseil suprême du planning familial » et il jouira d'un statut autonome.

Article deux : Le Conseil aura pour tâche : la préparation détaillée des programmes de planning familial pour la République; la fixation d'un plan d'échelonnement pour l'exécution de ces programmes, leur contrôle, la suite à leur donner et leur évaluation; l'étude, la diffusion et la coordination de toutes les questions démographiques — médicales, statistiques, sociales et économiques — ainsi que la poursuite de recherches scientifiques liées au planning familial; la coordination des activités de toutes les organisations participant à l'exécution de ces programmes.

Article trois : Le Conseil se composera des membres suivants : le Premier ministre (qui en sera le président), le ministre de la Santé publique, le ministre de l'Enseignement supérieur, le ministre de l'Orientation nationale, le ministre de la Planification, le ministre d'État chargé des affaires du Premier ministre, le ministre d'État chargé de l'Administration locale, le ministre-adjoint des Wakfs [organisations de protection sociale] et des affaires sociales et le Chef de l'Agence centrale pour la mobilisation

⁵⁷ Voir Hassan M. Hussein, « Le progrès du contrôle de la fécondité dans la République arabe unie », dans la publication des Nations-Unies *Congrès mondial de la population 1965*, vol. II, p. 146.

⁵⁸ Voir El-Kammash et El-Kammash, « United Arab Republic », dans *Population and Law, op. cit.*

et les statistiques. Le Premier ministre est habilité à lui ajouter un ou plusieurs membres intéressés au planning familial. Le Conseil peut constituer, avec ses propres membres ou d'autres personnes, des comités permanents ou *ad hoc* chargés d'étudier en son nom certaines questions. En l'absence du Premier ministre, le ministre de la Santé publique préside le Conseil. Le Conseil se réunit au moins deux fois par mois à l'initiative de son président. Les décisions du Conseil n'entrent en vigueur qu'après approbation du Premier ministre ou de son adjoint.

Article quatre : Le Conseil constituera un secrétariat général, composé du ministre de la Santé publique, du ministre de l'Orientalisation nationale et du ministre-adjoint des Wakfs et des Affaires sociales, qui assurera les services administratifs nécessaires.

Article cinq : Les décisions du Conseil seront sans appel et exécutoires pour tous les ministères, toutes les autorités locales et toutes les organisations publiques et privées dont les activités intéressent le planning familial.

Article six : Le Conseil disposera d'un budget distinct alimenté par l'État ou par les dons et subventions qu'il acceptera.

Article sept : Le Conseil sera exempt de l'application des règlements régissant les autres services administratifs, et notamment de ceux qui s'appliquent au personnel, aux traitements et aux heures supplémentaires.

Article huit : Le présent décret sera publié au Journal officiel.

Du Conseil suprême dépend le Comité exécutif qui est présidé par le Premier ministre et est assisté de trois grands départements : celui des questions techniques, celui des finances et de l'administration et celui des bureaux exécutifs provinciaux. C'est de l'autorité de ce dernier que relèvent les vingt-cinq bureaux des gouvernements locaux. En outre, le Comité exécutif dispose de trois commissions consultatives spécialisées respectivement dans les méthodes de planning familial, la recherche démographique et la recherche statistique.

Grâce à cette structure, l'adoption des décisions, la fixation des objectifs, l'examen des méthodes et toutes autres fonctions coordonnées sont assurées à l'échelon national. Il en est de même de la formation de personnel médical et de la recherche en matière de démographie, de planning familial et de physiologie de la reproduction puisqu'un budget de 1,5 million de livres (soit 3,54 millions de dollars des É.-U.) et un don de 440 000 dollars de la Fondation Ford assurent les fonds nécessaires à la poursuite de ces activités dans les facultés de médecine.

L'exécution et le contrôle journalier du programme relèvent de chacun des gouvernements locaux par l'intermédiaire d'un comité du planning familial créé auprès de chacun d'eux conformément à un décret publié en 1966 par le Premier ministre. Chacun de ces comités se compose de représentants de plusieurs services officiels et du secteur privé, sous la présidence du gouverneur. Ils sont chargés d'appliquer les décisions du Comité exécutif du Conseil suprême, d'effectuer les études proposées à l'échelon gouvernemental local et d'étudier et de surmonter les difficultés qui s'y présentent.

