

LES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS EN BOLIVIE (LA PAZ ET EL ALTO)



VIRGINIE ROZEE

2007

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
INTRODUCTION.....	4
LES PREMICES D’UNE AVENTURE DOCTORALE.....	4
L’INVESTIGATION PREALABLE EN AMERIQUE LATINE	5
LE TRAVAIL DE TERRAIN EN BOLIVIE	6
CHAPITRE 1 - L’HISTOIRE POLITIQUE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS EN BOLIVIE.....	11
L’HISTOIRE INTERNATIONALE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS	13
« LE SANG DU CONDOR » OU LES DECENNIES PERDUES.....	16
L’AGE D’OR DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE	19
L’EXPRESSION LEGALE ACTUELLE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS.....	21
CHAPITRE 2 – L’EXPERIENCE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE DES FEMMES RENCONTREES	27
LES GROSSESSES NON PLANIFIEES ET NON DESIREES	29
LA DEMANDE INSATISFAITE EN CONTRACEPTION	31
LE RECOURS A L’AVORTEMENT	35
CHAPITRE 3 – LES BARRIERES POLITIQUES	39
L’INSTABILITE POLITIQUE.....	39
LA DEPENDANCE FINANCIERE	40
LES DEPENDANCES IDEOLOGIQUES	41
LES CONSEQUENCES DE CETTE DOUBLE DEPENDANCE.....	44
CHAPITRE 4 – LES BARRIERES SOCIALES	48
LA PAUVRETE ET L’EDUCATION	48
LA DOMINATION MASCULINE	50
LES PATRONS CULTURELS DU COMPORTEMENT REPRODUCTIF ET SEXUEL	54
CHAPITRE 5 – LES BARRIERES MEDICALES.....	59
L’ACCES GEOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE ET CULTUREL	59
L’ATTENTION MEDICALE.....	62
LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE.....	66
LA DESHUMANISATION DU TRAITEMENT	69
CONCLUSION – PEUT-ON PARLER DE DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS CHEZ LES FEMMES RENCONTREES ?	71
BIBLIOGRAPHIE	74

REMERCIEMENTS

L'investigation présentée ici est le résultat d'une longue et importante étude de terrain menée en Amérique Latine, en Bolivie notamment, et fit l'objet d'un chapitre conséquent de ma thèse de Doctorat. Tout ce travail n'aurait pas été possible sans la rencontre et le soutien de nombreuses personnes croisées et connues lors de cette aventure.

Je tiens à remercier tout d'abord les femmes boliviennes que j'ai rencontrées et consultées dans les hôpitaux et dans les ateliers organisés pour s'être confiées et pour m'avoir raconté un peu de leur vie. Sans elles, sans leurs histoires, sans leurs expériences dévoilées et observées, mon enquête n'aurait eu aucun sens et aucune pertinence. Je remercie également tout le personnel médical, et notamment les directeurs des hôpitaux étudiés pour m'avoir donné une telle opportunité, et toutes les acteurs sociaux et politiques qui ont accepté de me donner un peu de leur temps et de dialoguer un moment avec moi.

J'exprime aussi toute ma gratitude à Sarah Arnez, Conseillère Municipale d'El Alto, pour m'avoir guidée et soutenue dans ce travail, pour m'avoir permis de participer à des événements pacéniens et alténiens politiques et culturels exceptionnels, pour avoir éveillé en moi l'empathie et la sensibilité de la thématique étudiée.

Je dédie également une mention spéciale de remerciements à Susanna Rance Ph.D., Professeure au CIDES-UMSA, devenue peu à peu un appui sociologique clé, pour son engagement et son attention dans ma recherche, pour ses critiques rigoureuses et ses motivations, et enfin, pour m'avoir guidée dans la méthodologie à suivre.

Je remercie Jean-Joinville Vacher, Représentant de l'IRD en Bolivie, pour son soutien administratif tout au long de mon séjour et de mon enquête en Bolivie.

Et surtout, toute ma gratitude va à Maria Eugenia Cosio Zavala qui a dirigé ce travail avec motivation, intérêt et gentillesse, qui m'a fait confiance tout au long du chemin, qui m'a donné une grande marge de liberté dans la recherche et la méthodologie, et qui a consacré du temps et de l'énergie pour relire cette version remaniée et résumée de ma thèse.

Bien sûr, je n'oublie pas et tiens à remercier tout le soutien familial, affectif et amical, sans lequel ce travail aurait été difficile, voir impossible.

INTRODUCTION

« Comment et que faire pour que les résultats des investigations socioculturelles servent à changer et améliorer les conditions de vie des hommes et des femmes est l'un des principaux objectifs de tout professionnel travaillant dans la recherche »

CIEPP (Rance et al, 2002 : 5)

LES PREMICES D'UNE AVENTURE DOCTORALE

En 2000, nous avons concrétisé notre passion pour l'Amérique Latine et pour la sociologie du genre à travers la réalisation d'un mémoire de Diplôme d'Etudes Approfondies (DEA) au sein de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS). Ce travail, dirigé par Yvon le Bot, consistait à analyser les mobilisations des femmes latino-américaines émergentes sur le continent dans les années 1970. Nous avons fondé notre analyse sur une révision d'écrits et d'ouvrages sociologiques, et observé que loin d'être un mouvement social, uniforme et unifié, les mobilisations féminines et féministes n'en étaient pas moins des moteurs de changement social et politique. Elles renforcent en effet les actions et les identités féminines, synonyme de « microdémocratisation » familiale et domestique, et connotent entre autre une nouvelle façon de faire de la politique.

Si l'analyse du genre fait prendre conscience des pratiques d'expropriation des corps à travers différents contrôles opérés par les cultures, les religions, les familles, les morales et les politiques étatiques, l'étude sociologique des mobilisations féminines en Amérique Latine rend compte d'un important activisme des femmes dans l'histoire politique et économique de la région. Se met ainsi en route un processus social à travers lequel vont se rendre visible les femmes comme réalité, comme acteur tant pour elles-mêmes (auto valorisation) que pour la société. Les femmes latino-américaines ont participé et participent donc pleinement au processus de développement national et international. Cependant elles n'en reçoivent pas les bénéfices matériels et symboliques. Pourquoi donc existe-t-il un tel décalage ? Nous souhaitons alors comprendre et analyser les raisons et les conséquences des discriminations envers les femmes dans cette même région, l'Amérique Latine.

Maria Eugenia Cosio Zavala, professeure à l'Université de Paris X-Nanterre, a suivi de près notre travail universitaire, et à la fin de notre DEA, auquel elle participa en tant que membre du jury, nous avons décidé de poursuivre ensemble, à partir de 2001, cette recherche sur les femmes latino-américaines depuis une perspective de genre. C'est ainsi que commença l'aventure doctorale au sein du Centre de Recherche et de Documentation sur l'Amérique Latine (CREDAL), Centre de l'Université Paris III – Sorbonne Nouvelle, dirigé par Maria Eugenia Cosio Zavala.

En France, la recherche scientifique sur la situation des femmes d'Amérique Latine, de Bolivie surtout, est relativement limitée, ou essentiellement axée sur la période des années 1970 et 1980, lors des fortes mobilisations populaires de femmes, et surtout de mères, dans la région. Il existe donc peu de documents sur la condition et la situation féminines actuelles de ce continent. Le thème semblerait avoir perdu de la visibilité tant au niveau des sciences sociales qu'au niveau de la société latino-américaine et de l'Etat d'ailleurs. Ce travail permettrait ainsi d'actualiser les connaissances sur la population féminine de la région, sur ses droits et sa réalité, et, éventuellement, d'éclairer ou d'enrichir les décisions, les impératifs d'actions des différentes institutions et organisations.

Il fallait alors concrétiser le tout en un projet de recherche solide qui guiderait notre problématique pendant de nombreuses années. Mais le sujet restait ample, flou et nous ne trouvions pas d'acheminement concret pour nos hypothèses et notre investigation. C'est à ce moment que nous avons eu la chance de rencontrer Guy Mazet, juriste, chargé de recherche au CREDAL. Il travaillait alors sur la Convention des Nations Unies pour l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à

l'Egard des Femmes (CEDAW), et plus particulièrement sur l'ontologie des droits reproductifs dans cette Convention. La CEDAW est ainsi devenu le fil conducteur de notre étude, le référent normatif pour étudier la réalité sociale des femmes en Amérique Latine.

Notre thèse consisterait alors, à partir d'une question théorique (l'injonction internationale en matière de droits humains des femmes), à observer dans les réalités politiques et sociales latino-américaines l'application, les répercussions et la réappropriation des principes de la Convention étudiée dans l'ensemble de la région. A partir de ce contexte, nous voulions, à travers une documentation approfondie et des rencontres informelles futures voir les applications et les répercussions générales de la CEDAW en Amérique Latine, où les Etats ont tous ratifié la convention, et mettre en parallèle le monde politique et légal avec la réalité, le quotidien des femmes latino-américaines, essentiellement dans les domaines de l'éducation, du travail, de la politique et de la violence.

L'INVESTIGATION PREALABLE EN AMERIQUE LATINE

Cette étude a fait l'objet d'une préparation théorique de 6 mois, en Espagne (2002-2003), au sein du Centre d'Etudis Demografics de l'Université Autonome de Barcelone, à travers la Bourse Marie Curie. Là, grâce à l'appui de Maria Do Carmo Fonseca, démographe brésilienne, qui a longtemps travaillé sur la santé reproductive et sexuelle des femmes latino-américaines, nous avons dessiné un projet de recherche concret et précis, et longuement préparé notre futur travail en Amérique Latine, dont le terrain est souvent instable et parfois difficile à intégrer.

Puis, grâce à l'obtention de la Bourse Alfapop II, une bourse octroyée pour 20 mois par la Commission Européenne, nous nous sommes rendue en Amérique Latine, en Argentine, en Uruguay et au Pérou notamment. A Buenos Aires, durant une semaine, nous nous sommes plongées dans une importante documentation locale et nationale, et avons rencontré de nombreuses personnalités académiques telles que Cristina Cacopardo, professeure de démographie à l'Université de Lujan. Cristina Cacopardo nous présenta notamment une femme docteur retraitée, féministe convaincue, mobilisée sur la dépénalisation de l'avortement en Argentine, qui sera une rencontre essentielle et décisive pour la suite de notre étude. Cette docteure a apporté des connaissances clés sur la santé reproductive et sexuelle en Argentine et en Amérique Latine, à travers son expérience, des documents, des articles de journaux, de groupes de femmes et des témoignages qu'elle possédait. Elle nous offrit la possibilité d'assister à une réunion de l'Assemblée Permanente pour le Droit à l'Avortement dont elle est membre. Cette assemblée se mobilise pour organiser des conférences, des manifestations, pour publier des articles afin de démocratiser l'avortement et aider les femmes qui souhaitent avorter.

Le séjour d'un mois à Montevideo a offert à la recherche une véritable expérience de terrain préalable, au cours de laquelle nous avons rencontré de nombreuses personnes fortement mobilisées, et connu diverses associations et Organisations Non Gouvernementales (ONG). Ce travail d'approche fut guidé et appuyé par Graciela Dufau, avocate, alors Responsable de la Jurisprudence à la Cour Suprême d'Uruguay et membre du Comité d'Amérique Latine et des Caraïbes pour la défense des Droits de la Femme (CLADEM) en Uruguay. Le CLADEM est un réseau de femmes et d'organisations féminines d'Amérique Latine qui tend à promouvoir et appliquer une défense effective des droits des femmes dans la région. Ces activités sont essentiellement centrées sur les droits économiques, sociaux et culturels, la pleine participation citoyenne, les droits reproductifs et sexuels, et le droit à une vie dépourvue de violence. Au moment de notre enquête, le CLADEM-Uruguay travaillait et se mobilisait pour l'approbation et la diffusion d'un projet de loi relatif aux droits reproductifs et sexuels, approuvé à la Chambre des députés, en suspens au Sénat. Ce projet proposait notamment la dépénalisation de l'avortement.

Grâce à Graciela Dufau, nous avons pu assister à diverses réunions, fermées et ouvertes, de ce Comité, et nous avons rencontré ses principaux membres, à savoir Susana Rostagnol, anthropologue spécialisée en droits reproductifs et sexuels de la Faculté des Humanités et des Sciences de l'Education, Moriana Hernandez, sociologue et Conseillère Parlementaire et Nea Filgueira, sociologue, fondatrice et coordinatrice du Groupe d'Etudes sur la Condition de la Femme (GRECMU)

en particulier. Ces rencontres furent fondamentales pour la suite de notre recherche. Nea Filgueira, notamment, a été d'une grande aide scientifique pour le sujet d'étude, son orientation, la méthodologie et l'éthique à suivre.

D'autres discussions informelles, c'est à dire sans questionnaire ni dictaphone, et observations spontanées furent également conduites à Montevideo auprès de responsables d'associations telles que la Maison de la Femme, la Commission Nationale de Suivi des accords de Beijing (CNS), l'organisation féministe Quotidien Femme, et Femme et Santé en Uruguay (MYSU). Nous nous sommes aussi entretenues avec Gilda Vera, Sage-femme de la Maison des la Femme, également membre du Réseau Latino-américain et des Caraïbes pour l'Humanisation de l'Accouchement et la Naissance.

Le séjour au Pérou, essentiellement à Lima, où nous sommes restée une semaine, a été synonyme de rencontres variées : rencontre notamment de Roxana Guereira, responsable des droits reproductifs et sexuels de l'institution féministe Centre de la Femme Péruvienne 'Flora Tristan', du Mouvement 'Manuela Ramos', associations civiles péruviennes, qui travaillent pour améliorer la situation et la position des femmes, et du CLADEM-Pérou, siège du réseau régional. Une rencontre est à souligner, celle de Thérèse Bouysse Cassagne, ethno historienne du CREDAL/CNRS, alors en poste à l'Institut Français d'Etudes Andines (IFEA), qui étudie les sociétés aymara et inca, et le métissage. Elle a longtemps travaillé en Bolivie, et a permis ainsi d'établir les premiers contacts pour la recherche dans ce pays.

L'étude de terrain préalable en Amérique Latine a donné lieu à de nombreuses documentations locales, participations au sein de réunions d'organisations, visites de centres et associations de femmes, rencontres et observations générales et particulières qui ont permis de se familiariser à la condition des femmes sur le continent, de se sensibiliser et d'évaluer, à courte échelle, leurs situations, leurs mobilisations et leurs revendications au sein de la société civile organisée, leurs activités et actions. Ce travail a permis notamment d'appréhender les négociations entre le mouvement des femmes et le pouvoir politique, et de rendre compte des revendications, des stratégies et des pressions concertées, négociées et exercées par le mouvement des femmes dans le monde social et politique, pour l'adoption d'un projet de loi spécifique sur les droits reproductifs et sexuels par exemple. Il a aussi apporté des éléments scientifiques et méthodologiques pour une étude de cas plus approfondie et pertinente. Nous nous sommes également rendu compte *in situ* que les droits reproductifs et sexuels étaient au cœur des débats féminins et féministes, politiques et sociaux, ce qui confirmait notre choix pour un tel thème.

LE TRAVAIL DE TERRAIN EN BOLIVIE

Cette recherche s'est ensuite focalisée et concentrée, comme convenu, sur la Bolivie, un pays choisi pour 3 principales raisons :

- la diversité culturelle et sociale du pays. Il nous semblait en effet intéressant de voir les répercussions d'une convention signée par le gouvernement sur une communauté féminine plurielle. Pour évaluer l'application d'un compromis international, il est nécessaire de prendre en compte les dynamiques contextuelles, conjoncturelles et culturelles. Il s'avérait donc pertinent d'étudier l'application de l'égalité homme-femme, véhiculée par la CEDAW, en Bolivie, pays multi social et multiculturel, où la femme est plurielle¹. Une telle étude permettrait notamment de voir l'impact et l'efficacité des mesures gouvernementales sur diverses communautés féminines, et de montrer que l'exercice et la jouissance des droits humains des femmes dépendent de nombreuses variables politiques, sociales et culturelles, qui peuvent alors réfuter une vision ethnocentrique et figée de ces droits.

¹ Elisabeth Jelin, sociologue argentine, définit les femmes comme une catégorie sociale transversale aux classes, aux groupes ethniques, aux communautés et aux nations, et non un groupe social en soi.

- l'importante mobilisation des femmes dans l'histoire économique et politique du pays. Dans toute son histoire, la Bolivie a connu une importante mobilisation des femmes, contre la dictature en particulier, ou lors des crises économiques. Cette mobilisation se retrouve entièrement dans le personnage de Domitila Barrios de Chungara, qui s'est battue pour les mineurs, et contre la dictature du Général Banzer. La Bolivie a même eu une femme présidente, Lidia Gueiler Tejada, de 1979 à 1980. Malgré tout, il n'existe pas dans le pays de réelle reconnaissance des droits politiques et sociaux des femmes boliviennes.

- et enfin les avancées politiques et normatives en matière d'égalité homme-femme. L'Etat bolivien a ratifié la CEDAW en 1989. Dès les années 1990, de nombreuses mesures et innovations ont été formulées pour améliorer le sort des femmes dans le pays.

A travers nos nombreuses lectures, dont les revendications et les caractéristiques furent confirmées lors du terrain, nous nous sommes rendu compte que la discrimination des femmes latino-américaines était souvent justifiée par leur rôle reproductif et maternel, que les questions reproductives et sexuelles entraînaient une certaine vulnérabilité et marginalité des femmes, et suscitaient aujourd'hui de nombreuses mobilisations et revendications au sein des sociétés civiles organisées de la région. Nous avons donc confirmé notre choix de la thématique des droits reproductifs, un des principaux thèmes de la CEDAW, pour notre étude, et nous avons décidé de l'élargir aux droits reproductifs et sexuels. De plus la situation des femmes boliviennes dans le domaine de la reproduction et de la sexualité est peu connue, développée et étudiée en France.

Après un bilan très général de la situation et de la condition politique et sociale des femmes dans le pays, qui met en exergue un important décalage entre l'égalité de droit et l'égalité de fait, nous avons donc axé l'étude de cas sur un thème précis de la Convention, les droits reproductifs et sexuels, dans un cadre particulier, La Paz et El Alto. Grâce à notre centre de recherche, le CREDAL, et à l'appui administratif *in situ* de l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) Bolivie, nous avons mené une enquête de terrain de plus de trois ans, entre 2003 et 2006.

La recherche consistait donc à observer et appréhender la réalité reproductive et sexuelle des femmes boliviennes, de La Paz et d'El Alto en particulier, et d'évaluer ainsi l'impact de la CEDAW et des programmes du Caire et de Beijing, sur la reproduction et la vie sexuelle de ces femmes. Comment les droits reproductifs et sexuels, à travers la contraception et l'avortement, sont-ils normalisés et promus dans le monde politique bolivien ? Quelle en est leur expression légale et sociale ? Et surtout, comment sont-ils appréhendés par les femmes elles-mêmes ?

Il est vrai que, dans ce pays, les recherches en sciences sociales concernent essentiellement l'altiplano bolivien ou le monde andin. Silvia Salinas Mulder, dans *Demography from the soul* (Salinas M., 2000) explique que l'administration et la production de savoirs en Bolivie sont surtout orientées sur les Andes. Les études privilégient les cultures aymara et quechua en prêtant peu d'attention à la richesse et la diversité ethnique des terres basses. Selon le Docteur Aramayo, qui était alors Conseiller en droits reproductifs et sexuels à la Commission des Droits Humains du Parlement, la culture bolivienne est associée au « Monolito », divinité de Tiwanaku, symbole du monde andin, alors que la majorité du territoire est constituée de plaines et de vallées.

Cependant, l'étude s'intéressait à l'adoption de lois et de programmes, à l'action de la société civile organisée, et à la répercussion de ces mesures sur la population. La Paz est le siège du gouvernement bolivien. C'est précisément là que sont prises les décisions politiques, mais aussi où s'organise la mobilisation sociale. El Alto, ancien quartier marginal de la capitale, en est une ville limitrophe. Il était donc intéressant de voir comment se répercutent et s'appliquent directement auprès de la population, les mesures et les actions sociales et politiques, là où elles sont adoptées et développées. A La Paz et El Alto il existe un lien direct entre les lois, les actions de l'Etat et de la société civile, et la réalité de la population. Les services publics, les infrastructures y sont par ailleurs particulièrement développés, notamment les services de santé, et leur accès n'est, en théorie, pas un problème en soi, en comparaison des campagnes ou autres villes. De plus, les caractéristiques politiques, sociales et culturelles en matière de santé reproductive et sexuelle de ces deux univers urbains se sont avérées pertinentes pour l'étude. Certains indicateurs sont représentatifs de la moyenne nationale et témoignent surtout de carences, de nécessités insatisfaites pour planifier la famille, d'une faible incidence des

accouchements institutionnels et des contrôles prénatals. D'autre part, le taux de mortalité maternelle et le nombre d'avortements dans ce département sont particulièrement élevés.

Après un travail bibliographique et théorique, nous avons réalisé une étude de terrain fondée sur la recherche action, et menée à trois niveaux : le niveau des politiques publiques (institutions gouvernementales), le niveau intermédiaire ou médiateur (organisations non gouvernementales, boliviennes et internationales, mouvements sociaux), et le niveau social (population bolivienne non mobilisée). A tous ces niveaux, nous avons conduit, à La Paz et El Alto, des entretiens qualitatifs auprès de chercheurs et d'universitaires, de responsables politiques, de médecins, de coordinateur/rices de projets nationaux et internationaux, soit auprès de plus de 100 personnalités liées à la problématique étudiée, qui normalisent et administrent le thème des femmes et de leur santé reproductive et sexuelle. Furent également menées des observations spontanées au sein d'institutions gouvernementales, telles que le Ministère de la Santé et ses dépendances, d'Organisations Non Gouvernementales (ONG), telles que le Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), la Coordinadora de la Mujer et autres groupes féminins et féministes, et enfin auprès d'organisations internationales implantées dans le pays, celles de la coopération ou des Nations Unies.

Des discussions et observations furent également réalisées auprès de femmes sans caractéristique particulière, non mobilisées mais liées au thème de la santé reproductive et sexuelle, ces femmes étant la population préférentielle et référentielle de la recherche. Où trouver alors cette population féminine ? Les hôpitaux publics, dans les services et les consultations gynécologiques et obstétriques, sont apparus comme les lieux les plus appropriés à l'étude étant donné qu'en théorie ces services, qui sont publics, appliquent directement les mesures de santé du gouvernement, et que les femmes qui s'y rendent sont à cet endroit exposées à exercer leurs droits reproductifs et sexuels.

L'étude s'est donc déroulée dans trois hôpitaux publics de La Paz et El Alto, où furent rencontrées et observées plus de 180 femmes hospitalisées ou en consultation, auprès desquelles furent établis des dialogues afin de connaître, à partir de leurs propres discours, leurs expériences sur leur vie reproductive et sexuelle. Ces entretiens informels ont suivi les principes méthodologiques du Dialogue des Savoirs (« Diálogo de Saberes »), méthodologie d'investigation qualitative reprise et développée par Susanna Rance², qui s'inspire des théories et pratiques de l'Education Populaire des années 70 (Rance et al., 2002).

Le Dialogue des Savoirs appréhende l'entretien comme un dialogue entre l'enquêteur et l'enquêté, comme un échange de connaissances, d'expériences et d'idées, un échange qui cherche l'horizontalité de la relation ainsi créée, et qui va au delà d'un profit instrumental, d'une confirmation de théorie ou d'hypothèses. Dans ce contexte, la conversation ne suit pas les formalités protocolaires de l'entretien, et privilégie ce que la personne rencontrée veut raconter. Celles-ci deviennent des sujets actifs et réceptifs de l'étude, et ne sont pas uniquement considérées comme des sources d'information ; elles contribuent notamment à connaître et transformer la réalité dans laquelle elles sont impliquées.

Comme nous le verrons plus loin, les premiers entretiens effectués auprès des femmes hospitalisées ou consultantes furent enregistrés. Mais les échanges se sont avérés plus riches après les enregistrements. Les conversations suivantes ne furent donc pas retranscrites, car le fait d'enregistrer créait une ambiance plus officielle que confidentielle et intimidait souvent l'interlocutrice. Comme l'explique Susanna Rance, il est parfois préférable d'avoir une bonne information floue qu'une information superficielle précise.

Cette méthodologie repose sur une volonté d'écoute, de concevoir l'entretien comme un dialogue constructif, selon un processus de préparation préalable. La personne consultée peut alors se confier, dialoguer librement, et si elle le souhaite, sans jugement de valeur, préjugé ou méfiance. Ceci constitue également en soi la limite de cette méthode étant donné qu'il est impossible d'évaluer la pratique à partir du discours présenté. Cependant, il s'agit là d'une méthode pour l'investigation action qui promeut le changement social en forme concertée avec le groupe humain impliqué.

² Susanna Rance, célèbre figure de la sociologie bolivienne, est spécialisée en thèmes de genre et en méthodologie sociale ; elle est pionnière en questions de santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

Nous avons également mené, au sein de ces hôpitaux, et autres centres de santé, des observations systématiques (qui consistent à recueillir des informations sur un processus objectif d'un phénomène social et/ou d'un groupe humain dans un temps déterminé), et participantes (se faire oublier en tant que chercheur/se, se fondre dans le décor), qui ont permis de connaître le milieu médical relatif à la santé reproductive et sexuelle, et à l'exercice des droits en la matière.

L'observation participante est une méthodologie qualitative de sociologie développée par l'Ecole de Chicago, par Erving Goffman, sociologue américain, en particulier. Elle se caractérise par une période d'interactions sociales entre le chercheur et les sujets, dans un milieu de ces derniers, en s'intégrant temporairement au sein du groupe étudié, intégration au cours de laquelle des données sont systématiquement collectées (Goffman, 1979). Ces observations consistaient ici à suivre et aider le personnel, assister aux consultations externes et internes, aux accouchements, consulter les histoires cliniques, en respectant toujours l'intimité et la pudeur des femmes. L'attention médicale, les soins, les pratiques, ainsi que les relations et les interactions étaient motifs d'observations permanentes, et toutes ces données étaient régulièrement notées dans un agenda de terrain.

L'information précédemment recueillie fut complétée par l'organisation et la réalisation d'ateliers au sein de groupes de femmes de La Paz et El Alto, tels que les Manzaneras de Salud ou les Centros de Madres, soit auprès d'environ 40 femmes. Ces ateliers, qui portaient sur le thème de la santé maternelle et féminine, suivaient également la méthodologie du « Diálogo de Saberes » et consistaient ainsi à construire des espaces de réflexion collectifs et participatifs sur la santé des mères et des femmes en général, en considérant les idées, connaissances et pratiques de chaque participante.

Il est évident que ce travail de terrain a rencontré de nombreuses difficultés. Assister aux soins gynécologiques, aux accouchements n'a pas toujours été une expérience facile, notamment à l'hôpital d'El Alto, où surviennent de nombreuses complications. Nous nous rappelons notamment du premier accouchement observé, où le bébé est mort né. D'autre part, le fait d'être une femme aide, voire est nécessaire, pour une étude dans ces services médicaux. Mais le fait d'être étrangère, « gringa » comme ils disent, a certes suscité la curiosité, mais elle a parfois engendré la méfiance voire le rejet.

La recherche dans les hôpitaux a été conduite dans une totale discrétion. Cependant, il faut tenir compte de l'influence de la présence de la chercheuse dans les discours des femmes, et dans les pratiques du personnel. Cette influence ne peut malheureusement pas être vérifiée ou démontrée. Dans le même ordre de difficultés, la définition de cette présence, du rôle de la sociologue n'était pas évidente, ni pour le personnel, ni pour les femmes en consultation ou hospitalisées. Le travail de sociologue est méconnu, et souvent associé à celui du psychologue ou de l'assistant social. Le fait de porter une blouse blanche, imposé par l'hôpital, alimentait la confusion. En prenant la chercheuse pour un médecin, une psychologue ou autre personnalité de l'hôpital a dû influencer la qualité des discours, et ce, malgré les explications données sur le travail mené.

Enfin, la plus grande difficulté rencontrée fut le refus d'un hôpital, clé pour l'étude, à enquêter au sein des services d'hospitalisation car la méthodologie était estimée inappropriée au lieu, et une telle enquête s'avérait « dangereuse ». Seules des observations au sein de la salle d'attente des consultations gynécologiques et obstétriques extérieures furent autorisées et effectuées.

Malgré ces difficultés, la méthodologie adoptée nous a permis d'obtenir de nombreuses histoires et descriptions. Ces entretiens et observations ont souligné certaines réalités politiques, sociales et médicales, certains indicateurs de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, qui permettent de rendre compte de l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes boliviennes. Cependant, les analyses et les conclusions présentées ne peuvent se généraliser, étant donné que la recherche fut réalisée dans des milieux médicaux particuliers (trois hôpitaux publics), et dans un contexte urbain spécifique (La Paz et El Alto). D'autres réalités auraient pu être observées dans d'autres établissements et contextes. L'étude reflète donc la population étudiée, sans aucune généralisation possible à la réalité bolivienne dans son ensemble.

« Les droits reproductifs et sexuels en Bolivie » est pour résumer le résultat de nos documentations, observations et discussions menées lors de notre étude de terrain de Doctorat. Il s'agit du dernier chapitre de notre thèse, une thèse obtenue avec succès le 2 juin 2006. Cette investigation, qui s'inscrit dans les études de genre et la sociologie de la santé, décrit et analyse les réalités reproductives et sexuelles des femmes rencontrées à La Paz et El Alto. Elle offre une recherche sur l'état des droits afférents dans ces deux principales villes de Bolivie.

L'étude suit une approche pluridisciplinaire (historique, sociologique, juridique, politique, démographique, anthropologique) des droits des femmes, domaine particulièrement récent dans les sciences sociales et politiques, qui tend aujourd'hui à se développer. La santé depuis une approche sociale est un thème naissant dans la recherche scientifique. Les questions reproductives et sexuelles représentent une thématique actuelle, tant dans l'investigation sociale *in situ*, que dans la recherche de politiques et d'actions sociales. Elles suscitent également aujourd'hui d'importants débats régionaux voire mondiaux, et constituent désormais un enjeu dans les relations politiques, un objet de politiques nationales et internationales.

Ce livre tend alors à illustrer comment les actions et mesures des gouvernements successifs et les activités de la société civile organisée montrent une nouvelle conscience dans le cadre de la santé reproductive et sexuelle. En effet, de nombreux efforts sociaux et politiques sont développés dans le pays. A partir des années 1990, la Bolivie met explicitement en place des politiques pour améliorer les indicateurs de santé reproductive et sexuelle, situés parmi les plus bas d'Amérique Latine, et, dans une moindre mesure, pour promouvoir les droits reproductifs et sexuels. Mais l'Etat maintient à cet égard un comportement versatile, et d'autres facteurs éducatifs, économiques et culturels rendent difficile l'application réelle de ces droits. Ces derniers peuvent expliquer les déficiences qualitatives et quantitatives des services de santé et la non satisfaction des nécessités réelles des femmes. La réalité sociale de la santé reproductive et sexuelle, révélatrice de l'exercice des droits afférents, reste fortement caractérisée dans le pays par un nombre important de grossesses non planifiées et non désirées, par une demande insatisfaite en matière de contraception, et par une incidence notable de l'avortement clandestin sur la santé et la vie des femmes. Face à un contexte normatif et social favorable, les femmes sont soumises à de nombreuses dominations qui influent sur leur état de santé reproductive et sexuelle, sur leur libre-arbitre en matière de reproduction et sexualité, et conditionnent leur accès aux services, aux connaissances et pratiques, et surtout à l'exercice de leur droits reproductifs et sexuels.

Le cadre théorique de l'analyse repose sur le fait qu'il existe une réelle demande explicite et implicite relative à l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Or, le système patriarcal et la domination masculine interfèrent dans les décisions reproductives et sexuelles des femmes, semblent avoir un poids plus important que les lois ou les volontés politiques et sociales et déterminer la vie privée et publique des femmes boliviennes. D'autre part, les femmes qui souhaitent décider de leur vie reproductive et sexuelle rencontrent dans le pays de nombreux obstacles d'ordre culturel et médical, dans un contexte politique qui repose sur un discours conventionnel dont les noyaux durs sont l'hétérosexualité, la double morale sexuelle, la famille nucléaire traditionnelle, la version romantique de la maternité et la non acceptation de l'avortement.

CHAPITRE 1

L'HISTOIRE POLITIQUE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS EN BOLIVIE

La discrimination à l'égard des femmes (on parle plus tard de discrimination de genre³) générale et universelle - Sophie Bessis parle de « moitié marginalisée de l'Humanité » (Bessis, 2001) - constitue une préoccupation de la Communauté Internationale depuis de nombreuses décennies, depuis notamment la création des Nations Unies en 1946. En effet, depuis leur naissance, les Nations Unies ont joué « *un rôle essentiel dans le dévoilement planétaire de la question féminine* » (Bessis, 2001). Hanna Binstock, consultante de l'Unité Femme et Développement aux Nations Unies, explique que des études statistiques, menées et financées par cette instance, ont prouvé que l'égalité des droits des femmes influait sur le bien-être de la société, et « *la dévalorisation de la femme fut identifiée comme cause et effet du sous développement et liée aux problèmes de pauvreté, surpopulation, analphabétisme, dénutrition et insalubrité* » (Binstock, 1998 : 10). Le thème gagne en visibilité lors de la Première Conférence Mondiale sur la Femme, à Mexico en 1975, où apparaît la nécessité de créer un instrument qui rappellerait et protégerait les droits humains des femmes, non assumés et non appliqués malgré la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948.

C'est ainsi qu'en 1979, l'Assemblée Générale des Nations Unies adopte la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, plus communément appelée CEDAW selon son abréviation anglaise (Convention on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women), ou Convention de la Femme. Cette Convention propose une révision des droits humains afin d'y intégrer de façon explicite les droits des femmes. Elle insiste particulièrement sur leur statut juridique, sur leur droit de procréer, et sur les incidences de la culture et de la tradition qui peuvent parfois limiter l'exercice de leurs droits fondamentaux. En la ratifiant, les Etats Parties s'engagent à « *assurer le plein épanouissement et le progrès des femmes, en vue de leur garantir l'exercice et la jouissance des droits de l'Homme et des libertés fondamentales sur la base de l'égalité avec les hommes* » (CEDAW, 1979, article 3), à mettre en place des dispositifs légaux et sociaux pour promouvoir les femmes, et à faire disparaître et réprimer légalement toute discrimination à leur égard.

La CEDAW est pionnière en matière de droits des femmes. Elle marque une sorte d'apogée des efforts des Nations Unies dans ce domaine, et joue un rôle important pour l'amélioration de la condition féminine. Elle est devenue à cet égard le principal instrument international. Il s'agit également du traité onusien le plus signé : en mars 2005, la CEDAW regroupait 98 signatures et 180 ratifications. Elle est plus tard renforcée, mais surtout rappelée par d'autres instruments internationaux : « *comprenons que les résolutions, telles que les Stratégies de Nairobi, la Déclaration sur l'élimination de la violence contre la femme, la Plateforme d'Action de Beijing et les résolutions des conférences et rencontres internationales, comme le Sommet Mondial en faveur de l'enfance, le Sommet sur la Terre, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement et le Sommet Mondial sur le Développement Social, sont, par rapport aux droits de la femme, des appels, des réitérations, des développements de ce qui fut établi dans la Convention ; sont des guides d'orientations pour l'action, mais surtout, un appel d'attention sur le fait que n'a pas été accompli ce qui est établi dans la Convention. Cela constitue un cadre juridique plus que suffisant, mais le processus d'application a souffert de difficultés propres aux profonds changements culturels que la*

³ Le genre est un concept sociologique qui détermine le sexe socialement construit, et se réfère aux différences non biologiques (psychologiques, sociales, économiques, démographiques, politiques, etc.) distinguant les hommes et les femmes (voir l'article de Christine Delphy, « Penser le genre : quels problèmes ? », in *Sexe et Genre*, Edition du CNRS, 1991).

Convention implique, et cela a déterminé la nécessité de réitérer l'engagement assumé par les Etats de part leur signature et ratification » (Binstock, 1998 : 16).

La législation internationale sur les droits humains est une base utile et parfois nécessaire pour les impulser au niveau national. Traditionnellement, le rôle des systèmes internationaux dans la protection des droits humains est conçu comme complément des autorités nationales, sur lesquelles retombe la responsabilité principale d'implanter les normes internationales obligatoires. Quand un pays ratifie un traité international, son gouvernement a le devoir d'en appliquer le contenu. La ratification de la CEDAW symbolise donc une certaine prise de conscience des gouvernements, ainsi placés devant de nouvelles responsabilités. Parallèlement, les traités internationaux servent de base d'action et de référent pour la société civile organisée, qui peut les utiliser pour faire pression auprès du gouvernement.

Mais « *comment faire pour que les droits humains aient un véritable impact dans la vie réelle des femmes ?* » (Cook, 1997). La société civile renvoie à une volonté populaire et l'Etat à une volonté juridique et bureaucratique. Seule une combinaison des deux, réunis à un moment précis de l'histoire, amène au changement, à la créativité et à l'action sociale. La première se limite à la mobilisation et à la conscientisation, la seconde à l'articulation et l'application. La société civile est nécessaire pour créer les conditions qui permettent au droit de « s'élever » et est utile pour assurer l'application de la loi. Mais, d'un autre côté, sans le droit, les activistes des droits humains lutteraient contre des moulins à vent (Coomaraswamy, in Cook, 1997). Il paraît ainsi indispensable de normaliser l'articulation de l'Etat avec la société civile organisée et la population féminine dans son ensemble.

Malgré la norme internationale, malgré les mesures gouvernementales adoptées, malgré les actions et la mobilisation sociale, les femmes restent la population mondiale la plus marginalisée, tant par leur statut civil, qu'à travers la culture et l'exercice de leurs droits. « *Les conférences internationales de la décennie auraient-elles été inutiles ? La Conférence mondiale de Nairobi, en 1985, qui envisageait une stratégie pour une plus grande égalité entre hommes et femmes, celle de Vienne sur les droits de l'Homme qui a réuni 171 Etats en 1993, celle du Caire de 1994 sur la population et le développement ou la 4^{ème} Conférence mondiale sur les femmes en 1995, qui vit affluer 30 000 femmes à Pékin, n'auraient-elles eu aucun impact ? La question mérite d'être formulée face à la lenteur des progrès et aux régressions trop souvent constatées* », écrit Jack Lang dans l'avant propos de *Enquête sur la situation des femmes dans le monde* en 1998 (Assemblée Nationale et Commission des Affaires Etrangères, 1998 : 10).

L'application des instruments, tels que la Convention de la Femme, et la réalisation des principes évoqués se heurtent à des barrières d'ordre idéologique et pragmatique : la Convention ne génère pas l'égalité entre les hommes et les femmes par sa simple adhésion. Pour reprendre les phrases de Jack Lang dans ce même rapport parlementaire de 1998, « *Un constat liminaire s'est imposé : la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes est évidemment loin de générer l'égalité hommes - femmes dans un pays par sa seule ratification. En revanche, dans la majorité des quelques trente pays qui ne l'ont pas encore ratifiée, parmi lesquels outre les Etats Unis, on compte l'Arabie Saoudite, le Brunei, les Emirats Arabes Unis, l'Iran, la Mauritanie, le Niger, Oman, le Soudan, la Syrie... la situation des femmes reste très préoccupante (...)* » (Assemblée Nationale et Commission des Affaires Etrangères, 1998 : 6)⁴. Sa ratification semble alors nécessaire mais non suffisante pour changer la situation et la condition des femmes au niveau national. La CEDAW, comme les autres mesures intergouvernementales, est donc un moteur de changement, qui comporte toutefois certaines limites intrinsèques, parmi lesquelles notamment, celle de ne pas avoir explicitement incorporé l'éradication de la violence envers les femmes comme un droit fondamental. La Convention s'avère également parfois vaine et inefficace, quant au conservatisme et intégrisme de certains Etats notamment.