Chaque gouvernement local dispose d'un bureau exécutif présidé par le directeur local des services de santé. Ce bureau se compose de représentants de plusieurs services officiels et est chargé de coordonner les travaux du Comité exécutif et du Comité local du planning familial, de faire appliquer les règlements du Comité exécutif et de diriger et inspecter les bureaux qui administrent les services de planning familial relevant du gouvernement local.

Le programme en vigueur a été renforcé en 1966 lorsque le Président a lancé une nouvelle campagne en faveur du planning familial en créant, pour l'ensemble du pays, un réseau de centres de services multiples. Chacun de ces centres comporte un centre social et un dispensaire qui assurent les services de contrôle des naissances.

En résumé, le Gouvernement de la République arabe unie a dépensé des sommes importantes pour étendre les services de planning familial et a mis en place une structure complète pour l'exécution de sa politique démographique. Son programme pourrait sans doute servir d'exemple aux autres pays musulmans.

États-Unis

Aux États-Unis, les programmes de planning familial n'étaient jusqu'à ces derniers temps que de nature strictement locale. A l'échelon fédéral, les autorités ne s'intéressaient donc qu'indirectement au planning familial — principalement en finançant les travaux de recherche démographique ou médicale qu'administre le Département de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, par l'intermédiaire, en particulier, de ses Instituts nationaux de santé et de son programme de Santé infantile et de développement humain. Depuis 1967, le Congrès

soutient énergiquement le planning familial dans le cadre du programme d'aide à l'étranger de l'Agence pour le développement international et du programme de lutte contre la pauvreté de l'Office des opportunités économiques. Le 17 mars 1970, le Congrès a voté une loi portant création d'une Commission de l'accroissement de la population et de l'avenir des États-Unis. Cette commission poursuit actuellement une enquête sur les aspects suivants de l'accroissement de la population et sur ses conséquences sociales prévisibles⁵⁹ :

- 1° L'évolution probable de l'accroissement de la population, des migrations internes et des faits démographiques connexes d'ici l'an 2000;
- 2° Les ressources du secteur public de l'économie qui seront nécessaires pour faire face à l'accroissement prévu de la population;
- 3° Les diverses manières dont l'accroissement de la population peut se répercuter sur les activités de l'administration fédérale, de celle des États et de l'administration locale;
- 4° L'incidence de l'accroissement de la population sur la pollution du milieu et l'épuisement des ressources naturelles;
- 5° Les divers moyens, conformes aux valeurs morales et aux principes de la société, permettant à la nation de maintenir un niveau démographique approprié à son milieu et à ses autres besoins connexes.

La Commission a publié, le 17 mars 1971, un rapport intérimaire au Congrès, dans lequel elle attire son attention sur le fait qu'en 2071 la population des États-Unis pourrait n'être que de 340 millions d'habitants ou atteindre le milliard, selon que le nombre moyen des enfants par famille serait de deux ou de trois. Soulignant que l'accumulation de ces faibles différences dans la dimension de la famille pouvait entraîner une différence spectaculaire dans la population totale, la Commission préconisait fortement un débat populaire, rationnel, de la politique nationale, tout en réservant cependant ses propres recommandations pour le rapport final et complet qu'elle doit publier en mars 1972.

⁵⁹ Loi fédérale 91-213, 91^e session du Congrès, S.2701, 17 mars 1970.

L'intérêt sans cesse croissant que suscite le planning familial à l'échelon fédéral s'est manifesté par l'adoption de la loi sur les services de planning familial et la recherche démographique, qui est entrée en vigueur le 24 décembre 1970. Marquant une date dans la législation, cette loi (loi fédérale 91-572) ouvre, pour les exercices 1971, 1972 et 1973, un crédit total de 382 millions de dollars à prélever sur le budget fédéral pour les services de planning familial, la recherche démographique, la formation de personnel et l'éducation du public. Elle a pour principaux objectifs : 1° de mettre le planning familial à la disposition des 5 millions de femmes américaines à qui ces services font défaut à l'heure actuelle; 2° d'encourager la recherche de méthodes nouvelles et meilleures de contrôle des naissances; 3° de créer, au Département de la santé, de l'éducation et de la protection sociale, un Office des affaires démographiques pleinement habilité à organiser des programmes de planning familial aux États-Unis; enfin, 4° d'appuyer la formation de personnel et la préparation de matériel d'information.