En effet, de par son article 28, la CEDAW donne la possibilité aux Etats Parties d'émettre des réserves. Certains Etats ont ainsi émis des réserves sur des articles primordiaux de la CEDAW, tel que

⁴ Depuis les propos de Jack Lang, à la date du 18 mars 2004, adhésion à la Convention de l'Arabie Saoudite (7 septembre 2000), des Emirats Arabes Unis (6 octobre 2004), de la Mauritanie (10 mai 2001), du Niger (8 octobre 1999), et du Soudan (28 mars 2003).

l'article 2 qui demande aux Etats d'adopter une politique de la non discrimination avec réformes de la législation nationale et retrait des dispositions pénales discriminantes, invoquant parfois la religion ou les traditions culturelles du pays. Ces réserves permettent donc aux Etats Parties de se soustraire à certaines obligations importantes, ce qui affecte profondément l'intégrité et l'essence même de la Convention, et dénature le compromis. *« La Conférence mondiale sur les droits de l'homme demande instamment qu'il soit mis fin à toutes les formes de discrimination, occulte ou flagrante, à l'encontre des femmes. L'Organisation des Nations Unies devrait encourager tous les Etats à ratifier la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes d'ici à l'an 2000. Il faudrait favoriser la recherche de moyens permettant de remédier au nombre particulièrement élevé de réserves formulées à l'égard de cette Convention. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes devrait notamment poursuivre l'examen des réserves dont elle fait l'objet. Les Etats sont invités instamment à retirer les réserves qui sont contraires à l'objet et au but de la Convention ou qui, de toute autre façon, sont incompatibles avec le droit international des traités »* (Article 39 de la Déclaration de Vienne). Il existe unanimement une volonté d'intégrer la femme au développement sans pour autant heurter les inégalités de genre dans différentes sphères sociales, illustrant ainsi le caractère conflictuel dans les relations internationales de toutes les questions touchant la modification des hiérarchies et des rôles sexuels (Bessis, 2001). La Convention a notamment peu de poids quand le droit traditionnel prévaut sur le droit étatique et le droit religieux sur le droit séculier (dualité normative). Généralement, la loi reconnaît le principe d'égalité mais la coutume prime bien souvent sur la loi.

La Convention de la Femme est ratifiée par tous les pays d'Amérique Latine. Mais la mise en parallèle des applications, et des réappropriations des principes de cet instrument international, intégré au droit interne, avec les réalités sociales et politiques souligne un important décalage entre la norme et la situation des femmes dans la région, entre l'égalité de droit et celle de fait. La Bolivie, Etat Partie de la CEDAW depuis 1989, illustre parfaitement les controverses et ambiguïtés de l'injonction internationale en matière de droits humains des femmes. Des mesures gouvernementales sont prises par les gouvernements notamment en matière d'éducation, de travail, de participation et représentation politiques et de violence intrafamiliale, des mesures dont la réalisation et la répercussion marquent des progrès dans la communauté féminine. La Bolivie témoigne ainsi d'importantes avancées politiques et normatives en matières d'égalité homme-femme.

Mais une telle législation, protectrice du droit des femmes, se heurte à certaines résistances et difficultés quant à son application. La société bolivienne typiquement multisociale et multiculturelle comporte une part de traditions et de nouveautés inextricablement mêlées. Parallèlement, la Bolivie connaît d'importants problèmes de pauvreté dans une conjoncture sociopolitique instable et difficile. Enfin, la domination masculine est fortement ancrée dans la société et le monde politique. Les normes culturelles pèsent donc, et les mentalités semblent plus lentes à changer que les lois. La Bolivie connaît pourtant une importante expérience organisée, une remarquable mobilisation des femmes dans l'histoire politique et économique du pays, dont une des figures clés reste Domitila Barrios de Chungara. Les femmes du peuple de Bolivie ont toujours tenu un rôle significatif dans les luttes pour la démocratie et dans les mouvements sociaux (Rozée, 2001). Les féministes boliviennes sont également des actrices clés pour le changement de la condition féminine et l'adoption de lois. Elles luttent et se mobilisent aujourd'hui pour l'application et la réalisation des droits reproductifs et sexuels.

L'HISTOIRE INTERNATIONALE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS

Au cours des trois dernières décennies, *« des femmes de différentes parties du monde ont commencé à discuter du sujet de la santé reproductive. Leur préoccupation était de 'renforcer' la femme pour qu'elle puisse contrôler sa propre fécondité et sexualité avec un maximum de désir/choix et un minimum de problèmes de santé, par l'information et les services alternatifs et à travers des campagnes sur les droits de la femme, pour qu'elle puisse décider avec un minimum d'information de sa fécondité et pour mettre en place des services améliorés et technologiquement plus appropriés »* (OMS, in Cook, 1997).

Sandra Aliaga, communicatrice sociale sur le genre, dont le dernier ouvrage porte sur l'histoire reproductive et sexuelle en Bolivie, nous racontait que les féministes avaient commencé à interpeller la société et l'Etat sur les droits reproductifs et sexuels, considérés influencer la vie entière des femmes, et sans lesquels ces dernières seraient dominées par une série de réalités discriminantes. Ces femmes, appartenant pour la plupart aux classes sociales privilégiées, qui n'avaient donc pas de préoccupations économiques, élaborèrent des théories en s'inspirant de la réalité féminine générale. Les droits reproductifs et sexuels connurent une étape historique à la Conférence Mondiale sur les Femmes de Nairobi (1985) notamment, lorsque le monde commença à s'intéresser aux revendications des femmes relatives à la mortalité maternelle, qui en grande partie était considérée comme évitable et prévisible. Cette Conférence constitua alors un événement important de cette prise de conscience, et généra la reconnaissance de toute une série de droits liés à la santé reproductive et sexuelle des femmes. En réalité, le droit de « déterminer de façon libre et responsable du numéro et de l'espacement des enfants » par les parents est énoncé pour la première fois à la Conférence sur les Droits Humains de Téhéran (1968). Les notions de droits reproductifs et sexuels apparaissent donc dès la fin des années 1960, mais ces derniers ne sont nullement considérés comme des droits humains. La reconnaissance internationale explicite du droit des femmes à décider en matière de reproduction remonte à la fin des années 1970, avec l'adoption de la CEDAW.

La CEDAW promeut l'application légale et sociale des droits reproductifs des femmes, entendus comme « *les mêmes droits [pour les hommes et les femmes] de décider de façon libre et responsable du nombre de leurs enfants et l'intervalle entre les naissances, et d'avoir accès à l'information, l'éducation et les moyens qui permettent d'exercer ce droit* » (CEDAW, 1979, article 16.e). Ratifiée par de nombreux pays, la Convention de la Femme est l'appui légal le plus fort sur la santé reproductive et le choix reproductif. Ces droits sont réaffirmés lors de la Conférence de Population et Développement du Caire, en 1994, et la Quatrième Conférence Mondiale de la Femme de Beijing, en 1995, où est introduite la notion de droits sexuels, définis comme « *droits des femmes (qui) incluent leur droit à avoir un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité, y compris leur santé reproductive et sexuelle, et à décider librement par rapport à ces questions, sans être sujettes à la coercition, la discrimination et la violence* » (Plateforme d'Action de Beijing, 1995, Paragraphe 96). Les Conférences du Caire et de Beijing sont des événements clés de l'histoire mondiale des droits reproductifs et sexuels. Pour la première fois, les Etats parlent de reproduction et de sexualité, et reconnaissent ces thèmes comme une responsabilité sociale, politique et de développement. Le Programme d'Action du Caire est le résultat d'un changement historique de transition de l'approche limitée de la planification familiale à une approche plus ample basée sur les droits humains, la qualité de vie et l'égalité de genre.

Ce Programme rappelle et renforce en effet la liberté reproductive, et introduit celle en matière de sexualité. Il ne s'agit pas seulement du droit à déterminer le nombre et l'intervalle des naissances, mais également le droit d'accès aux soins en matière de santé reproductive et sexuelle, celui d'adopter des décisions relatives à la reproduction sans souffrir de discrimination ni violence. Par conséquent, les droits reproductifs et sexuels entraînent la capacité de profiter d'une vie sexuelle satisfaisante et sans risque de procréer, et la liberté de décider de le faire ou non, quand et selon quelle fréquence⁵.

Ainsi, le Programme observe pour la première fois que les droits reproductifs et sexuels comprennent et regroupent certains droits humains, considérés comme indivisibles et interdépendants depuis la Conférence de Vienne en 1993, déjà reconnus dans les lois nationales, dans les documents internationaux relatifs aux droits humains, et dans d'autres documents des Nations Unies approuvés par consensus : « *Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'Homme et d'autres documents pertinents des*

⁵ Il est théoriquement nécessaire de différencier les droits reproductifs et les droits sexuels, puisqu'il existe aujourd'hui une reproduction sans sexualité (la fécondation *in vitro* entre autres), et une sexualité sans reproduction (avec les moyens contraceptifs par exemple). Ils renvoient donc à des réalités distinctes. Cette différence n'a cependant pas été faite lors de leur évaluation, car les variables choisies, la contraception et l'avortement, font appel à la fois aux droits reproductifs et aux droits sexuels. La contraception (nous préférons utiliser le terme « contraception » plutôt que celui de « planification familiale », qui renvoie directement au thème de la reproduction et non de la sexualité) par exemple, suppose un choix reproductif, accepter ou refuser la maternité (droit reproductif), et permet, en même temps de jouir de relations sexuelles sans la préoccupation ou la peur de la grossesse (droit sexuel).

Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus » (Programme d'Action du Caire, 1994, paragraphe 7.2).

Les droits reproductifs et sexuels constituent donc une nouvelle génération de droits revendiqués et reconnus récemment par la Communauté Internationale comme droits humains. Pour de nombreux auteurs et scientifiques féministes, ils seraient la clé de la libération féminine : « la libération des femmes commence au ventre » déclarait Simone de Beauvoir (De Beauvoir, 1949). La discrimination envers les femmes est souvent justifiée par le sexe, ou plutôt par la maternité des femmes. Le rôle procréateur des femmes, imposé par la société et la culture, les rend vulnérables à une série de pratiques discriminatoires, qui ont pour origine la perception de ces dernières comme cantonnées à la reproduction et l'éducation des enfants. Françoise Héritier, célèbre anthropologue française, explique en effet que ce n'est pas le sexe mais la fécondité qui fait la différence réelle entre le masculin et le féminin (Héritier, 1996). S'ils constituent une revendication féministe ancrée, aujourd'hui encore, la liberté reproductive et sexuelle est considérée comme fondamentale pour jouir des autres droits, ainsi le déclare notamment la Plateforme d'Action Beijing : « *Dans la plupart des pays, les activités publiques et privées des femmes et, en particulier leur éducation et leurs moyens d'action économique et politique sont très limités parce que leurs droits en matière de procréation ne sont pas respectés. La possibilité pour les femmes d'être maîtresses de leur fécondité est une base importante pour la jouissance d'autres droits* » (Plateforme d'Action de Beijing, 1995, paragraphe 97).

Les droits reproductifs et sexuels sont dès lors considérés comme primordiaux, et deviennent ainsi une nouvelle revendication des mouvements féministes et féminins que doivent affronter les gouvernements. La Recommandation Générale n°24 de la CEDAW⁶, intitulée « femme et santé », rappelle que « *ce sont les États parties eux-mêmes qui sont les mieux placés pour rendre compte des questions les plus importantes concernant la santé des femmes dans chacun d'entre eux* » (Recommandation Générale n°24, 1999, paragraphe 9). Cependant, peu d'États accomplissent et appliquent ces droits. « *L'ampleur, de par le monde, des taux de mortalité et de morbidité liés à la maternité que révèlent les études sur le sujet, et le grand nombre de couples qui souhaiteraient avoir moins d'enfants mais qui n'ont pas accès à la contraception ou n'y ont pas recours, montrent bien que tous les États parties ne s'acquittent pas de leur obligation d'assurer aux femmes l'accès aux soins de santé* » (Recommandation Générale n°24, 1999, paragraphe 17). Ils constituent en effet le thème le plus épineux et difficile, car il est confronté au conservatisme et au fondamentalisme. Au Caire notamment, la principale controverse « *oppose les partisans des droits individuels en matière de reproduction et de sexualité à ceux qui estiment que les États ont le droit de les restreindre au nom de valeurs culturelles et croyances religieuses* » (Arango, in Lassonde, 1996 : 23). Il n'existe donc pas de réel consensus au niveau mondial et national sur les droits des femmes relatifs à la reproduction et la sexualité. Cette émancipation particulière des femmes est notamment freinée par les traditions et les croyances religieuses, en plus du machisme et du patriarcat, et paraît vaine car, comme l'écrivait Michel Foucault, la sexualité questionne tous les pouvoirs (Foucault, 1976, 1984).

En ratifiant la CEDAW, et plus tard les accords du Caire et de Beijing, l'État bolivien reconnaît officiellement les droits reproductifs et sexuels des femmes et s'engage à les promouvoir et les appliquer dans les réalités politiques et sociales. Cette application suppose des engagements spécifiques de l'État, qui a un rôle notoire à jouer dans la promotion de ces droits. Elle repose également sur la mobilisation de la société civile, qui, à partir de ces instruments internationaux, peut faire pression sur l'État, et parallèlement agir sur la population en conscientisant les femmes sur ces droits. Il existe un lien étroit entre l'adoption de lois et de politiques de population ou de santé, santé reproductive et sexuelle en particulier, et la possibilité d'exercer les droits reproductifs et sexuels. Mais de telles mesures ne signifient pas pour autant une application effective et réelle des droits reproductifs et sexuels. D'autres facteurs, sociaux, culturels et médicaux, interviennent dans l'exercice de tels droits.

⁶ Depuis sa création, la CEDAW est complétée et renforcée par la rédaction de Recommandations Générales sur des thèmes spécifiques tels que la santé (Recommandation Générale n°24), le SIDA (Recommandation Générale n°15), la circoncision féminine (Recommandation Générale n°14), la violence envers les femmes (Recommandation Générale n°12), etc.

« LE SANG DU CONDOR » OU LES DECENNIES PERDUES

En Bolivie, les années 70 et 80 représentent des décennies perdues en matière de santé reproductive et sexuelle. Alors que le contexte international se prête à des politiques de limitation des naissances, de diffusion et de promotion de la planification familiale⁷, la politique bolivienne est marquée par une totale abstention et même prohibition des activités de contrôle des naissances.

L'implantation de la planification familiale est difficile puisqu'elle est associée au contrôle de la natalité et à une mesure impérialiste. Cette idée se voit renforcée par le film de Jorge Sanjinés, *La Sangre del Condor* (« Yawar Mallku » en quechua, ou *Le Sang du Condor* en français), de 1968. Ce film évoque la vie difficile des indiens boliviens de l'altiplano, mais il montre surtout les stérilisations forcées de femmes quechuas boliviennes par les volontaires du Cuerpo de Paz, une organisation des Etats-Unis à but humanitaire⁸. *« Le film dénonce l'action criminelle d'un centre de maternité monté par les nords-américains du Cuerpo de Paz et qui avait pour objectif de stériliser chirurgicalement, et sans leur consentement, les femmes paysannes de la zone dite centre opératif »* (Sanjines, in *El Juguete Rabioso*, 25/07/2004 : 4-5). Ce film a fortement et longtemps marqué les mentalités et les consciences boliviennes. Dans ce contexte, la planification familiale a une connotation morale⁹ ; elle est fondamentalement associée à des mesures de l'impérialisme américain, et au contrôle des naissances, à des mesures de réduction de la natalité. *« Des termes comme 'contrôle de la natalité', 'planification familiale', 'méthodes contraceptives' étaient pris de façon équivoque comme synonymes, et parler de cela supposait la sympathie, ou même l'adhésion, à la stratégie de 'domination impérialiste'. Le problème resta fermé et la question se convertit en tabou »* (CIES, 1997 : 19).

Le recensement de 1976 chiffre un million d'habitants en moins de ce qui était prévu par les projections démographiques. Face à ces résultats, considérés comme dramatiques pour un pays déjà estimé dépeuplé, et face à la pression des autorités religieuses, l'expansion des programmes de planning familial devient dès lors difficile et des mesures radicales sont prises. En 1977, le gouvernement d'Hugo Banzer dissout l'Association Bolivienne pour la Protection de la Famille (PROFAM), créée en 1974, et abroge par décret son statut légal. PROFAM appuyait le Centre d'Orientation Familiale (COF), une organisation privée à but non lucratif affiliée à la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF), présente dans la plupart des départements boliviens. La COF avait mis en place des programmes d'information et d'éducation, ainsi que des services médicaux de planning familial, et cherchait à promouvoir la planification familiale comme un droit humain (tel que le proclamaient les Nations Unies). La fermeture de PROFAM entraîne alors celle des divers dispensaires mis en place par la COF. Plus tard, le gouvernement interdit explicitement l'approvisionnement des services publics offrant des méthodes contraceptives, et le travail des Organisations Non Gouvernementales (ONG) relatif au thème. De nombreuses organisations, la COF notamment, maintinrent avec l'aide de médecins privés ces activités devenues clandestines, mais dans un tel climat, ces derniers étaient constamment dénoncés voire menacés.

Un des droits fondamentaux reconnus par la Constitution Politique Bolivienne est celui de la santé, entendu comme un bien d'intérêt public (Code de la Santé, Décret Loi n°15629, 18 juillet 1978, article 2). Cependant, le thème de la santé reproductive et sexuelle, comme composante de la santé en générale, est difficile à implanter et à démocratiser. Le programme de stérilisation du Cuerpo de Paz,

⁷ A partir des années 1950 et 1960, les politiques de population au niveau mondial se dirigent principalement vers les pays du tiers monde, selon l'argument qu'une grande partie du sous développement de ces pays se doit à la croissance accélérée de leur population (néo-malthusianisme). Dans les années 1960, s'implantent avec agressivité les programmes de planification familiale, axés sur la stérilisation. En 1974, année de la population mondiale, l'attention politique est portée sur la qualité plutôt que la quantité de la population. A la Conférence de Population et Développement de Bucarest, surgit la nécessité de promouvoir la planification familiale.

⁸ Le Cuerpo de Paz fut établi en 1961, pendant l'administration de J. F. Kennedy, pour promouvoir « la paix mondiale et l'amitié » à travers le service de volontaires nord-américains à l'extérieur. Il s'agissait d'une agence non traditionnelle du gouvernement des Etats-Unis, qui reflétait les idéaux et valeurs –théoriques– les plus constantes du peuple des Etats-Unis. Dans le contexte de la guerre froide et de la lutte contre le communisme, son objectif était d'aider les peuples des pays en développement à atteindre leurs nécessités de base et promouvoir l'entendement mutuel entre les nord-américains et les personnes d'autres cultures.

⁹ Une connotation morale toujours d'actualité, ce pourquoi certaines personnes rencontrées, comme Sandra Aliaga, préfère le terme de « Régulation Volontaire de la Fécondité » ; nous, nous préférons le terme « contraception ».

la faible densité de la population, le pouvoir de l'Eglise Catholique créèrent des réticences quant à la planification familiale au sein des gouvernements et de la société, y compris au sein des centres de promotion féminine.