A l'échelon des États, la légalisation de l'avortement dans des États comme ceux d'Hawaï et de New-York représente certes une percée importante pour le mouvement de limitation des naissances aux États-Unis mais on décèle un progrès tout aussi important, quoique moins spectaculaire, dans le nombre croissant des États qui établissent des programmes de planning familial — de plus en plus libéraux.

Ainsi, alors que seuls l'Alabama, New York, la Caroline du Nord, la Caroline du Sud et la Virginie prévoyaient la limitation des naissances au nombre des services de santé publique et de protection sociale dans leurs lois et décrets antérieurs à 1965, les États ci-après ont suivi leur exemple dans les trois années qui se sont écoulées entre janvier 1965 et janvier 1968 : Alaska, Californie, Colorado, Floride, Géorgie, Illinois, Iowa, Kansas, Louisiane, Michigan, Nevada, Ohio, Oklahoma, Oregon et Virginie de l'Ouest⁶⁰.

A titre d'exemple de l'administration par les États des programmes de planning fami-

⁶⁰ Voir *Laws Relating to Birth Control and Family Planning in the United States* (en janvier 1968), mémoire rédigé pour la Fédération américaine pour le planning familial, Inc. par son conseil juridique, Greenbaum, Wolff et Ernst ; avis de Mmes Harriet F. Pilpel et Nancy F. Wechsler, p. 5.

lial, on peut citer la loi géorgienne de 1966 sur les services de planning familial, telle qu'elle a été modifiée en 1968, et qui prévoit⁶¹ :

SECTION 1. — La présente loi portera le nom de « Loi sur les services de planning familial » et peut être citée sous ce nom.

SECTION 2. — Définitions.

a) Le mot « organismes » désigne le Département de l'État pour la santé, les bureaux sanitaires des comtés, les districts sanitaires, le Département de l'État pour la protection de la famille et de l'enfance, les départements des comtés pour la protection de la famille et de l'enfance et les départements des districts pour la protection de la famille et de l'enfance.

b) L'expression « services de planning familial » désigne les conseils et les interviews dispensés aux intéressés par un personnel qualifié au sujet de la limitation des naissances, de l'infécondité et des méthodes et procédures de planning familial; la distribution d'une documentation sur la limitation des naissances, l'infécondité et le planning familial; le renvoi des intéressés à des médecins ou aux départements locaux de santé pour consultation, examen, tests, traitement médical et prescriptions visant à la limitation des naissances, à l'infécondité ou au planning familial; enfin, dans la mesure nécessaire, la distribution de tableaux de continence périodique, de médicaments, de préparations pharmaceutiques, de dispositifs contraceptifs et de produits analogues utilisés pour la limitation des naissances et le planning familial.

SECTION 3 (modifiée par la loi 647 de la législation géorgienne, 1968).

Dans la limite des ressources dont ils disposent, tous les organismes définis dans la présente loi sont, par les présentes, autorisés à offrir des services de planning familial aux personnes appartenant à l'une ou plusieurs des catégories ci-après : 1° personnes mariées; 2° personnes ayant au moins un enfant; 3° femmes enceintes; 4° toutes personnes demandant à bénéficier de ces services.

SECTION 4. — Ces organismes peuvent fournir gratuitement ces services de planning familial à ceux qui peuvent en bénéficier, conformément aux règlements desdits organismes.

SECTION 5. — Le refus d'accepter de bénéficier des services de planning familial n'entrave en rien le droit de l'intéressé à bénéficier d'une assistance publique ou des services de santé publique ou de tout autre prestation de l'État. Le personnel des organismes chargés d'adminis-

triser les dispositions de la présente loi doit reconnaître que le droit de prendre une décision relative au planning familial et au contrôle des naissances est un droit privé fondamental de l'individu et aucune des dispositions de la présente loi ne doit, en aucune manière, enfreindre ce droit ni obliger quiconque à révéler les raisons de son refus de bénéficier des services de planning familial.

SECTION 6. — Un membre du personnel des organismes chargés d'administrer les dispositions de la présente loi peut refuser d'accomplir la tâche consistant à offrir des services de planning familial dans la mesure où cette tâche est contraire à ses convictions religieuses, sans que ce refus puisse constituer un motif de réprimande, de renvoi, de transfert dans un autre département, d'aucune autre sorte de discrimination dans son emploi, ou de suspension d'emploi ou de privation d'une quelconque rémunération ou prestation. Les directeurs ou chefs desdits organismes sont cependant autorisés à assigner d'autres fonctions aux membres de leur personnel qui sont dans ce cas, afin d'appliquer efficacement les dispositions de la présente loi.

SECTION 7. — Aux termes de la présente loi, le Département de l'État pour la santé et le Département de l'État pour la protection de la famille et de l'enfance sont autorisés à élaborer des plans et programmes pour la mise en œuvre de ses dispositions et sont chargés de le faire; des représentants de chacun de ces départements participeront à l'élaboration desdits plans et programmes, qui devront comprendre, sans y être limités, des dispositions prévoyant :

1° Un programme de formation assuré par le Département de l'État pour la santé à l'intention des fonctionnaires du Département de l'État pour la protection de la famille et de l'enfance qui sont en contact avec les personnes susceptibles de vouloir bénéficier des services de planning familial et les conseiller. Ce programme doit être conçu de manière à donner à ces fonctionnaires des renseignements complets sur le planning familial et le contrôle des naissances et de toutes les questions connexes.

2° Un plan systématique de coordination des activités des deux départements et des services correspondants à l'échelon du comté et du district dans le domaine des services de planning familial.

SECTION 8. — Aux termes de la présente loi, le Département de l'État pour la santé et le Département de l'État pour la protection de la famille et de l'enfance sont autorisés à adopter et à promulguer, par la voie de leurs conseils respectifs, une réglementation destinée à la mise en œuvre des dispositions de ladite loi et sont chargés de le faire. Cette réglementation doit énoncer les tâches et les directives nécessaires pour les départements des comtés et des districts pour la santé et pour la protection de la famille et de l'enfance.

⁶¹ Georgia Code Annual 1959 (1967 Supplement), ch. 99-31, modifié par la loi n° 974, Georgia Laws 1968.

SECTION 9. — La présente loi doit être interprétée avec libéralité de manière à protéger le droit de tout individu de se conformer à ses convictions religieuses et aux exigences de sa propre conscience, à empêcher que soient imposées à quiconque des pratiques contraires à ses valeurs morales, à respecter le droit de tout individu de se déterminer librement en ce qui concerne la procréation et à garantir la liberté complète de son choix conformément à ses droits constitutionnels.

SECTION 10. — Toute loi ou partie de loi contraire aux dispositions de la présente loi est abrogée.

Il y a lieu de noter qu'avant l'amendement de 1968, seules pouvaient bénéficier des services de planning familial les personnes mariées, les femmes enceintes ou les parents d'un enfant au moins. L'amendement a ajouté à ces catégories celle de « toutes personnes demandant à bénéficier de ces services ». De plus, le Département de la Géorgie pour la protection de la famille et de l'enfance a interprété le terme « toutes personnes » de manière à y inclure les « mineurs non mariés »⁶².

CONCLUSIONS

Jusqu'à présent, l'étude des rapports entre la législation et la démographie n'a reçu que peu d'attention. Les catégories de lois qui semblent devoir influencer la dimension de la population et son accroissement se caractérisent par :

— leur disparité : les lois d'un même pays se contredisent souvent ou s'annulent l'une l'autre;

— leur imprécision : le libellé de la loi peut entraîner dans son application des restrictions dépassant son objet;

— leur difficulté d'application : les instruments d'application de la loi font souvent défaut dans le pays qui l'adopte;

— l'impossibilité d'évaluer leurs effets : il n'y a guère, aujourd'hui, de données sur la mesure dans laquelle la législation dans ce domaine peut modifier le comportement de la population.

En dehors de ces problèmes immédiats concernant les lois déjà en vigueur ou susceptibles d'être adoptées, d'autres questions beaucoup plus vastes se posent au sujet du

recours à la législation en matière de démographie. Ces questions ont été examinées dans le présent article et nous en reprendrons brièvement quatre.