Le retour à la démocratie, en 1982, n'ouvre pas seulement les portes du débat sur la contraception en Bolivie ; elle rend également propice les conditions nécessaires au changement de la réalité sexuelle et reproductive, en réponse à une puissante mais inconnue demande d'une population anéantie par la dictature. Le gouvernement commence à réagir face aux avortements clandestins¹⁰ et aux niveaux élevés de mortalité maternelle. Il élimine, en 1982, le Décret de 1977 qui interdisait la planification familiale dans les institutions publiques, et des programmes se mettent en place en coordination avec des instances internationales telles que l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPS). Le docteur Javier Torres Goitia, ex-ministre de la santé, explique pourtant que la récupération de la démocratie, en 1982, est influencée par l'esprit conservateur, si bien qu'on ne peut même pas prononcer les mots « planification familiale ». Cependant, elle permet une politique de santé participative, à partir d'une participation populaire, c'est-à-dire non plus définie par le gouvernement central, mais discutée dans les comités de santé, qui regroupent les volontaires des organisations populaires de base, des associations de quartier (« juntas vecinales »), et des communautés indigènes. Les comités de santé n'abordent pas la santé reproductive et sexuelle mais contribuent à créer une conscience nationale autour de la santé comme un droit et une responsabilité citoyenne.

En 1983, la Consultante Bolivienne de Reproduction Humaine (COBREH) conduit une enquête sur la prévalence des médicaments. En réalité, il s'agit d'une étude sur les méthodes contraceptives, qui ne peut cependant être présentée comme telle. Bertha Pooley, que nous avons rencontré en août 2003 et qui participa à ce sondage, nous raconta à ce propos que les enquêteurs menèrent tout d'abord, et de façon stratégique, une campagne de sensibilisation auprès des syndicats, auprès de la Centrale Ouvrière Bolivienne (COB) notamment, qui, à l'époque, représentaient des acteurs clés et des interlocuteurs directs entre l'Etat et la société. « *Dans la mesure où avançaient la consultation et le dialogue, on demanda aux personnes d'exprimer leur opinion et leurs nécessités à travers des lettres et des sollicitations. Ces documents avaient une signification spéciale, ils étaient les 'actes d'un suffrage', qui demandaient d'accomplir des décisions de libre volonté. Ils étaient principalement destinés aux syndicats. Les syndicats les reçurent et ils assumèrent les demandes* » (CIES, 1997 : 21). A la suite de cette enquête, des accords sont signés avec diverses organisations et fédérations syndicales, et finalement avec le propre gouvernement.

En 1986, le Ministère de la Prévision Sociale et de la Santé Publique avec le Conseil National de Population (CONAPO), organisme central du Ministère de la Planification (« Planeamiento ») et de la Coordination alors chargé de la promotion, coordination, élaboration et intégration des actions liées au thème de la population, produisent un document qui affirme le droit des couples à avoir accès à l'éducation et aux méthodes de contraception pour éviter les risques obstétriques. Ce document est un pas initial pour rouvrir le dialogue public sur la population. Cette même année, le gouvernement met en place des politiques d'espacement des naissances et promeut la planification familiale, comme relevant désormais de la responsabilité de l'Etat. En 1987, on voit ainsi apparaître les premiers efforts sociaux de marketing et commercialisation de contraceptifs.

Cependant, les empreintes internationales du courant malthusien sont toujours présentes, et alimentent la confusion entre l'usage de telles méthodes et la limitation des naissances, et donc le tabou autour de la contraception. En 1988, un brouillon du rapport de la Banque Mondiale appelle à limiter la fécondité non seulement pour bénéficier à la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi pour diminuer la quantité de la population, pour diminuer la pression sur les services publics et sur l'emploi. Ce document propose notamment d'offrir des services subsidiaires de planification familiale aux pauvres.

Parallèlement, la Bolivie observe une mobilisation croissante de la société civile organisée qui commence, non sans risque, à aborder le thème de la santé féminine, alors associé à la santé

¹⁰ Depuis le Code Pénal de 1864, l'avortement est en Bolivie une pratique illégale, un homicide. Déjà à l'époque Inca, il était considéré comme un délit grave puni par la peine capitale pour la personne le provoquant et pour la femme qui avortait (Voir CLADEM, *Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto*).

maternelle. Dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, on ne peut en effet occulter le rôle primordial des ONG mobilisées et pionnières en la matière, et l'importance du mouvement des femmes pour sensibiliser le monde politique et l'opinion publique. Leurs luttes sont à l'origine de la considération de la santé reproductive et sexuelle selon laquelle les problèmes dérivés de la pauvreté et du sous-développement ne se résolvent pas par le biais d'éviter les naissances, mais à travers une distribution plus équitable des ressources naturelles. Il faut également souligner le rôle et le travail officieux de médecins et personnel de santé qui impulsent indirectement une politique en matière de santé reproductive et sexuelle, et qui permettent d'en appliquer les composantes dans certains centres médicaux. Les médecins commencent notamment à dénoncer la forte proportion de cas de complications d'avortement dans les services gynécologiques. Par la continuité et la persévérance des acteurs sociaux et médicaux à démontrer l'objectif qualitatif et non quantitatif de la contraception, celle-ci se popularise et se démocratise. Ces organisations et individus font pression sur le gouvernement bolivien pour qu'il développe des politiques spécialisées, une pression appuyée par le contexte international qui voit, à partir de 1989, une montée de l'intérêt pour la santé reproductive, pour les hauts taux de mortalité maternelle en particulier¹¹.

Dès 1987, l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID) et le Ministère de la Santé¹² lancent une campagne pour lutter contre l'avortement. Cette initiative a rendu propice l'ouverture d'un dialogue avec les autorités. Dans le cadre de cette lutte, est organisé en 1989 par la Direction Nationale de Santé Materno Infantile du Ministère de la Santé et la Conférence Episcopale Bolivienne un séminaire qui centre ses débats sur la planification familiale et les moyens de prévenir la mortalité maternelle. Pour la première fois dans l'histoire de la Bolivie, « *gouvernement et ONG s'assirent ensemble pour discuter ouvertement sur un thème encore si délicat tel que celui de la santé reproductive et spécialement celui de la planification familiale* » (Mercado : 31). Joaquim Arce Lema, alors Ministre de la Santé sous le gouvernement du Docteur Paz Estenssoro, y déclare que l'avortement n'est pas seulement un problème de santé mais aussi un problème social et économique, et que les actions gouvernementales ne doivent pas se limiter à traiter les femmes qui arrivent aux services avec des hémorragies : « *Nos actions en information, éducation et communication sur les méthodes contraceptives doivent atteindre toutes les femmes en âge fertile et il est nécessaire d'offrir des méthodes variées. Nous croyons qu'avec une éducation sexuelle adéquate, de nombreuses grossesses non désirées pourraient être évitées* » (Aliaga, 2000 : 46).

La première stratégie du gouvernement est de tout déléguer aux ONG. Mais peu à peu, la politique de santé s'officialise. La santé reproductive et la possibilité de planifier sa famille deviennent explicites et se caractérisent par l'impulsion de mesures gouvernementales spécialisées. La planification familiale est définitivement introduite en 1989. Elle est régie par la Loi 1100 qui approuve la CEDAW, signée, rappelons-le cette même année. L'Etat reconnaît donc à partir de ce moment la planification familiale comme un droit qu'ont les personnes et les couples de décider de façon responsable et libre sur le nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir et quand les avoir. Mais à cette époque, les seules possibilités offertes étaient les méthodes naturelles et le stérilet. Les personnes rencontrées lors de notre investigation expliquaient à ce sujet que la pilule n'était pas encore diffusée et démocratisée, que sous la pression politique des autorités religieuses les injections demeuraient interdites et le préservatif était alors impensable. Par le décret gouvernemental n°22345 de novembre 1989, la santé des enfants et des femmes devient une priorité nationale, et un Plan National de Survie, Développement Infantile et Santé Maternelle se met en place. Son objectif est de réduire le taux de mortalité maternelle, d'éviter les grossesses non désirées et de garantir les intervalles adéquats entre les grossesses à travers la contraception. Un an plus tard, en 1990, le Secrétariat National de Santé, les organismes internationaux et les ONG s'accordent pour réaliser une Stratégie Nationale de Santé Reproductive, stratégie traduite en programmes avec une approche non plus de population mais de santé. Le thème devient dès lors politique, sans pour autant se référer aux droits reproductifs et sexuels.

¹¹ En 1987 notamment, à la Conférence Internationale sur la Maternité sans Risque à Nairobi est lancée « l'initiative pour une Maternité sans Risque » appuyée par l'OMS pour diminuer les morts maternelles de 50% jusqu'en l'an 2000.

¹² En Bolivie, le Ministère chargé de la santé s'appelle selon les gouvernements et les affaires traitées « Ministère de Prévision Sociale et Santé Publique », « Ministère de la Santé et des Sports » ou « Ministère de la Santé et de la Prévision Sociale ». Afin d'éviter toute controverse, ce ministère sera appelé tout au long de l'ouvrage « Ministère de la Santé » sauf en cas de citation de livres, documents ou de personnes rencontrées.

L'AGE D'OR DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE

Les années 1990 représentent la période culminante, l'âge d'or de l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, des années marquées par une impulsion du thème, d'importantes avancées qualitatives et l'introduction définitive de la santé reproductive, puis sexuelle, dans l'agenda social et politique.

La priorité aux actions de protection et d'attention à la santé de l'enfant et de la femme s'affirme. De nombreux programmes sont développés par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) et autres organisations internationales. USAID procède à l'élaboration d'un projet de santé reproductive, un projet qui fait l'objet du premier accord de coopération bilatérale en matière de population entre les Etats-Unis et la Bolivie. Le gouvernement bolivien implante donc son premier Programme de Santé Reproductive avec l'appui de USAID, dont l'objectif est de satisfaire la demande et de réduire les taux de mortalités maternelle et infantile (taux les plus hauts de la région, après Haïti). Une des principales préoccupations qui a motivé l'adoption de ce programme est l'augmentation des avortements jugés septiques. Les initiatives de médecins, évoquées précédemment, sont en partie à l'origine de ce programme. Ces médecins dénoncèrent l'ampleur de la pratique et des complications de l'avortement. Ils avaient en effet observé que dans les services gynécologiques, les lits étaient occupés à plus de 50% par des patientes hospitalisées pour complications d'avortement, et décidèrent alors de présenter un programme à USAID, qui accepta de rédiger et de financer le projet. A partir de ce moment, des programmes nationaux de santé reproductive (puis sexuelle) seront successivement élaborés et adoptés par les gouvernements. Ces programmes sont des modes d'emploi politiques et des orientations programmatiques pour la santé reproductive et sexuelle et les droits reproductifs et sexuels des adolescents, des femmes et des hommes adultes du pays. Dans le cadre de ce programme et de la Stratégie Nationale de Santé Reproductive, est créé un Comité National de Santé Reproductive, regroupé par USAID. Ce comité qui rassemble le secteur public, avec notamment le Ministère de la Santé, les ONG, les agences de coopération, et des personnes indépendantes est une instance pour coordonner les thèmes de santé en matière de reproduction (puis également de sexualité).

Le thème suscite simultanément l'intérêt et une mobilisation explicite de la société civile. ONG, groupes de droits humains, groupes de femmes, activistes en question de santé, développent de nombreuses actions sociales relatives au thème. Ils organisent des séminaires, des ateliers et des campagnes de sensibilisation et de pression pour une plus forte et effective considération de la santé de la femme. Ils créent notamment des groupes spécifiques d'études et d'action, tels que le Groupe de Travail sur la Grossesse Non Désirée et l'Avortement. Le début des années 1990 représente également une période fondamentale au niveau des médias et de la communication. De nombreuses vidéos informatives et éducatives sur la santé reproductive et sexuelle, l'avortement, l'allaitement ou les méthodes contraceptives, commencent à être diffusées dans les institutions publiques et à la télévision.

L'influence du contexte international de l'époque est indéniable. La conférence régionale pour une Maternité sans Risque accélère notamment la considération et la démocratisation du thème de l'avortement : « *La Déclaration Andine pour une Maternité sans Risque (1993) demande aux ministères de santé et leurs commissions consultantes 'qu'ils rendent propice ou développent des normes techniques hospitalières pour l'attention de l'avortement incomplet et ses complications, y compris la qualité humaine dans l'attention, ainsi que l'offre opportune de conseils et méthodes contraceptives post avortement'. Et va au-delà : elle recommande aux parlementaires andins 'qu'après une révision des législations nationales sur l'avortement, ils étudient la possibilité de le dépénaliser* » (Aliaga B. et al., 2000 : 18).

Mais le plus grand moteur de changement restent les Conférences du Caire (1994) et de Beijing (1995). Le travail politique et social précédent offre à la Bolivie une très bonne représentation à ces conférences, avec des propositions progressistes. « *La Bolivie a été très claire dans sa position au Caire, Beijing, Copenhague face aux thèmes de la santé reproductive et sexuelle, notre pays a fait une contribution énorme en reconnaissant que la santé reproductive et sexuelle est un point clé des politiques publiques* » (FNUAP, 2002 : 11-12). Le gouvernement bolivien, alors présidé par Gonzalo Sanchez de Lozada, surnommé « Goni », y présente la planification familiale comme un droit humain fondamental des personnes, et surtout des femmes, celui de décider de leur corps et de leur fécondité,

et reconnaît l'avortement comme un problème de santé publique, qui ne doit cependant en aucun cas être considéré comme une méthode contraceptive. Le gouvernement bolivien est conscient que ce problème doit faire face aux causes socioéconomiques qui le provoquent en aidant les couples et en particulier les femmes à éviter ce recours avec l'accès à l'information, l'assistance et les services de planification familiale. Les femmes qui auraient eu recours à l'avortement, doivent être traitées de façon humaine et on doit leur proposer toute l'orientation dont elles ont besoin pour ne pas recourir à cette procédure (Déclaration du gouvernement de Bolivie à la 4^{ème} Conférence Mondiale de la Femme, Beijing 1995).

Le Programme d'Action du Caire invite tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale, et de considérer la possibilité de réviser les lois qui prévoient des mesures punitives contre les femmes qui ont eu des avortements illégaux. Dans le cadre de ses engagements, le gouvernement bolivien identifie la mortalité maternelle liée à l'avortement comme une priorité du Système National de Santé, et le Ministère de la Santé déclare publiquement l'urgence de débattre sur la législation de l'avortement, étant donné son ampleur et celles de morts maternelles provoquées par l'avortement clandestin dangereux. Les hémorragies et les complications d'avortement incomplet sont peu à peu prises en considération comme un problème relevant de la politique, et sont introduites dans les programmes de santé.

La conférence du Caire, et plus tard celle de Beijing, marquent donc un pas crucial pour la santé reproductive et sexuelle en Bolivie. Elles servent de véhicules puissants pour élever la conscience et orienter les efforts nationaux du gouvernement et de la société civile, et contribuent à former la défense parmi les organisations de femmes. Il s'agit d'un moment clé et propice pour appliquer une politique effective de santé reproductive et sexuelle et promouvoir les droits reproductifs et sexuels. Ce contexte constitue jusqu'à aujourd'hui la base des programmes en santé reproductive et sexuelle du pays.

En 1994, l'Etat bolivien renforce ses politiques publiques en santé, par le biais d'adoption de plans, l'élaboration de réformes, l'introduction de systèmes de sécurité sociale, qui incorporent la nécessité immédiate d'améliorer la santé reproductive (puis sexuelle) des femmes et des hommes à partir d'une demande informée qui rend effectif l'exercice de leurs droits. Il adopte notamment le Plan Vie, aussi appelé « Plan de Réduction Accélérée de Mortalité Maternelle, Périnatale et de l'Enfant » 1994-1997, dont le propos est de diminuer entre 1994 et 1997 la mortalité maternelle de 50%, et la mortalité périnatale de 30%, à travers le contrôle prénatal, l'accouchement hospitalier, l'espacement des grossesses et l'utilisation de moyens contraceptifs. « *Le Plan Vie propose diverses stratégies, l'une d'entre elles est l'établissement d'un programme de planification familiale volontaire avec un accès universel pour l'homme et la femme qui puissent librement choisir la taille de leur famille et réduire le niveau de grossesses non désirées* » (Ministerio de Desarrollo Humano et al. : 24). Cette politique est opérative à travers le Programme d'Attention Intégrale de la Santé de la Femme, qui comprend l'extension des services relatifs à la grossesse, l'accouchement et les soins prénatals, la formation sur les droits reproductifs et sexuels, la prévention du cancer du col de l'utérus, les soins des complications obstétriques et périnatales, et le contrôle des Infections de Transmission Sexuelle (ITS).

Un des principaux résultats des conférences internationales est l'introduction de la notion « sexuelle » dans les textes boliviens et l'énoncé d'une attention plus intégrale de la santé reproductive et sexuelle, qui prend en compte les contextes sociaux, culturels et économiques des utilisatrices des services de santé. Une nouvelle stratégie en santé reproductive et sexuelle est alors impulsée. Le Programme de Santé Reproductive devient le Programme de Santé Sexuelle et Reproductive, et couvre la prévention du cancer féminin et des ITS, et la maternité. A partir de 1996, l'approche de la santé reproductive et sexuelle devient multidisciplinaire, et implique désormais non seulement la santé mais également l'éducation, le genre et la génération. En 1997, sous Hugo Banzer Suarez, est établi un Décret Suprême qui protège l'Egalité des Chances entre les hommes et les femmes, qui préconise notamment, en matière de santé, le développement « *de services de santé préventive intégrale pour les femmes, en garantissant la qualité d'attention et l'accès équitatif dans toutes les phases de leur cycle vital, en respectant leur identité ethnique et culturelle, comme leurs droits sexuels et reproductifs* ».

Cette même année, le Plan Stratégique de Santé remplace le Plan Vie, et incorpore des éléments transversaux tels que la médecine familiale, l'interculturalité et le genre.

Les Conférences du Caire et de Beijing impulsent également la création d'instances spécialisées, de comités techniques spécifiques relatifs aux thèmes de la santé reproductive et sexuelle : le Comité Technique pour une Maternité Sûre, le Comité Technique National de l'Adolescence et la Jeunesse, le Comité de Qualité d'Attention de Santé Reproductive et Sexuelle. Le Comité National de Santé Reproductive devient en 1999, à travers le nouveau Programme de Santé Sexuelle et Reproductive 1999-2002, le Forum National de Santé Reproductive et Sexuelle, une alliance stratégique des principaux acteurs sociaux et institutionnels du secteur public, privé et non gouvernemental, et dont le but est de donner une certaine continuité, impulser et appuyer les efforts destinés à améliorer la santé sexuelle et reproductive et l'exercice des droits reproductifs et sexuels avec une approche transversale et décentralisée. Il s'agit d'une instance de débats entre la société civile et l'Etat pour suivre les politiques nationales dans le cadre des accords internationaux obtenus à Caire et Beijing. Aujourd'hui, le forum n'existe plus. Les personnes que nous avons rencontrées expliquèrent cette disparition par le manque de succès et/ou d'intérêt des gouvernements qui avaient dès lors d'autres priorités.

Après Le Caire et Beijing, les gouvernements introduisent donc de nouveaux programmes, et mettent en place des systèmes successifs de sécurité sociale. Dans le cadre du Plan Vie, en 1996, est créé par Décret Suprême, un système de sécurité sociale pour la maternité et l'enfance (Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, SNMN), dont l'objectif est d'augmenter la couverture médicale chez les femmes en âge reproductif de bas revenus et chez les enfants de moins de 5 ans, pour baisser les taux de mortalités maternelle et infantile. Les services offerts par ce système sont gratuits : les coûts sont couverts par les gouvernements municipaux, à travers les ressources de la Participation Populaire¹³. Avec le SNMN, l'attention de l'accouchement dans le secteur public et les contrôles prénataux auraient significativement augmenté.

Le SNMN est remplacé plus tard, en 1998, par un autre système national d'assurance gratuite, la Sécurité Sociale Basique de Santé (Seguro Básico de Salud, SBS). Le SBS couvre un ensemble de services de bases offerts par le réseau d'établissements publics du Ministère de la Santé, la Caisse Nationale de Santé (CNS)¹⁴ et autres institutions en accord avec le Ministère, pour la période 1999-2002. Il prête une attention gratuite en santé reproductive, essentiellement à caractère préventif, promotionnel et curatif. Ses prestations comprennent le contrôle prénatal, l'attention à l'accouchement et au nouveau né, le contrôle post-partum, la prévention et les complications de grossesse, le transport d'urgences obstétriques, l'information, l'éducation et la communication sur l'accouchement institutionnel, l'orientation et les services en matière de planification familiale. Il assure également des prestations gratuites pour les complications d'avortement. En 1998, le Ministère de la Santé, avec l'appui financier de USAID, introduit en effet pour la première fois dans les services publics l'attention aux femmes avec complications hémorragiques de la première moitié de la grossesse, au même titre que le soin prénatal, l'accouchement, l'attention post-natale et celle du nouveau né.

L'EXPRESSION LEGALE ACTUELLE DES DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS

Le Programme National de Santé Reproductive et Sexuelle

Jusqu'en 2002, la santé reproductive et sexuelle est normalisée et régie par le Programme National de Santé Reproductive et Sexuelle de 1999. Ce programme, financé par USAID, est un des programmes prioritaires du Plan Stratégique de Santé, sous la responsabilité du Ministère de Santé. Il reconnaît comme sexuel et reproductif les interventions du suivi pré et post-natal, l'accouchement, la

¹³ Le 20 avril 1994, le gouvernement adopte la Loi de la Participation Populaire, qui établit que 20% des recettes totales de la Trésorerie Générale de la Nation (TGN) doivent être repartis aux 311 Gouvernements Municipaux en fonction du nombre d'habitants de chaque juridiction municipale, sous la vigilance de Comités nommés directement par les Organisations Territoriales de Base (OTBs), et sans l'intervention des autorités officielles.

¹⁴ La Caisse Nationale de Santé est la caisse de sécurité sociale pour les fonctionnaires de l'Etat et le principal prestataire de services de l'Institut Bolivien de Sécurité Sociale (IBSS). Elle prête des services en santé aux femmes affiliées selon les mêmes normes établies par le Ministère.

prévention des ITS dont le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) et le Syndrome d'Immunodéficience Acquis (SIDA), la contraception, la détection du cancer féminin, l'allaitement maternel, l'éducation sexuelle, la nutrition et la prévention d'anémies nutritionnelles. A travers ce programme, le gouvernement veut améliorer l'accès aux soins en santé reproductive et sexuelle, en réaffirmant le pouvoir des femmes dans leur décision sur leur sexualité, et la libre détermination de leur reproduction. Ce programme a, entre autres, la mission d'exécuter les actions destinées à réduire jusqu'à 35% le taux de mortalité maternelle. Lors de l'accord entre le gouvernement et USAID pour la réalisation de ce Programme National, la CNS s'engage à financer le programme après l'échéance d'USAID en 2002. Or, lorsqu'elle prend la relève, elle traverse une situation de crise, de déficit, et elle ne subvient pas aux nécessités financières du programme. Au niveau des services hospitaliers, le programme est implanté mais il reste inactif par manque de ressources.

En 2003, un nouveau programme est rédigé et proposé. Les composantes de ce programme sont l'attention de la femme enceinte et du nouveau-né, des maladies prévalentes de la femme, la contraception, la santé reproductive et sexuelle des adolescents et des personnes âgées, et la mobilisation communautaire. Cependant, ce programme n'est pas mis en place à cause des événements d'octobre et du changement de gouvernement. Chaque gouvernement décide, rédige et adopte des plans, programmes, sans nécessairement de continuité avec les précédents.

En octobre 2003, une nouvelle proposition de Programme de Santé Reproductive et Sexuelle est présentée. Celui-ci se veut plus complet que le précédent. Avant son officialisation, il est soumis aux différentes ONG et organismes chargés de la santé reproductive et sexuelle. Lors de nos entretiens, certains nous ont expliqué qu'ils attendaient quelque chose de plus formel ; d'autres estimaient qu'il s'agissait d'un programme qui contentait tout le monde, qui réunissait tous les discours, tous les courants, qui s'avéraient parfois incompatibles. De plus, selon les personnes entrevues, le programme ne présentait aucune priorité, planification et budgétisation.

En décembre 2003, le Ministère de la Santé approuve le Programme 2004-2008, dont les défis visent à répondre aux nécessités de la population en matière de santé reproductive et sexuelle, avec des stratégies spécifiques pour améliorer la qualité et l'accessibilité aux services d'urgence, le traitement et la prévention ; et à long terme, implanter des stratégies de renforcement de la capacité de la communauté pour intervenir et contrôler la gestion en santé dans les localités. Il revêt six principales composantes : l'attention de la femme enceinte et du nouveau-né, le traitement des cancers gynécologiques et des ITS, la santé reproductive et sexuelle des adolescents, l'attention aux victimes de violence sexuelle et/ou de genre. Il aborde donc divers thèmes selon le concept d'une attention intégrale. Il reconnaît et promeut la médecine traditionnelle, le savoir des peuples indigènes par rapport à la santé et l'accouchement humanisé¹⁵, et vise à cet égard un changement d'attitude du secteur médical. Il souligne de plus le fait qu'il faille travailler *avec* et non seulement *pour* la population, selon ses nécessités en matière de santé.

Ces programmes successifs sont appuyés et renforcés par d'autres plans sur les femmes ou le genre. Tel est le cas notamment du Plan National d'Équité de Genre (2001-2003) qui présente la nécessité de travailler sur l'incorporation de la perspective de genre avec le Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive, ce qui implique la prévention et l'attention intégrale pour les adolescents, les femmes, les hommes dans le cadre d'une sexualité responsable et partagée.

La Sécurité Sociale Universelle Materno Infantile (SUMI)

Comme nous l'avons mentionné, depuis 1996, les gouvernements adoptent des systèmes de sécurité sociale relatifs à la santé reproductive et sexuelle. Le système actuel, qui remplace en 2002 le SBS, est la Sécurité Sociale Universelle Materno Infantile (Seguro Universal Materno Infantil, SUMI) mis en place par la Loi 2426. Ce système, à caractère universel, gratuit et intégral selon les textes, est une réponse du dernier gouvernement de Gonzalo Sanchez de Lozada aux taux élevés de mortalités

¹⁵ L'accouchement humanisé définit l'accouchement dans le respect des droits des femmes et selon une attention humanisée, soit un traitement aimable, le respect de la pudeur de la femme, le respect de ses coutumes et la liberté de décider qui l'accompagne pendant l'événement, parmi les principales revendications (Réseau Latino-américain et des Caraïbes pour l'Humanisation de l'Accouchement et la Naissance).

maternelle et infantile. Il couvre les prestations générales de santé aux femmes enceintes (du début de leur grossesse jusqu'au 6^{ème} mois après l'accouchement), y compris les soins des accouchements par césarienne, et aux enfants jusqu'à l'âge de cinq ans. Il est financé par le Trésor Public (totalité du coût des ressources humaines) et par 10% des ressources de la participation populaire.

Cette loi reflète la reconnaissance par l'Etat des pratiques de la médecine traditionnelle et des us et coutumes des populations indigènes. En effet, *« pour la première fois dans la vie républicaine, est établi que les prestations de cette sécurité sociale doivent s'adapter aux us et coutumes des peuples indigènes et originaires, en autorisant de plus que, où cela est requis et selon le libre choix des patientes, il est possible d'avoir recours à la médecine traditionnelle, qui pourra être exercée au sein de la structure des services publics de santé, et les pharmacies introduiront les herbes médicinales d'usage fréquent »* (Organismo Andino de la Salud : 59). Les prestataires de santé ont donc désormais l'obligation théorique d'adapter leurs soins aux traditions indigènes, en respectant leur identité, la base culturelle et l'approche de genre.

Le SUMI suscite cependant de nombreuses réactions de la part des acteurs sociaux et politiques que nous avons consultés. Certains estimaient qu'il s'agissait là d'un premier pas vers un système de sécurité sociale universelle ; d'autres pensaient qu'il était un retour en arrière puisque le SBS couvrirait plus de prestations et ne se limitait pas aux femmes enceintes.

La planification familiale appartient désormais au Programme de Santé Reproductive et Sexuelle. Elle est reconnue par le SUMI, qui couvre la contraception chez les femmes qui viennent d'accoucher. La norme officielle des méthodes contraceptives (Ministerio de Salud y Previsión Social et al., 2001) regroupe la méthode de l'allaitement et l'aménorrhée, appelée « MELA », les méthodes d'abstinence périodique (méthode du Calendrier ou « des jours fixes »), les méthodes de barrières (les préservatifs, la tablette vaginale et le stérilet), les méthodes hormonales (la pilule et les injections), et les méthodes définitives (la ligature des trompes et la vasectomie). La pilule du lendemain est introduite dans la nouvelle norme de contraception du Ministère de la Santé de 2004, et entre dans les prestations du SUMI, malgré les réticences de l'Eglise et de certaines agences de coopération telles que USAID.

Aujourd'hui le thème de la planification familiale et des méthodes contraceptives, apparaît démocratisé. On rencontre dans les pharmacies de nombreuses brochures publicitaires et informatives sur la pilule du lendemain et sur les nouveaux préservatifs. L'avortement, quant à lui, reste un thème politique controversé et une pratique pénalement condamnée.

L'avortement

En Bolivie, pays catholique, dont la Constitution Politique actuelle protège la maternité, et la grossesse des femmes depuis le moment de la fécondation jusqu'à la naissance, voire l'enfance, l'avortement est un « délit contre la vie et l'intégrité corporelle » (chapitre II du Code Pénal). Comme dans la majorité des pays du continent, la pratique est donc pénalisée. *« Quiconque qui cause la mort d'un fœtus dans l'utérus de la mère ou provoque son expulsion prématurée »* (article 263) est théoriquement sanctionné par la loi.

Le Code Pénal autorise cependant l'interruption de la grossesse en cas de viol ou d'enlèvement *non suivi d'un mariage*, d'inceste, et si la poursuite de la grossesse constitue un danger pour la santé ou la vie de la mère, qui ne peut être évité par d'autres moyens. L'article 266 définit en effet *« l'avortement impuni »*, c'est-à-dire *« l'avortement sans peine »* : *« quand l'avortement est la conséquence d'un délit de viol, enlèvement non suivi d'un mariage, 'esturpo' ou inceste, il ne sera appliqué aucune sanction, à condition que l'action pénale fut initiée. Il ne sera pas non plus punissable si l'avortement a été pratiqué afin d'éviter un danger pour la vie ou la santé de la mère et si ce danger ne peut être évité autrement. Dans les deux cas, l'avortement devrait être pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme et l'autorisation judiciaire »*. Un avortement sans peine requiert un ordre judiciaire et une autorisation légale pour qu'une personnalité spécialisée et consentante le réalise. Cependant, l'application de cet article reste très relative. La Bolivie a connu très peu de cas d'avortement légal, des cas qui ont de plus généré un ample débat public impliquant le Collège Médical, l'Eglise et les autorités de l'Etat.

La procédure pour obtenir l'autorisation de pratiquer un avortement requiert du temps. Lorsque la femme obtient l'autorisation d'avorter, suite à un viol par exemple, le processus bureaucratique, le retard de la justice, obligent finalement la victime à assumer la grossesse. La réglementation de l'article 266 est peu claire et fait que la réponse juridique affirmative arrive trop tard pour que se réalise le curetage. Les exemples en sont les trois cas de viol sur mineures par leur beau-père, qui se sont produits à Sucre, Santa Cruz et Cochabamba. Dans seulement un des cas fut pratiqué l'avortement autorisé, et dans les deux autres cas, la réponse de la justice a tardé plus de trois mois, et il était donc impossible de pratiquer l'opération. De même, le Code Bolivien ne précise pas si l'autorisation de l'avortement pour sauver la vie de la mère inclut à la fois la santé physique *et* morale.

Face à la réalité sociale et politique de l'avortement, face à une position versatile et peu prononcée des gouvernements, de nombreuses organisations civiles, regroupées sous la « Campagne du 28 Septembre »¹⁶, revendiquent la dépénalisation de l'avortement ou plus précisément la réglementation adéquate de l'article 266 du Code Pénal, pour que ces dispositions soient accomplies par la justice et les médecins. Car cette pénalisation ne contrarie en un rien le recours à l'avortement, qui se pratique dès lors dans la clandestinité, comme nous le verrons plus loin, et qui conduit à d'importantes complications afférentes.

Aujourd'hui, les complications d'avortement incomplet sont soignées dans les centres et hôpitaux publics, et sont prises en charge par le SUMI. La législation n'oblige plus de dénoncer, ou de questionner la patiente sur l'origine de son hémorragie. Seule la CNS soustrait ses prestations aux patientes soupçonnées d'avoir provoqué elles-mêmes un avortement (article 72 du Code la CNS). Comme dans d'autres pays du monde, les autorités boliviennes ont adopté le concept de l'attention post-avortement (APA) comme une stratégie effective pour baisser la mortalité et la morbidité.

Le thème s'est relativement démocratisé et de plus amples actions politiques et médicales appréhendent le phénomène. Mais l'avortement est encore aujourd'hui un débat et une préoccupation d'actualité nationale et régionale. Malgré les avancées discursives et normatives, le thème explicite de l'avortement est resté tabou. Le mot est souvent occulté, tourné en métaphore, périphrase, paraphrase, ou euphémisme, tels « les hémorragies de première moitié de grossesse » que l'on retrouve dans les textes officiels du gouvernement. Les ONG, elles-mêmes, évitent l'utilisation du terme dans leurs campagnes notamment, respectant ainsi les exigences gouvernementales et coopératives. « Le jour de la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine » est par exemple devenu « la Campagne du 28 Septembre ».

Les objectifs du Millénium

Les priorités actuelles du gouvernement en matière de santé reproductive et sexuelle sont donc la grossesse et l'accouchement, le cancer du sein et du col de l'utérus, le VIH/SIDA, la contraception, et le post-avortement. Mais aujourd'hui, l'Etat bolivien fait face à un nouveau défi, celui d'accomplir les mesures et les attentes de la Déclaration du Millenium des Nations Unies, adoptée lors du Sommet du Millénium aux Etats-Unis en 2000. En matière de santé, cette déclaration définit les objectifs suivants : réduire le taux de mortalité infantile de deux tiers entre 1990 et 2015 ; réduire la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015 ; réduire de moitié jusqu'en 2015 et commencer à diminuer la propagation du VIH/SIDA ; réduire de moitié jusqu'en 2015 et commencer à réduire l'incidence du paludisme et autres maladies endémiques. Par rapport à la santé reproductive et sexuelle, la Déclaration établit quatre domaines d'engagement : l'équité de genre, la mortalité de l'enfance, la santé maternelle et le VIH/SIDA. Depuis 2001, à travers l'adoption et l'application de plans et programmes spécialisés tels que le Plan Stratégique de Santé, le Plan National d'Equité de genre, le Plan de Lutte contre la Violence envers la Femme, etc., la Bolivie tente d'accomplir son engagement et d'atteindre les objectifs fixés par la Déclaration. Mais, « *selon les projections*

¹⁶ La Campagne du 28 septembre est une stratégie adoptée par les pays d'Amérique Latine et des Caraïbes, qui réunit diverses ONG féminines et féministes de la région. Depuis 1993, ces organisations mènent une campagne annuelle pour la dépénalisation de l'avortement, et instaure le 28 septembre comme « le Jour pour la Dépénalisation de l'Avortement en Amérique Latine et aux Caraïbes ». Cette campagne conçoit le droit à l'avortement comme un droit sexuel et reproductif des femmes, et comme un grave problème de santé publique et de justice sociale encadré par les droits humains. En 1996, 7 ONG de La Paz intègrent la Campagne, et luttent entre autre pour la réglementation de l'avortement permis par la loi, et pour le traitement gratuit et humain des complications de l'avortement.

préliminaires, il est peu probable que la Bolivie accomplisse les mesures établies, bien que les conditions pour atteindre les mesures soient clairement en amélioration » (Ministerio de Salud y Previsión Social, 2002 : 56).

Les droits reproductifs et sexuels sont désormais reconnus, promus et requis dans la plupart des documents officiels, ce qui caractérise une avancée normative importante. Comme nous l'expliqua Emma Donlan, qui travaillait alors au sein de Population Concern, une ONG britannique, le thème de la mortalité maternelle n'était plus à la mode. Désormais, on parlait des droits reproductifs et sexuels, et les politiques, les financements surtout, allaient dans ce sens. En vue de confirmer cette reconnaissance et pour une application plus effective, en 2004, le FNUAP et le CIDEM présentent au Congrès National Bolivien un Projet de Loi sur les Droits Reproductifs et Sexuels (loi 810). Ce projet est la synthèse de toutes les dispositions légales existantes sur le thème et qui sont dispersées dans les différents codes, lois, décrets et autres résolutions. Cependant, ce projet est très critiqué, par l'Eglise Catholique en particulier, qui accuse cette loi de défendre et préconiser l'avortement et l'union des homosexuels, et de heurter ainsi les valeurs fondamentales de l'être humain. Le projet de loi est également discuté au sein de la société civile. Lors d'une réunion mensuelle du Réseau National pour l'Humanisation de l'Accouchement et de la Naissance (REBOHUPAN) à laquelle nous avons assisté, Ineke Dibbits, responsable de l'ONG Taller de Historia y Participación de la Mujer (TAHIPAMU) et coordinatrice nationale du réseau, ainsi que d'autres membres critiquèrent ce projet : ils estimaient qu'il ne s'agit pas d'une loi consensuelle, car le FNUAP n'était pas représentatif de la société civile, qui ne fut en rien consultée. Ce projet de Loi sur les Droits Reproductifs et Sexuels, à plusieurs reprises révoqué par le Congrès National, est actuellement en étape de révision au Parlement, ce qui engendre de nombreuses controverses et débats.

Le monde politique témoigne d'une importante prise de conscience et d'une démocratisation du thème de la santé reproductive et sexuelle et des droits afférents, depuis notamment la Conférence du Caire. Grâce à la mobilisation croissante d'acteurs sociaux et médicaux et aux engagements internationaux, l'Etat bolivien assume de nouvelles responsabilités. L'expression politique et légale des droits reproductifs et sexuels repose sur la formulation de mesures spécialisées, telles que les programmes ou les systèmes successifs de sécurité sociale pour la santé sexuelle et reproductive, et sur la reconnaissance de la planification familiale comme un droit, de l'avortement comme un problème de santé publique. Si dans les années 70, la Bolivie constitue le pays le plus en recul sur le continent, s'il s'agit du dernier pays de la région à introduire le thème, elle compte aujourd'hui sur un cadre normatif très avancé par rapport à d'autres pays d'Amérique Latine ou d'autres régions du monde. Elle est par exemple l'unique pays latino-américain ayant des normes nationales d'attention post-avortement dans le système public de santé.

Comment fut évaluée l'histoire politique de la santé reproductive et sexuelle par les acteurs sociaux, politiques et médicaux rencontrés ? En 20 ans d'histoire, le Docteur Javier Torres Goitia note un changement radical. Aujourd'hui, la santé reproductive et sexuelle est dans tous les textes et moyens de communication, y compris ceux de l'Eglise Catholique. La Doctoresse Susana Asport, qui travaille et se mobilise depuis plus de 15 ans sur la question, nous a expliqué qu'avant le travail était clandestin. Désormais, il existe des règlements, des normes légales qui donnent l'aval pour travailler en matière de santé reproductive et sexuelle. Par rapport à la contraception, certains soulignent des progrès malgré le manque de ressource des gouvernements successifs. Mais pour d'autres, les avancées n'apparaissent pas à la hauteur de celles espérées. Un affaiblissement politique du thème a été évoqué à plusieurs reprises. En témoigneraient, l'intérêt du Ministère uniquement basé sur les femmes enceintes (la restriction du SUMI), et le fait que la santé reproductive et sexuelle demeure un programme et non une politique. Les conférences mondiales ont été des appuis au processus de démocratisation et de normalisation du thème. Cependant, après celles-ci, les efforts se seraient dispersés et les discours seraient devenus parallèles.