La première concerne la délimitation du domaine de la législation et de la démographie. L'examen rétrospectif des législations en vigueur semble indiquer que la dimension et l'accroissement de la population sont influencés par une variété de lois bien plus grande que celles qui concernent simplement les naissances et la possibilité de les prévenir ou de les espacer délibérément. Il apparaît, par exemple, très clairement que le nombre des enfants résultant d'un mariage est inversement proportionnel à l'âge de la femme au moment du mariage. Il est cependant plus difficile de déterminer l'effet des lois fixant l'âge minimum au mariage. Les méthodes de mise en œuvre de ces lois jouent évidemment un rôle primordial. Toutefois, il importe tout autant de déterminer les causes d'un relèvement de l'âge actuel au mariage, c'est-à-dire d'évaluer le rôle des divers facteurs qui peuvent le motiver, tels que l'élévation du niveau de vie et des normes d'instruction, l'opinion publique ou la pression qu'elle exerce — variables dont peuvent dépendre aussi bien l'adoption que l'application d'une législation de cette nature.

La deuxième question porte sur la compatibilité des mesures d'ordre social avec une politique démographique. L'adoption de mesures telles que les allocations familiales et les prestations de maternité peut, selon l'ampleur de ces mesures, à la fois répondre aux besoins de l'enfance et encourager les naissances du fait des avantages qui s'y attachent. Alors qu'une législation sociale de cette nature ne pose aucun problème dans un pays nataliste, son élaboration dans un pays antinataliste est une tâche très délicate : cette législation doit en effet répondre aux besoins réels de la famille sans constituer une prime aux familles nombreuses.

En troisième lieu, se pose la question du rôle de la motivation par rapport à la mise en circulation de matériel contraceptif. D'après l'expérience de plusieurs pays, il est clair qu'il ne suffit pas de mettre à la disposition de la population des renseignements concernant la contraception et du matériel contraceptif; il faut avant tout susciter le désir de recourir à la contraception. Cependant, les formules de motivation varient selon la religion et la culture

⁶² Voir Planned Parenthood-World Population, Arrêté n° 873/269.

de chaque société et selon sa situation sociale, économique, politique et législative. Les rapports entre la législation et la motivation sont complexes; il est difficile de définir dans quelle mesure la législation peut constituer un facteur de motivation et dans quelle mesure son adoption est déterminée par une motivation antérieure. (La loi japonaise de protection eugénique et la manière dont elle a été accueillie au Japon donnent un exemple de ces deux différents rapports).

Enfin, la quatrième question est celle des droits de l'homme. L'un des problèmes les plus délicats à résoudre dans l'avenir est la définition du rapport réel entre le droit « individuel » et le droit « collectif » au planning familial ou, en d'autres termes, entre le « droit » et le « devoir ». A quel moment exact le droit de l'individu d'avoir autant d'enfants qu'il ou elle le désire commence-t-il à être assujéti à l'intérêt collectif qui, en fonction de ressources et de perspectives limitées, impose une limitation de l'accroissement démographique? Cette

question à la fois juridique et philosophique se posera certainement longtemps encore. Cependant, l'impossibilité de fixer aujourd'hui une limite précise ne doit pas faire oublier que le planning familial est un droit de l'homme, de même que le droit à la liberté d'expression demeure un droit fondamental bien qu'au cours des siècles on n'ait pas réussi à la définir avec précision.

Il se peut que ces questions bénéficient bientôt d'une plus grande attention et on peut espérer pour l'avenir une certaine cohérence. Il semble que le rôle important que peut jouer la législation dans le domaine démographique commence à être mieux reconnu. Le témoignage le plus important en est jusqu'ici l'adoption à l'unanimité, par la Conférence des Nations-Unies sur les droits de l'homme, de la Proclamation de Téhéran, qui fait du droit au planning familial un droit humain fondamental, et d'une résolution aux termes de laquelle les couples ont également le droit d'être suffisamment instruits et informés des questions de planning familial.



THE POPULATION COUNCIL
245, Park Avenue, New York, N.Y. 10017

Le Population Council est un organisme privé sans buts lucratifs créé en 1952 pour l'avancement des connaissances humaines en matière démographique. Il s'efforce d'atteindre cet objectif en dirigeant et encourageant la recherche et la formation en sciences sociales et biomédicales par voie de consultation et d'assistance technique dans ces domaines.