Dans l'ensemble, on note d'importants progrès dans la reconnaissance et le respect des droits reproductifs et sexuels. Mais ces progrès n'auraient pas été traduits dans la réalité. Maria Dolores

Castro, anthropologue bolivienne engagée, travaillant alors pour le Population Council, expliqua à cet égard lors de notre rencontre qu'il existait un écart entre l'adoption et l'accomplissement des politiques. La santé reproductive et sexuelle serait donc restée dans le discours, sans de véritables mises en pratique. Certains insistent sur la nécessité actuelle de réaliser, d'appliquer les discours et, en particulier, d'impulser une réelle participation de la population quant à ses décisions sexuelles et reproductives.

Il est vrai que certaines composantes des droits reproductifs et sexuels, tels que la grossesse, l'accouchement, les soins pré et post-partum et natals montrent des avancées certaines. Mais d'autres problèmes restent irrésolus dans le pays. Persiste une réalité sociale de la reproduction et de la sexualité marquée par un nombre important de grossesses non planifiées et surtout non désirées, d'une demande insatisfaite en matière de contraception et de nombreux avortements clandestins, une réalité soulignée lors de notre investigation au sein des institutions médicales, qui prouve effectivement un important décalage entre la norme politique et la répercussion sociale.

CHAPITRE 2

L'EXPERIENCE REPRODUCTIVE ET SEXUELLE DES FEMMES RENCONTREES

Nos observations et discussions avec des personnalités académiques, politiques, sociales et médicales ont révélé certaines caractéristiques des questions reproductives et sexuelles en Bolivie. L'objectif de ces différentes rencontres était d'appréhender les actions et les politiques, les activités de chaque organisation et institution, mais aussi de connaître les principales thématiques, revendications et dénonciations liées à la santé reproductive et sexuelle des femmes dans le pays et dans le département de La Paz. Ces entretiens ont permis non seulement d'établir un premier contact avec les acteurs institutionnels et mobilisés sur le thème étudié (au niveau macro et intermédiaire, le monde de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie étant relativement petit) mais également de dégager, de synthétiser les caractéristiques prédominantes concernant la santé reproductive et sexuelle des femmes boliviennes, tout en restant conscient qu'il s'agissait bien là du discours de chaque acteur et non de la réalité en tant que telle. Cependant, ces discussions ont confirmé nos documents locaux et nationaux (notamment celles de l'Institut National de Statistiques, INE), qui révélaient et soulignaient que les femmes boliviennes, celles de La Paz et d'El Alto notamment, avaient souvent plus de trois enfants, que la majorité des grossesses n'était pas planifiée, que l'utilisation de méthodes contraceptives était peu répandue, et que de nombreuses femmes avaient recours à l'avortement clandestin.

Comme le signale un document de travail de la Coordinadora de la Mujer, « *le taux de fécondité lié aux enfants désirés et obtenus, et l'utilisation de méthodes de régulation de la fécondité constituent l'indicateur le plus important pour mesurer l'exercice de leur droit à la santé sexuelle et reproductive* » (Coordinadora de la Mujer, 2003 : 59). La contraception et l'avortement sont deux importantes composantes des droits reproductifs et sexuels, et constituèrent dès lors les variables de l'étude. Les grossesses non planifiées et/ou non désirées sont des indices clés pour évaluer la réalité sociale de ces droits, et furent ainsi les principaux thèmes étudiés. Elles permettent notamment d'observer l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles et la maternité volontaire définie par les groupes de femmes comme le droit de décider, reproduire ou interrompre une grossesse non désirée, selon des critères établis par les femmes elles-mêmes.

Les résultats présentés ici découlent d'un séjour de trois semaines dans chacun des trois hôpitaux étudiés, dans les services gynécologiques et obstétriques, du lundi au vendredi, de 7-8 heures du matin à 12-13 heures de l'après midi, horaires où s'effectuent généralement les visites médicales, soit 5 heures quotidiennes. Cette présence régulière de trois semaines a permis de se familiariser au milieu médical, d'observer l'attention médicale, de dialoguer avec les patientes hospitalisées ou en consultation. Elle a également permis aux patientes et au personnel de santé de s'habituer à notre présence, de créer une ambiance de confiance et d'obtenir ainsi des observations et discussions plus pertinentes. A travers les entretiens qualitatifs et les observations systématiques, qui constituent la base méthodologique de notre étude, il s'agissait d'appréhender la qualité de l'attention, si l'application politique se traduisait dans le social, et si, notamment, le personnel créait des conditions favorables à l'exercice des droits reproductifs et sexuels ; de connaître les perceptions, les expériences, les connaissances des patientes relatives à leur vie sexuelle et reproductive.

Les entretiens qualitatifs auprès des patientes furent menés sous formes d'échanges, de dialogues, de conversations. Ces discussions avaient lieu dans les salles d'attente des cabinets de consultation, dans les chambres des patientes surtout, et parfois dans les couloirs de l'hôpital. Dans le cadre du

Dialogue des Savoirs¹⁷, ont été consultées les patientes qui n'étaient pas fatiguées ou préoccupées, qui ne souffraient pas, qui pouvaient et désiraient discuter un moment. Ainsi, dans les services d'hospitalisation, les femmes qui étaient de sortie ont constitué la population préférentielle pour les entretiens.

Les premières discussions furent enregistrées. Cependant, les échanges se sont avérés plus riches après l'enregistrement, et les conversations suivantes ne furent donc pas enregistrées. L'entretien constituait un échange bref qui privilégiait la profondeur, c'est-à-dire la qualité de l'échange plus que la quantité. Les discussions étaient ainsi de courtes durées (20 minutes au maximum). Certaines furent plus brèves que d'autres, avec parfois peu d'information ; d'autres furent quotidiennes, et ont permis de mener des entretiens détaillés, en profondeur. Lors de ces dialogues, nous voulions être flexibles et intuitives. Selon le contexte et la personne rencontrée, il était possible de changer l'entrée en matière, comme la question d'ouverture. Il était également important de voir où les femmes cherchaient à conduire la discussion, en valorisant ce point, et en oubliant les hypothèses de base qui peuvent occulter certaines approches importantes ou tout du moins, importantes pour l'interviewée.

La discussion commençait avec une question très générale, qui pouvait être formulée à partir du contexte et des observations. Puis, il s'agissait de reprendre des extraits du discours. Selon les principes du Dialogue des Savoirs, l'échange ne suivait pas de questionnaire pré élaboré, mais en revanche, un guide thématique de conversation : demander par exemple, aux patientes des idées de suggestions pour améliorer l'attention (ce qui peut donner une idée sur la qualité d'attention reçue).

Après chaque discussion, il s'agissait de recueillir, dans un coin retiré du service, les idées centrales abordées dans un agenda de terrain (ou carnet de notes). Un agenda de terrain est l'instrument personnel à partir duquel figurent des données clé, la chronologie ou l'histoire de l'investigation. Aucune note n'était prise lors de l'entretien car cela pouvait biaiser, fausser le dialogue, et marquer un certain manque de respect vis-à-vis des femmes consultées. En effet, ces dernières pouvaient se demander ce qu'écrivait l'interlocuteur, ou ne pas comprendre ces mêmes notes (à cause de l'écriture, ou de mots étrangers). C'est également un manque de respect pour les femmes qui ne savent ni lire, ni écrire (l'analphabétisme étant relativement important en Bolivie).

Dans les services de maternité, ou lorsque le contexte s'y prêtait, une question d'ouverture, unique et large, permettait d'amorcer la discussion avec les patientes : *« j'aimerais que tu me dises comment ça s'est passé ici, comment tu t'es sentie ici... »*. Cette question a été changée très rapidement car elle connotait un jugement de valeur. De plus, les premiers entretiens, nos premières observations ont démontré que les mères étaient mises en confiance lorsqu'on leur parlait de leur enfant, lorsque l'on montrait un certain intérêt à leur égard. A partir de là, le dialogue commençait en général par : *« J'aimerais que vous me racontiez l'histoire de ce bébé, comment ce charmant bébé est arrivé ici, au monde... »*. Il s'agissait ensuite de reprendre les points évoqués les plus pertinents pour l'étude, et de développer, d'approfondir les thèmes abordés par les patientes. Certaines conversations étaient indirectement guidées. Nous demandions par exemple aux mères si le nouveau né allait avoir des frères et sœurs, et selon leur réponse, comment elles pensaient faire pour attendre ou ne plus avoir d'enfants.

Cette question d'entrée permettait d'appréhender si le bébé avait été planifié ou non, mais elle a révélé cependant quelques faiblesses puisque de rares femmes ont répondu en expliquant le processus de la reproduction, et non en racontant le processus de décision ou non. Une femme de 19 ans, qui venait d'accoucher a en effet répondu que son enfant était arrivé ici en ambulance. Une jeune mère expliqua : *« avec mon compagnon (...). Au bout de 9 mois, il arriva... »* (mère de 18 ans, mariée, un fils). Une autre mère raconta que l'enfant venait de son ventre : *« depuis que... depuis mon ventre... On sent comme un petit ver... qui grandit, grandit... »* (mère de 25 ans, mariée, deux enfants).

¹⁷ Le « Dialogue des Savoirs » est une aide voire un guide pour les recherches sociales qualitatives en générale, et plus particulièrement lorsqu'elles sont menées dans des pays et communautés où les perspectives interculturelles sont primordiales (tel est le cas de la Bolivie). Cette méthodologie de recherche qualitative reprise et développée par Susanna Rance propose une nouvelle approche de la recherche socioculturelle, et marque ainsi une certaine distance avec les concepts et pratiques méthodologiques traditionnels en sciences sociales. Elle appréhende l'entretien comme un dialogue entre l'enquêteur/rice et l'enquêté/e, comme un échange qui va au delà d'un profit instrumental et d'une confirmation de théorie.

Dans certains services, et dans des conditions particulières, il n'y avait pas de question préalable d'ouverture. Les conversations s'installaient de façon « naturelle », et prenaient forme de dialogues, d'échanges d'expériences, d'idées (tout en essayant de suivre le guide thématique), afin d'obtenir une information plus personnelle, libre et pertinente pour l'étude. A l'hôpital d'El Alto, el aymara a constitué un bon premier contact avec les femmes hospitalisées, en faisant rire et surtout en montrant un certain intérêt pour leur culture d'origine. Certains entretiens furent collectifs, entre patientes d'une même chambre. Ils ont constitué une source très riche d'information, étant donné que les femmes, plus en confiance réunies, ont partagé entre elles leurs expériences, leurs savoirs et leurs opinions. Elles paraissaient, par exemple, plus libres de donner leur point de vue sur l'attention médicale.

Des conversations avec les parents, la famille et le personnel médical illustrèrent également le travail de recherche ; ces échanges s'établissaient de façon spontanée et ponctuelle lors de rencontres dans les couloirs ou à l'accueil des services par exemple.

L'information recueillie des entretiens a été appuyée et complétée par des observations participantes. L'Observation Participante « *suit, d'après A. Piette, le décours de l'interaction proprement dite. Un bon indicateur d'une observation participante réussie, c'est lorsque le chercheur se trouve à blaguer et à rire naturellement, lorsqu'il évite les gaffes automatiquement, sans surveiller son comportement, lorsqu'il pose à propos et au bon moment les questions sans obéir à des instructions précises. L'observation comme interaction, c'est une « rencontre sociale » constituée de conversations, de gestes, de jeux de regards. Elle ne se réduit pas à une participation psychologique (empathie) ou affective (immersion). C'est un processus d'équilibration entre deux tendances opposées, l'inclusion et la distance, qui n'exclut pas un ensemble de tactiques, d'ajustements par lesquels l'observateur produit sa place, la négocie et renégocie continuellement* » (A. Piette, 1996 : 68 et 72). Nous avons tenté tout au long de notre étude de suivre ces caractéristiques de l'observation participante.

Selon une liste de mots clés¹⁸, l'attention médicale, les soins, les pratiques, ainsi que les relations et les interactions entre le personnel et les patientes (variables qui conditionnent l'exercice des droits reproductifs et sexuels) étaient sources d'observations systématiques. Ces observations et participations ont permis de se familiariser, de se sensibiliser au milieu médical de la santé reproductive et sexuelle, aux soins, aux pratiques, aux orientations ; et également de connaître les rôles, les comportements et attitudes de chaque acteur de l'hôpital (patientes, médecins, infirmières, personnel de service, famille et proches des patientes), les interactions et relations interpersonnelles existantes. Il a donc été possible, dans des cadres définis, d'évaluer la qualité de l'attention médicale en matière de santé reproductive et sexuelle (la qualité institutionnelle, la qualité technique, la qualité humaine), et les conditions, le contexte des droits reproductifs et sexuels.

Rappelons que nos discussions et nos observations ont certes souligné certaines réalités politiques, sociales et médicales, certains indicateurs de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie mais elles ne peuvent en aucun cas se généraliser, étant donné que l'investigation fut réalisée dans des milieux médicaux particuliers et dans un contexte urbain spécifique. Les résultats présentés sont uniquement représentatifs de la réalité observée, de l'échantillon étudié.

LES GROSSESSES NON PLANIFIEES ET NON DESIREES

Lorsque nous demandions aux femmes rencontrées dans les services de maternité de raconter l'histoire du nouveau né, certaines mères ont expliqué qu'elles avaient décidé d'avoir un bébé, pour tenir compagnie à leur dernier enfant ou pour se réaliser en tant que femme, et elles ont parfois dû convaincre leur compagnon.

« Mon mari ne voulait pas, C'est moi [qui l'ai convaincu] (...). J'ai un bébé... de 4 ans. Et... j'ai voulu avoir cette autre fille parce que seule, elle souffre, elle n'a personne avec qui jouer. C'est pour

¹⁸ Mémo d'observation lors de notre étude : infrastructure, organisation, cadre, acteurs, activités, relations, interactions, communications, informations, soins, pratiques médicales et sociales, comportements, attitudes, intimité.

cela que j'ai voulu avoir la seconde... (...). Car ma fille, seule, n'a personne à qui parler... Et le pire est que j'ai des neveux... 8 garçons et pas une seule fille. Elle ne peut même pas jouer avec eux (...). Et voilà, j'ai deux petites filles... Et je crois que cela va être une bonne compagnie pour ma fille. Et... et voilà... c'est comme ça que mon bébé est venu au monde » (mère de 26 ans, 2 filles, mariée).

« Bon (...), mon autre bébé est petit, no? (...). Je voulais une compagnie pour mon bébé parce que les autres sont grands (...). Et donc mon fils... voulait jouer avec quelqu'un et non; mais seul à la maison, tous les autres sont grands... J'ai dit, 'non, je vais en avoir'... Et il est programmé (...), ce n'est pas un accident (...) » (mère de 34 ans, 4 enfants, mariée).

« [Son mari a la garde de ses deux fils]... ils me manquent beaucoup, beaucoup... C'est peut-être pour cela que j'ai décidé d'avoir un fils parce que... je pleurais beaucoup et je souffrais beaucoup... [A son nouveau compagnon]... je lui disais toujours... 'je voudrai avoir quelqu'un... un fils' je lui disais (...), un fils pour être accomplie ... parce que l'âge aussi va passer et je ne vais plus pouvoir avoir un bébé, donc... 'Je veux un fils' lui disais-je (...). 'Aller, je veux un bébé s'il te plaît'... Et maintenant, non, non ! Gaga le papa » (mère de 34 ans, 3 fils, en union libre).

« Il a été bien planifié (...). [Avec son mari], nous avons fait de la planification » (mère de 33 ans, 2 filles, mariée).

Si ces grossesses étaient décrites comme décidées et planifiées, dans la majorité des cas, les grossesses étaient notées dans les histoires cliniques, et racontées par les femmes comme totalement imprévues et non programmées, fruit d'un accident, d'une négligence, d'une méconnaissance des processus de reproduction et d'allaitement, ou d'un viol¹⁹.

« C'est mon deuxième bébé. (...) mais le premier fut planifié (...). Lui, ce fut un peu une négligence de ma part... (...) » (mère de 33 ans, 2 fils, en union libre) ;

« (...) Il n'a pas été planifié... Ça a été un accident... » (mère de 34 ans, 2 fils, mariée) ;

« Autrement dit s'il a été... s'il a été... et... comment on dit... planifié (...). Non, non il n'a pas été planifié. Et je prenais des pilules contraceptives... Et j'ai arrêté de les prendre et... je suis tombée enceinte... et je suis tombée enceinte et j'ai décidé de l'avoir c'est tout (...)... et puis il est né » (mère de 22 ans, une fille, mariée).

Certaines femmes expliquèrent qu'elles ne planifiaient jamais leur grossesse. D'autres racontèrent qu'elles s'étaient rendues compte de leur grossesse très tard, à cause du retard de leur menstruation.

Certaines femmes disaient alors qu'elles avaient regretté ou regrettaient leur grossesse. Une grossesse non programmée est parfois vécue comme une fatalité, comme une expérience « affreuse ». Mais qu'il ne soit pas programmé ne signifie pas pour autant que le bébé n'était pas attendu avec amour et désiré, et les femmes montraient à cet égard un important dévouement (en cas de complication de la santé du nouveau né par exemple) :

« Ca a été un accident... mais il est bien désiré, aimé (...), il a été bien attendu. C'est ma vie » (mère de 34 ans, 2 fils, mariée).

« C'est un bébé bien désiré (...). Bon... Au début, quand elle était dans mon ventre, peut être que je ne la voulais pas... Mais maintenant que je la vois, quand elle est née... (...) » (mère de 23 ans, 1 fille, en union libre, célibataire selon son dossier médical).

Cependant, des observations et des entretiens de mères ou futures mères hospitalisées ont permis de soupçonner des grossesses non désirées. Certaines femmes dont la grossesse était menacée refusaient de prendre le traitement ou voulaient rentrer chez elles à tout prix, même si cela signifiait la perte du

¹⁹ Selon des données de la Direction Nationale de la Police Technique Judiciaire, il existe environ 4 viols par jour en Bolivie. Si on estime que seuls 10% des cas sont dénoncés, il y aurait chaque jour environ 40 femmes violées, soit plus de 14 000 viols par an (El Diario, 28/09/2002).

futur être. Au lieu d'être soignées, elles demandaient et signaient, contre avis médical, une autorisation de sortie. D'autres femmes ont déclaré ou ont été suspectées par le personnel médical d'avoir ingéré des substances reconnues comme ayant des principes actifs sur les grossesses, ce qui aurait parfois produit un accouchement prématuré ou la mort du nouveau né.

Une femme de 9 enfants a confessé qu'elle n'avait pas voulu « *autant* » d'enfants. Une jeune mère de 23 ans a expliqué qu'elle aurait préféré ne pas encore avoir d'enfant : « *parfois, je regrette...* ». Une mère de 25 ans, ayant deux enfants et étant enceinte pour la quatrième fois, hospitalisée à plusieurs reprises pour menace d'avortement, déclarait « *aller perdre le bébé, mais d'un seul coup* ». Elle refusait quotidiennement de prendre son traitement (de la maïzena diluée dans de l'eau), prétextant que ce n'était pas bon, que cela allait la faire vomir, et elle finissait par le jeter à la poubelle. Une autre jeune fille de 15 ans, dont la grossesse était le résultat d'un viol, a avoué qu'elle avait voulu avorter mais sa mère l'en avait empêchée. Une femme de 42 ans, enceinte de 28 semaines, qui venait d'accoucher d'un mort né, expliqua qu'elle avait pris un peu de camomille car elle était très endolorie. Dans d'autres cas, les médecins justifiaient les hémorragies, les malformations du nouveau né par l'ingérence d'infusions ou de substances actives. Une doctoresse nous raconta que souvent les femmes recouraient aux infusions, aux herbes pour précipiter l'accouchement car elles ne voulaient pas de l'enfant ou parce qu'elles ne supportaient plus la douleur et cherchaient un moyen de soulagement, en dépit de la survie de l'enfant.

Une patiente rencontrée, qui allait être mère pour la première fois, demanda si c'était normal de perdre du sang lors de la grossesse, et semblait ignorer les risques et les complications durant une grossesse. Mais, dans l'ensemble, les femmes paraissaient savoir comment faire attention pendant la grossesse, et ce qui pouvait provoquer un avortement, comme prendre des infusions, trop marcher, porter ou soulever des choses lourdes. Nous avons surpris une discussion entre patientes d'une même chambre. L'une d'entre elles cherchait à comprendre pourquoi l'enfant de sa compagne de chambre était né malformé (en réalité le bébé était mort) : « *Tu est tombée ? T'as pris quelque chose... une infusion... ce n'est pas bon de prendre une infusion ou ce type de chose* » déclara la première. « *Ah oui ?* », intervint l'autre. « *Un médicament contre la douleur, des pilules ?...* » insista la première. « *Rien de tout ça...* » répondit l'autre.

Au niveau national, de nombreuses études et enquêtes révèlent un grand nombre de grossesses non désirées. Déjà selon l'Enquête Nationale de Démographie et Santé (ENDSA) de 1989²⁰, 2/3 des enfants nés durant les 5 années antérieures au sondage étaient le produit de grossesses non désirées.

LA DEMANDE INSATISFAITE EN CONTRACEPTION

La fécondité réelle et la fécondité désirée

Ces grossesses non planifiées et non désirées témoignent de l'échec de la pratique contraceptive et d'une demande en contraception non satisfaite. Il existe à cet égard une importante demande pour limiter ou espacer les grossesses, une demande notamment observée. Si certaines familles souhaitent de nombreux enfants (persiste la perception selon laquelle l'enfant est un soutien financier pour la famille), les femmes veulent en général moins d'enfants, et planifier leurs futures grossesses. Dans les services de maternité, lorsque nous demandions aux mères si le nouveau né allait avoir des frères ou des sœurs²¹, certaines ont expliqué qu'elles ne savaient pas, mais qu'elles préféraient attendre un peu, attendre que celui/celle-ci soit plus grand/e :

« *Nan... la seule. Nan, c'est fini... peut être avec le temps... en attendant, elle sera toute seule... ; après avec le temps, alors on verra...* » (mère de 23 ans, une fille, en union libre).

²⁰ En Bolivie, quatre enquêtes ENSA furent réalisées : ENSA 1989, ENSA 1994, ENSA 1998 et ENSA 2003. La dernière n'a pas été prise en compte ici à cause du retard administratif bolivien pour la diffusion des données.

²¹ Nous avons conscience en formulant une telle requête, qu'après un accouchement, les femmes ne souhaitent généralement pas renouveler l'expérience dans l'immédiat. Mais cette question et notamment les réponses apportées annonçaient en réalité une autre requête, à savoir, comment elles comptaient procéder pour, par exemple, espacer ou limiter leurs futures grossesses, comme nous le verrons ultérieurement.

« Pas encore, pas encore... Je vais attendre... 3,4 ans... » (mère de 22 ans, 1 fille, mariée).

D'autres mères expliquèrent qu'elles ne voulaient plus d'enfants car la grossesse et l'accouchement étaient des expériences trop douloureuses :

« Celui-là, c'est tout car mettre un bébé au monde, c'est douloureux, ça te fait mal, tu veux mourir... alors un de plus... non... » (mère de 34 ans, 4 enfants, mariée).

« Non... Maintenant, c'est pire (...). La cicatrice fait mal... Ah non ! (...). Ah non ! » (mère de 25 ans, 2 enfants, mariée).

Les femmes rencontrées ont également évoqué les difficultés économiques²², la nécessité de travailler, difficilement conciliable avec des enfants, et leurs priorité et préférence accordées à une éducation de qualité pour les enfants:

« Non (...). Travailler et tout et ça non (...). A quoi ça sert de le mettre au monde et ne pas lui donner l'attention (...), avec [un seul fils], tu vois ce qui lui plaît, ce dont il a besoin, ce qu'il veut en particulier » (mère de 22 ans, un fils, célibataire).

« Nan... parce que... (...). Après (...), il va vouloir étudier... Et je vais pas pouvoir... Alors (...), moi je veux que... qu'il étudie, qu'il soit professionnel. Quelque chose, quelque chose qu'il puisse (...). Je vais le faire étudier... (...). Avec un autre, je ne pourrais pas » (mère de 34 ans, 3 fils, union libre).

« Non, c'est fini... Je pense que c'est fini... Avec deux, c'est suffisant parce que... l'argent ne suffit pas toujours, il n'y a pas de travail... Et en avoir deux, cela va être difficile... Je ne vais pas pouvoir travailler pour ne pas le négliger. Avec une au moins, j'ai pu travailler, hein (...). Avec elle, je ne vais pas pouvoir... Avec elle, personne ne va m'accepter, peu... (...). Je vais devoir vivre avec le salaire de mon mari, et ce n'est pas grand-chose... c'est bien peu ce qu'il gagne... (...). Idem ce que tu dépenses, dans la nourriture part l'argent, c'est tout... Pour cela, non... Ce seront les deux seuls de ma vie. Y'en aura pas d'autre » (mère de 33 ans, 2 fils, en union libre).

« Bien sûr, nous ne voulions plus avoir d'enfant parce qu'avec la situation économique, et avec tout ça, aujourd'hui il faut penser (...) pour avoir plus, plus, plus (...) » (mère de 26 ans, 2 filles, mariée).

D'autres mères expliquaient qu'elles estimaient avoir « suffisamment » voire « trop » d'enfants, notamment parce qu'être mère représentait de lourdes responsabilités. Une mère de 33 ans, ayant deux filles, expliquait qu'elle ne voulait d'autre enfant, car au-delà de la douleur, l'éducation des enfants est harassante : « il faut cuisiner, laver, nettoyer... ». Le mari, lui, à cause du travail ne peut pas assumer de telles responsabilités, ajoutait-elle, et « les femmes sont ainsi, n'est-ce pas ? Emmener les enfants à l'école... ».

Ces discours coïncident avec les conclusions des enquêtes officielles nationales. Selon ENDSA 1998²³, le pourcentage de femmes qui ne désiraient plus d'enfants (en excluant les femmes stérilisées) atteignait 64,8% ; et le pourcentage de femmes qui souhaitaient espacer leur prochaines grossesses à plus de 2 ans était de 13,2%.

Selon cette même enquête, le taux de fécondité était calculé à 4,2 enfants par femmes. Malgré une relative diminution, il restait un des taux les plus élevés d'Amérique Latine. Ce taux variait selon le lieu de résidence et le niveau d'instruction. A un niveau d'urbanisation élevé, correspondait un niveau de fécondité moindre. ENDSA 1998 observait également que le taux de fécondité était plus élevé chez les femmes ayant un meilleur niveau d'instruction (il est de 7,1 chez les femmes sans instruction et de 2,7 chez les femmes dont le niveau d'instruction était supérieur). Ce taux de fécondité observé contrastait avec le taux de fécondité souhaité par les femmes boliviennes, dont la moyenne était

²² On parle ici de « malthusianisme de la pauvreté » (Cosío Z., 1992).

²³ ENDSA 1998 repose sur des entretiens au sein de 13 136 foyers sélectionnés (dont 7 488 en zone urbaine et 5 648 en zone rurale).

estimée à 2,6 enfants. ENDSA 1989 observait déjà cette différence : le taux de fécondité était de 4,9 alors que le taux souhaité était de 2,3. En zone urbaine, le nombre d'enfants obtenus par femme était de 3,3, et le nombre d'enfants souhaités par ces femmes était évalué à 2,2. Les femmes rurales avaient en moyenne 6,4 enfants alors que la moyenne souhaitée par ces femmes était de 3,2 enfants (ENDSA, 1998). Les femmes ont donc plus d'enfants qu'elles ne souhaitent. Cette différence entre la fécondité observée et la fécondité désirée montre que de nombreuses grossesses ne sont pas planifiées, et qu'il existe une demande en contraception non satisfaite. « *L'énorme différence entre le nombre d'enfants obtenus et ceux qu'elles auraient souhaités avoir montre que les femmes ne décident pas de leur maternité* » (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación et al., 2000).

Toujours selon ENDSA 1998, les nécessités en matière de planification familiale étaient insatisfaites pour 26,1% des femmes en union au niveau national (23,1% dans le département de La Paz). Le concept de nécessité insatisfaite en contraception vient du fait que de nombreuses femmes souhaitent espacer les naissances alors que d'autres ne veulent plus d'enfants. Pourtant, elles n'utilisent pas de méthodes contraceptives.

Ineke Dibbits explique que beaucoup pensent ou ont pensé que les hommes et les femmes de classe populaire pouvaient avoir des enfants de façon interminable, qu'ils ont une attitude très passive et/ou ignorante et qu'ils acceptent sans plus « *les enfants que Dieu envoie* ». Elle démontre que rien de tout ça n'est certain, et qu'il existe une volonté de ne plus avoir d'enfant, d'espacer les naissances, d'avoir moins d'enfants consécutifs, et surtout d'avoir moins d'enfants dans toutes les classes sociales (Dibbits, 1994). Cependant, des estimations sur la nécessité insatisfaite en contraception en Bolivie présentent d'importantes différences selon certaines caractéristiques des femmes en union, comme la langue, le niveau d'instruction et l'âge de la femme. Les femmes avec une nécessité majeure insatisfaite parlent principalement une langue indigène. D'autre part, plus le niveau d'instruction est bas, plus la nécessité insatisfaite est haute, et à mesure que l'instruction augmente, la nécessité insatisfaite diminue. A La Paz, les femmes qui présentent le niveau le plus haut de nécessité insatisfaite sont celles qui habituellement parlent une langue native, ici l'aymara, et qui ne savent ni lire ni écrire (Torres P. et al., 1997).

A moindre échelle, il fut observé lors de l'étude de terrain que de nombreuses femmes avaient eu plus d'enfants qu'elles en avaient désiré ou programmé. Mais malgré cette demande, si la majorité des femmes rencontrées dans les hôpitaux et au sein des ateliers paraissaient connaître ou du moins avoir entendu parler de certaines méthodes contraceptives, moins nombreuses étaient celles qui les utilisaient ou les avaient utilisés, ou sinon de façon inappropriée. La demande insatisfaite en contraception s'exprime en effet par un décalage important entre la connaissance et la pratique contraceptives.

La connaissance et la pratique contraceptive

Quand on demandait aux femmes des maternités comment elles comptaient faire pour ne plus avoir d'enfant ou pour attendre le temps souhaité, beaucoup expliquaient qu'elles allaient faire attention, en utilisant éventuellement une méthode contraceptive.

« *Hum... je crois que je vais faire attention avec un préservatif* » (mère de 30 ans, 2 filles, mariée).

« *Je pense aux injections [ou le stérilet dans deux mois]* » (mère de 22 ans, 1 fils, mariée, célibataire selon le dossier médical).

« *Je vais faire attention avec une méthode (...) le stérilet (...) Il y a tellement de choses, non ? Je ferai attention comme ça... Parce que sinon (...) et la vie si chère* » (mère de 25 ans, 2 enfants, mariée).

D'autres expliquaient qu'elles allaient consulter :

« *Je vais consulter mon médecin (...) ou nous ferons attention nous-mêmes* » (mère de 33 ans, 2 fils, en union libre).

« Je ne sais pas... On m'a dit qu'ici il y a une Planification Familiale. Je vais venir ici... Ils me donneront, je ne sais pas, des pilules... J'achèterai un stérilet, je ne sais pas... mais je vais faire attention, pendant un certain temps, si... Si parce que... ils disent que tu peux être enceinte, non... pendant... l'allaitement. Alors je dois faire attention, c'est tout... » (mère de 22 ans, 1 fille, mariée).

« ... je vais me mettre... le stérilet... Y'en a tellement aujourd'hui. Y'en a tellement des 'avancées'... Ce n'est pas comme avant... Avant, la population avait, hein ! Elle avait 5, 10 enfants... Maintenant ils en ont 1, 2... parce qu'ils font attention, non ? C'est un traitement, après un temps, on se fait mettre un... un stérilet, ... une spirale... je ne sais pas ce qu'il y a... Je vais voir avec mon gynécologue... » (mère de 34 ans, 1 fille, mariée).

La connaissance et l'utilisation de méthodes contraceptives, naturelles et modernes, permettent de planifier les grossesses et les naissances, et d'éviter ainsi les grossesses non planifiées, voire non désirées. Malgré un intérêt et une demande croissante de la population, la contraception est essentiellement caractérisée par une importante brèche entre la connaissance et la pratique.

En Bolivie, comme nous l'avons déjà mentionné, les méthodes actuellement proposées par la norme officielle regroupent les méthodes naturelles ou traditionnelles (la méthode du calendrier, celle du collier ou des jours fixes, la méthode pendant l'allaitement et la période aménorrhée) et les méthodes dites « modernes », artificielles (la pilule, l'injection, le stérilet, le préservatif, la tablette vaginale, la ligature des trompes pour les femmes et la vasectomie pour les hommes). Dans la pratique les femmes utilisent d'autres méthodes pour éviter une grossesse : se laver avec du coca cola, du vinaigre, du citron, de l'eau salée, s'introduire une aspirine ou une allumette dans le vagin, boire des infusions d'herbes spécifiques, prolonger l'allaitement maternel, etc.

En général, les méthodes de contraception sont connues en Bolivie. Selon ENDSA 1998, une forte majorité des hommes et des femmes consultés (plus de 85%) déclarait connaître une quelconque méthode. Mais cette enquête consiste à demander aux familles si elles connaissaient ou avaient entendu parler de méthodes pour faire attention, ou éviter une grossesse, et « connaître » ne signifie pas nécessairement que la femme ait des informations précises sur la ou les méthode(s) évoquée(s). De plus avoir des informations sur les méthodes ne détermine pas l'utilisation (même s'il s'agit d'une condition nécessaire). Ainsi, si la majorité de la population connaît une quelconque méthode contraceptive, l'enquête d'ENDSA ne rend pas compte de la qualité et de l'utilisation de l'information.

Le pourcentage d'utilisation, parmi ce même échantillon de personnes étudié, est plus faible que le pourcentage de connaissance. Moins de 50% des femmes déclaraient avoir utilisé au moins une fois une quelconque méthode, moins de 30% une méthode moderne. ENDSA 1998 montre donc que la majorité des femmes boliviennes sexuellement actives n'utilisaient pas de moyens de contraception. Citons par exemple que parmi les femmes de 20 à 24 ans, ayant accouché avant leurs 20 ans, 65% connaissent les méthodes de contraception modernes, 32% savaient où les obtenir, mais seuls 2% utilisaient une méthode contraceptive moderne.

Cette ampleur de la connaissance d'une ou de plusieurs méthodes contraceptives s'est confirmé lors de l'étude. Si certaines patientes rencontrées ne comprenaient pas de quoi il s'agissait quand la contraception était abordée, en général, les patientes des différents services hospitaliers et les participantes des ateliers connaissaient ou avaient entendu parler de « la planification familiale » ou de certaines méthodes. Les participantes des ateliers menés connaissaient les principales méthodes offertes en Bolivie, mais ne semblaient pas pour autant maîtriser l'information et l'utilisation. Au moment de l'étude, la majorité des femmes a déclaré ne pas utiliser de moyens de contraception. Décès du mari, négligence, ou arrêt de la méthode à cause de son inconvénient (la pilule provoquait des douleurs aux seins, les injections engendraient des maux de tête, le stérilet gênait et provoquait des changements d'humeur) furent les justifications évoquées.

La pratique et la connaissance contraceptives sont, selon les diverses ENDSA réalisées dans le pays, déterminées par le lieu de résidence et le niveau d'instruction, avec une nette prévalence chez les femmes habitant les zones urbaines et ayant un plus haut niveau d'instruction. Une autre étude gouvernementale, menée en 1997 (Torrez P., 1997) montre également que la connaissance et l'utilisation de la contraception sont influencées par le niveau d'instruction, la résidence, l'âge et la

langue habituellement parlée dans le foyer. Ainsi, les femmes qui parlent le castillan ont un niveau de connaissance et de pratique supérieur. A l'inverse, celles ayant moins de connaissance sur les méthodes et leurs sources, et donc qui ont moins de possibilité de planifier leur grossesse, sont celles des zones rurales, de langue aymara, les plus jeunes, et généralement illettrées.

La pilule et le stérilet constituaient, toujours selon ENDSA 1998, les méthodes modernes les plus connues et les plus utilisées. Mais il existait une nette prévalence et préférence pour les méthodes naturelles. Ces méthodes sont les plus connues, promues et les plus employées, et la méthode du calendrier reste dans l'ensemble la méthode préférée des boliviens. La majorité des femmes déclare en effet se fier à son cycle naturel, et pratiquer l'abstinence périodique. Lors de l'étude au sein des services gynécologiques et obstétriques, une femme déclara ne pas être amie de « ça [les méthodes contraceptives modernes] (...). *Nous faisons attention de façon naturelle* » (mère de 26 ans, 2 filles, mariée), et nombreuses furent celles qui déclarèrent vouloir planifier ou éviter une prochaine grossesse avec des méthodes traditionnelles. Celles-ci sont pourtant reconnues comme moins efficaces, à cause du manque de maîtrise et de connaissance du cycle reproductif. Pour utiliser la méthode du calendrier, pour éviter des grossesses non désirées, il est important de connaître et de respecter ce cycle menstruel. ENDSA 1994 révélait que parmi les femmes qui utilisaient l'abstinence périodique, 24% ne connaissaient pas le moment de l'ovulation, et le principal risque de grossesse ; des résultats confirmés par une étude de Skibiak, en 1994, selon laquelle la majorité des femmes étudiées qui utilisaient la méthode du calendrier (61%) ne pouvaient identifier correctement la période fertile (Skibiak, 1994, in Ministerio de Desarrollo Humano et al.). Une étude plus récente, publiée en février 2003, intitulé « *El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción – Sexualidad en mujeres y varones universitarios – UMSA* » conduite auprès des étudiants de l'Université Mayor de San Andrés (UMSA), conclue que seuls 46% des étudiants et 26,4% des étudiantes connaissent le cycle fertile des femmes (Carrera de Sociología et al., 2003).

D'autre part, l'efficacité des méthodes modernes peut également être relativisée par le manque d'information, de connaissance, et de structure d'encadrement et de suivi. La pilule, par exemple, s'obtient théoriquement sous prescription médicale. Or dans la pratique, les femmes l'obtiennent sans consultation, et sans ordonnance. Il n'existe donc aucune garantie de recevoir l'information sur comment bien utiliser la méthode, les effets secondaires ou les contre indications.

Toutes ces caractéristiques contraceptives expliqueraient pourquoi de nombreuses femmes boliviennes, notamment celles des milieux ruraux, sont en permanence enceintes ou allaitantes. En effet, dans l'ensemble, les grossesses sont rarement espacées de deux ans comme le recommandent les médecins. Ce manque d'intervalle, ajouté à une malnutrition et un travail intense et permanent, ne laisse pas au corps le temps de reconstruire ses réserves et de faire face à une autre grossesse dans de bonnes conditions de santé. Selon ENDSA 1994, 34% des naissances lors de l'enquête avaient pour espacement entre 24 et 35 mois, soit 2 à 3 ans, et 12,3% entre 7 et 17 mois. Notre étude de terrain a révélé que les femmes savaient dans l'ensemble que les grossesses suivies portaient préjudice à la santé de la mère. Cependant, nombreuses étaient celles qui avaient des enfants ayant à peine deux ans d'écart.

LE RECOURS A L'AVORTEMENT

Ces caractéristiques expliquent également le phénomène prédominant de l'avortement dans le pays, comme dans le reste de la région. Face à une grossesse non planifiée et non désirée, les femmes ont deux recours possibles : assumer cette grossesse sans le vouloir, ou recourir à l'avortement clandestin. Le nombre élevé de grossesses non planifiées et non désirées expliquerait donc la prévalence de la pratique en Bolivie.