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

John D. Rockefeller 3rd, Président
Président du Conseil de la Fondation Rockefeller
Bernard Berelson
Président du Population Council
Detlev W. Bronk
Président Emeritus de l'Université Rockefeller
Mary I. Bunting
Présidente du Collège Radcliffe
Robert H. Ebert
Doyen de l'École de Médecine de Harvard
Roswell L. Gilpatric
Cravath, Swaine & Moore
Caryl P. Haskins
Président de l'Institution Carnegie de Washington
A. Leon Higginbotham Jr.
Juge au Tribunal du District Est de Pennsylvanie

Cordelia S. May.
Donald M. McLean Jr.
Président de Lahey Clinic Foundation Inc.
Bill D. Moyers
Éditeur du Newsday
John T. Noonan Jr.
Professeur de droit, Université de Californie, Berkeley
Frank W. Notestein
Président Emeritus du Population Council
Theodore W. Schultz
Professeur de Science Économique, Université de Chicago
Rawleigh Warner Jr.
Président du Conseil de la Mobil Oil Corporation
Gilbert F. White
Directeur de l'Institut de la Science du Comportement, Université du Colorado.

Ce texte est une traduction de l'étude intitulée *Law and Family Planning* parue dans « **Studies in Family Planning** », volume 2, n° 4, avril 1971.

PUBLICATIONS DU POPULATION COUNCIL

Études de Planning Familial : bulletin mensuel. Articles d'actualité dans le domaine considéré.

Bulletins de Démographie et de Planning Familial : série publiée par intermittence. Autour d'un motif central, chaque bulletin présente une étude détaillée des travaux et des réalisations dans le domaine considéré.

Profils Démographiques : série publiée par intermittence. Chaque numéro passe en revue la situation d'un pays en particulier et les moyens mis en œuvre pour faire face aux problèmes démographiques qui s'y posent.

Current Publications in Population/Family Planning : bulletin signalétique bimensuel. Présente un répertoire d'ouvrages sélectionnés dans le domaine de la démographie et de la planification familiale. En anglais seulement.

Ces publications sont offertes gratuitement sur demande adressée à :

THE POPULATION COUNCIL
3, Rue de Logelbach
Paris-17^e - France
Tél. 227-51-02

Dans la demande, préciser la langue souhaitée (anglais, français ou espagnol).

International Advisory Committee on Population and Law

The Programme is under the general supervision of an International Advisory Committee on Population and Law, which is on the roster of non-governmental organizations accredited to the U.N. Economic and Social Council. The Committee meets annually in different regions of the world. Its members are:

Professor Georges Abi-Saab [*Institute of International Studies, Geneva*]

Professor Richard Baxter [*Harvard University*]

Professor K. Bentsi-Enchill [*University of Ghana*]

Mr. Robert Black [*Organization for Economic Cooperation and Development*]

Dr. Jean Bourgeois-Pichat [*Comité International de Coordination des Recherches Nationales en Démographie*]

Mr. Philander Claxton, Jr. [*U.S. Department of State*]

Lic. Gerardo Cornejo M. [*Fundación para Estudios de la Población, A.C., Mexico*]

Dean Irene Cortes [*University of the Philippines*]

Dr. Jean de Moerloose [*World Health Organization*]

Mr. Kailas Doctor [*International Labour Organisation*]

Mr. Carl M. Frisé [*U.N. Economic Commission for Asia and the Far East*]

Mr. Robert K. A. Gardiner [*U.N. Economic Commission for Africa*]

Professor Richard Gardner [*Columbia University*]

Mr. Halvor Gille [*U.N. Fund for Population Activities*]

Professor Leo Gross [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Dean Edmund A. Gullion [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Miss Julia Henderson [*International Planned Parenthood Federation*]

Mr. Edmund H. Kellogg [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Professor Dudley Kirk [*Stanford University*]

Dean Peter F. Krogh [*Georgetown University*]

Dr. Arthur Larson [*Duke University*]

Dr. Luke T. Lee [*Fletcher School of Law and Diplomacy*]

Mr. Thomas C. Lyons, Jr. [*U.S. Agency for International Development*]

Vice-Chancellor O. Roy Marshall [*University of the West Indies*]

Mr. Bertil Mathsson [*U.N.E.S.C.O.*]

The Reverend Arthur McCormack [*Vatican*]

Mr. Robert Meserve [*American Bar Association*]

Dr. Minoru Muramatsu [*Institute of Public Health, Japan*]

Mrs. Harriet F. Pilpel [*U.S. Planned Parenthood-World Population*]

Dr. Rafael M. Salas [*U.N. Fund for Population Activities*]

Mr. Marc Schreiber [*U.N. Human Rights Division*]

Mrs. Helvi Sipilä [*Assistant Secretary-General for Social and Humanitarian Affairs, U.N.*]

Mr. Leon Tabah [*U.N. Population Division*]