Un phénomène social

Dans les hôpitaux étudiés, une importante proportion de femmes était hospitalisée pour complications de grossesse, menace d'avortement, hémorragies, ou menace d'accouchement prématuré. Ces femmes expliquaient qu'elles étaient hospitalisées car elles perdaient ou avaient perdu

du sang, une perte qu'elles justifiaient par des efforts, des chutes et par le fait d'avoir attendu avant de se rendre à l'hôpital. La santé, le bien être et l'activité de la femme affectent directement le bon développement de la grossesse. Or l'étude a révélé la négligence physique et mentale des femmes lors de leur grossesse, telles que la poursuite d'une activité professionnelle intense liée aux nécessités économiques et l'impossibilité d'arrêter de travailler. D'autres femmes ont expliqué qu'elles avaient été victimes de violence domestique, et les coups du mari, ivre, auraient provoqué des saignements. Nous avons également observé dans les services gynécologiques et obstétriques que les femmes avaient eu plus de grossesses que d'enfants nés, et avaient donc avorté une voire plusieurs fois. De nombreux dossiers cliniques et les conversations avec certaines femmes hospitalisées ont de même révélé une importante proportion d'avortements. Enfin, chez les participantes des ateliers, l'avortement était aussi une expérience familière. La plupart d'entre elles connaissait une voisine, une amie, une belle sœur qui avaient avorté ou tenté de mettre un terme à leur grossesse. Certaines ont raconté qu'elles avaient elles-mêmes essayé d'interrompre leur grossesse.

Ainsi, la majorité des femmes rencontrées lors de l'étude avaient avorté au moins une fois, mais souvent de façon non déterminée, c'est-à-dire intentionnellement ou non. Il existe deux types d'avortements : l'avortement spontané, lorsqu'il se produit naturellement une perte, et l'avortement provoqué ou induit, volontairement pratiqué. Il est difficile d'identifier le type d'avortement étant donné que la pratique est illégale en Bolivie. De plus, les rapports médicaux utilisent le terme « hémorragies » pour tout échec de grossesse, sans spécification. L'indice d'avortement provoqué en Bolivie est une information qui reste donc cachée dans les registres hospitaliers sous le diagnostic générique d'hémorragies du premier semestre, ce qui ne permet pas d'identifier s'ils furent provoqués ou non.

Des études montrent que l'avortement touche tous les milieux sociaux, culturels et tous les âges. Mais il toucherait principalement les femmes qui ont de nombreux enfants, qui sont seules, et qui sont jeunes. L'étude de terrain, par manque d'information, ne peut conclure à une quelconque relation entre l'âge, le niveau de scolarité, le nombre d'enfants, la pratique contraceptive et la probabilité d'avorter. Le 12^{ème} Congrès Bolivien de Gynécologie et Obstétrique, qui eut lieu le 3 août 1995, contredit l'hypothèse selon laquelle, à moindre niveau d'instruction correspondait une meilleure probabilité d'avortement, et affirma que l'avortement n'était déterminé ni par le niveau d'instruction, ni par le statut socio-économique. Le Congrès reconnut cependant que l'avortement atteignait plus les femmes en union que les femmes seules, et que l'usage de méthodes contraceptives chez les femmes qui avortaient était faible.

Une pratique clandestine insalubre

Les méthodes les plus communes en Bolivie pour provoquer un avortement sont le port d'objets lourds, les efforts et activités physiques excessives, les coups dans le ventre, la chute intentionnelle, et surtout l'ingérence de la pilule « Citotec », utilisée comme pilule abortive. Les femmes boliviennes connaissent et utilisent également des infusions d'herbes qui agissent sur la grossesse, et conduisent à l'avortement. Ces herbes sont disponibles chez les guérisseurs, ou en vente libre dans des boutiques connues pour vendre des herbes curatives et rituelles. Les femmes ont également recours aux injections, aux lavages vaginaux et surtout à l'introduction d'objets divers non stérilisés dans le vagin, ce qui peut provoquer des hémorragies ou des infections sévères²⁴. Car au-delà de provoquer des avortements, ces méthodes produisent d'autres complications, notamment observées (des accouchements prématurés, des mort-nés, des malformations du nouveau né).

L'avortement est une pratique pénalisée en Bolivie, cependant légale en cas de viol, d'enlèvement non suivi d'un mariage, d'inceste, ou quand la grossesse est un risque pour la santé de la mère. Mais ces exceptions autorisées ne s'appliquent pas. Les restrictions légales sur l'avortement n'arrêtent cependant pas les femmes, et au contraire, elles vont recourir à des services clandestins, inadéquats et de hauts risques, qui mettent en danger leur santé et leur vie, synonymes d'avortements dangereux, « inseguro » en espagnol, défini par l'OMS « *comme le procédé pour terminer une grossesse non désirée, soit pratiqué par des personnes qui manquent d'habilités nécessaires ou dans un milieu*

²⁴ Ces différentes méthodes utilisées pour avorter sont décrites dans diverses études (Ministerio de Desarrollo Humano et al; Salinas M., 2000; Dibbits et al., 1995).

dépourvu des standards médicaux minimums, ou les deux ». L'avortement clandestin se pratique donc dans des conditions insalubres et peut ainsi provoquer différents types de complications physiques et psychologiques depuis des conduites dépressives, anxieuses, de peur, sentiments de culpabilité, et autres jusqu'à la perforation utérine, des hémorragies et infections graves qui peuvent produire l'infécondité, et surtout la mort (Donlan C., 2003). L'expérience négative d'avortements antérieurs ne serait pas suffisante pour que la femme se décide, volontairement, à utiliser des méthodes contraceptives pour éviter de futures grossesses non désirées.

Malgré les censures, de nombreuses femmes ont donc recours à l'avortement. Il existe une grande disparité entre les lois prohibitives et les circonstances réelles de l'avortement. L'avortement est, en Bolivie, un véritable fait social de par son ampleur, une ampleur notamment observée. Il est cependant difficile de préciser le nombre et la nature des avortements produits dans le pays à cause de leur caractère illégal et clandestin. Des estimations, provenant d'enquêtes réalisées par des organisations non gouvernementales et internationales, existent cependant. Une enquête menée par TAHIPAMU en 1995, dont les résultats furent officiellement reconnus par le Secrétariat National de Santé du gouvernement, estimait qu'il y avait 115 avortements par jour, soit entre 40 000 et 50 000 par an, et que presque la moitié des salles de maternité étaient occupées par des patientes avec complications d'avortement (Dibbits et Terrazas, 1995). En 1998, un projet du FNUAP observe que 30% des lits des hôpitaux pour les soins gynécologiques et obstétriques sont occupés par des patientes souffrant de complications suite à un avortement (UNFPA, 1998). Dans une étude plus récente, *Diagnostico de la situación actual de los servicios de atención postaborto (APA) en el sistema de salud publico*, en 1999, les fonctionnaires de la santé ont déclaré que entre 47 et plus de 50% des lits en salles de gynécologie des hôpitaux étaient occupés par des patientes admises pour complications d'avortement, et que 60% du total des coûts obstétriques et gynécologiques dans les hôpitaux publics sont dépensés pour soigner ces patientes (Friedman et al, 1999). Ce pourquoi certains médecins, au-delà de tout critère éthique, nous expliquaient qu'il vaudrait mieux « prévenir que guérir », pour des raisons de santé publique et budgétaires.

La mortalité maternelle afférente

L'avortement illégal et clandestin maintient ainsi un taux élevé de mortalité maternelle²⁵, estimé en 1994 à 390/100 000 naissances vivantes (ENDSA, 1994). Il était responsable selon les données officielles mais non publiées du Secrétariat National de Santé en 1994, de 27 à 35% de ces morts maternelles (Ministerio de Desarrollo Humano et al, 1996). Selon l'étude d'Ineke Dibbits, *Lo que puede en sentimiento*, en 1994, par an, environ 850 femmes boliviennes mouraient à cause d'un avortement mal effectué, ce qui en faisait la cause principale de mortalité maternelle (Dibbits, 1994). Des données de la Red Ada, un réseau d'ONG boliviennes, révèlent qu'en Bolivie, annuellement, meurent plus de 300 femmes comme conséquence des avortements clandestins pratiqués dans des conditions de risque (El Diario, 28/09/2002).

ENDSA 1998 ne présente aucun chiffre sur la mortalité maternelle, et les taux varient selon la source d'information utilisée. En 2000, le Ministère de la Santé publie un taux de 249/100 000 naissances vivantes. A cette même date, selon les données de la Stratégie Bolivienne de Réduction de la Pauvreté (EBRP) et du Recensement National de Population de Habitat (CNPV) de 2001, le taux est estimé à 374/100 000 naissances vivantes. Aujourd'hui, le chiffre estimé, non officiel à cette date, est de 235²⁶. Malgré une baisse certaine, malgré le développement continu et de plus en plus précis de

²⁵ La mortalité maternelle est définie par l'OMS comme « la mort d'une femme pendant qu'elle est enceinte ou dans les 42 jours qui suivent la fin de sa grossesse, indépendamment de la durée de sa grossesse, produite par un quelconque cause liée ou aggravée par la grossesse, ou son maniement, mais non pour causes accidentelles ou incidentes ».

²⁶ Il est très difficile en Bolivie d'évaluer la réalité démographique car il n'existe pas de réel accès à l'information, aux indicateurs tel que l'avortement par exemple. De plus, les mesures, les méthodes utilisées changent d'une enquête à l'autre. Il s'agirait là, chez certaines personnes consultées, de problèmes plus politiques que scientifiques. Selon la méthode utilisée, la mortalité maternelle pour cause d'hémorragies est relativisée. En 2001, un groupe de travail incorpore de nouvelles variables pour mesurer le réel impact de la mortalité maternelle dans le dernier recensement (1998). Le résultat offre un recensement très précis de toutes les Mortalités Maternelles, dont le taux est évalué à 235/100 000 naissances vivantes (rappelons le taux officiel : 390). Ces nouvelles données ne sont pas reconnues par le Ministère de la Santé : un responsable politique nous expliqua que le Ministère redoutait, en reconnaissant ce dernier taux, de ne plus recevoir de subventions des organismes financiers.

plans et programmes gouvernementaux et non gouvernementaux pour baisser la mortalité maternelle, malgré l'importante protection de la femme enceinte, le taux de mortalité maternelle en Bolivie n'a pas significativement diminué et il reste l'un des plus élevés d'Amérique Latine.

Le Docteur Javier Torres Goitia nous expliqua que la moyenne nationale de la mortalité maternelle cachait la tragédie de la mortalité maternelle dans les communautés indigènes et rurales. En effet, ENDSA 1994 le calculait à 274 en zone urbaine et à 524 en zone rurale. Les taux varient également selon l'étage écologique. Le taux atteignait 600/100 000 naissances vivantes sur l'altiplano. Les $\frac{3}{4}$ des morts maternelles se présentaient lors de la grossesse et de l'accouchement, et selon le Plan Vie, en 1994, une femme mourait pour complications de grossesse ou d'accouchement chaque 4 heures.

Selon certaines études, et notamment l'étude récente des Nations Unies, *Metas de Desarrollo de la Cumbre del Milenio : Progreso en Bolivia*, l'hémorragie occupe le premier lieu des causes de mortalité maternelle, et l'avortement ne représenterait que 10% des décès maternels (Naciones Unidas, 2001). Or, il existe un lien très étroit entre hémorragie et avortement, voire une relation corollaire : les hémorragies de la première moitié de la grossesse sont en majorité provoquées par des avortements clandestins. Mais cette relation est difficilement démontrable.

Il existe évidemment d'autres causes de mortalité maternelle comme la toxémie, la dénutrition, l'anémie ou autres états liés à la société et qui font partie de la culture, l'histoire, les coutumes et les attitudes des couples, le niveau économique personnel, la discrimination, le machisme, l'ignorance et la méconnaissance des droits reproductifs et sexuels.

L'exercice des droits reproductifs et sexuels s'exprime socialement par des grossesses non planifiées, non désirées, par une demande en contraception non satisfaite, par un ample recours à l'avortement clandestin, et par un taux élevé de mortalité maternelle. Malgré de nombreux efforts déployés par l'Etat bolivien depuis la Conférence du Caire, des problèmes restent donc irrésolus, et les droits reproductifs et sexuels n'ont pas été traduits par des améliorations véritables de la vie et de la santé des femmes. Des analyses sociodémographiques et politiques ainsi que nos nombreux entretiens réalisés au sein d'entités politiques, sociales et médicales rendent compte d'un certain décalage entre les exigences politiques et la nécessité sociale, entre les aspirations de la population et ce qu'elle rencontre comme opportunités.

Malgré une amélioration générale des indicateurs en santé reproductive et sexuelle, on peut s'interroger sur les raisons d'une telle réalité, une réalité officiellement dénoncée et sociologiquement observée. En Bolivie, les femmes semblent rencontrer diverses barrières d'ordre politique, social, culturel et médical pour exercer leur droit en matière de reproduction et de sexualité.

Les problèmes des droits en matière de reproduction et de sexualité se constituent au niveau familial, socioculturel, économique et politique. De part la diversité sociale, culturelle et géographique, développer une politique publique de santé reproductive et sexuelle est notamment une tâche complexe, et il est difficile de canaliser les demandes. Selon Sandra Aliaga, les avancées et les réussites, les reculs et les contradictions répondent aux circonstances diverses de la réalité diverse (Aliaga, 2000). Les acteurs sociaux et politiques rencontrés ont cependant accusé le manque de ressources du gouvernement, mais surtout le manque réel de volonté politique.

CHAPITRE 3

LES BARRIERES POLITIQUES

« Si Goni avait un utérus, l'avortement serait légal et capitalisable »

Mujeres Creando

En Bolivie, la politique est conditionnée par le manque de continuité et de coordination, par le déficit du pays, et par la source financière. En effet, l'instabilité politique, le manque de ressources et de volonté rendent l'application des mesures gouvernementales relativement arbitraires, obsolètes, et alimentent d'importantes brèches entre le discours politique et sa réalisation. L'action politique en matière de santé est également fortement dépendante de la coopération internationale et ainsi soumise à des pressions extérieures, et influencée par l'Eglise Catholique, acteur politique et social clé en Bolivie et par les Etats-Unis.

L'INSTABILITE POLITIQUE

La politique bolivienne en général, en santé sexuelle et reproductive en particulier, est fortement marquée par l'instabilité politique du pays²⁷, qui ne permet pas la continuité et la constance des programmes. A chaque gestion gouvernementale, les fonctionnaires changent et les politiques relatives à la santé n'étant généralement pas protégées par la loi, d'autres programmes et plans à court terme sont mis en place, sans réelle linéarité avec les mesures précédentes. Ainsi, d'un gouvernement à l'autre, la façon d'aborder la question et de la traiter varie. Les différentes couvertures et approches des successifs systèmes de sécurité sociale en sont des exemples concrets. D'ailleurs, il faut souligner un changement certain entre le moment de l'enquête ici présentée et la réalité d'aujourd'hui. Or, comme le souligna Sandra Aliaga, lors de notre entretien en août 2003, seule la continuité permet la réussite, un critère de plus requis dans l'ensemble des instruments internationaux.

Selon certains acteurs rencontrés, cette instabilité est justifiée par les intérêts personnels de celui qui gouverne et au moment où il gouverne. Sandra Aliaga prit notamment l'exemple de Gonzalo Sanchez de Lozada, qui institutionnalisa d'importantes mesures lors de sa gestion 1993-1997, mais qui lors de sa dernière présidence fit preuve d'une conscience réduite quant aux femmes et à leur santé. Elle donne également l'exemple de Carlos Mesa, présenté comme une personne très progressiste, de par ses déclarations avant d'être président. Mais Carlos Mesa choisit un Ministre de la Santé réputé conservateur, proche de l'Opus Dei²⁸, ce qui pouvait mettre en danger les progrès atteints.

D'autres personnes rencontrées dénoncent également l'instabilité technique, administrative et professionnelle dans les services de santé, une instabilité également due aux changements de gouvernements. Elles expliquaient alors que la continuité technique, des ressources humaines en particulier, plus que la continuité politique, était nécessaire.

²⁷ Cette instabilité fut notamment observée lors de notre étude, puisque entre 2001 et 2006, la Bolivie a changé 5 fois de gouvernement, et a donc donné peu de continuité à ses programmes de santé reproductive et sexuelle, qui ont dû être reformulés et re-présentés à chaque gestion gouvernementale.

²⁸ L'Opus Dei est une organisation intégriste née sous l'Espagne franquiste qui rejette les courants modernisateurs de l'Eglise.

LA DEPENDANCE FINANCIERE

La politique en matière de santé, y compris de santé reproductive et sexuelle, est également victime du manque de ressources économiques de l'Etat. Ce déficit expliquerait, selon des acteurs sociaux consultés, la non instrumentalisation des mesures du Caire et de Beijing. Le CEASS, par exemple, qui est l'institution décentralisée du Ministère de la Santé chargée d'acheter les méthodes contraceptives, est à l'heure actuelle trop faible pour acheter sur le marché international. De même, les services médicaux sont généralement équipés en service de planification familiale et la majorité du personnel fut formé dans ce sens. Mais, les activités sont aujourd'hui suspendues dans la majorité des centres hospitaliers par manque de ressources financières, dû notamment aux déficiences du Programme National de Santé Sexuelle et Reproductive (déficit de la CNS qui s'était engagée à assumer la relève d'USAID).

Dans ce contexte économique, la santé reproductive et sexuelle n'apparaît pas comme une priorité pour les communes. La Loi de Participation Populaire, votée en 1994, attribue des budgets aux municipalités en fonction de la population (en moyenne 200 boliviens par habitant²⁹), et transfère la propriété et l'administration des services de santé, entre autres, aux gouvernements municipaux. Ainsi, la municipalité joue ou devrait jouer un rôle protagoniste dans la qualité et la diffusion des services de santé reproductive et sexuelle. Cette opportunité dépend cependant de deux facteurs : les autorités qui doivent reconnaître que la santé des femmes constitue une priorité en santé, et la capacité qu'ont les autorités locales de santé à assumer un rôle de défenseur de la santé des femmes au niveau municipal. Or, des entretiens tant auprès des leaders communautaires qu'auprès des prestataires de santé suggéraient que ni la santé de la femme en général, ni la santé reproductive et sexuelle en particulier, n'étaient perçues comme un thème crucial de la santé (Ministerio de Desarrollo Humano et al, 1996). Les maires ont donc investi cet argent à d'autres fins que pour les centres de santé de leur commune.

D'autre part, les maires ne montrent aucun intérêt à diffuser la contraception, à acheter eux-mêmes les méthodes contraceptives, ni de voir alors la population de leur ville ou village se réduire, étant donné que selon la loi, les budgets sont attribués en fonction du nombre d'habitants : la municipalité recevrait moins d'argent. Peu d'argent fut donc investi dans ce domaine. Demeure l'idée selon laquelle la pratique contraceptive est une mesure pour réduire la population, et une mesure impérialiste. « *si les 'gringos' souhaitent la planification familiale, ils n'ont qu'à la payer eux-mêmes* » serait, d'après les entretiens que nous avons menés, une revendication récurrente des municipalités.

Le manque de ressources confère donc aux actions politiques, gouvernementales et sociales en matière de santé et de santé reproductive et sexuelle une importante dépendance financière. En effet, la plupart des activités du gouvernement et de la société civile organisée est financée par la coopération internationale. La Bolivie a développé de nombreuses relations de coopération, notamment bilatérale avec l'Union Européenne, les Etats-Unis, le Japon, l'Allemagne et les Pays Scandinaves, avec les agences des Nations Unies et autres organismes financiers internationaux. Ces agences de donation et de financement jouent un rôle notoire dans la définition des politiques de santé destinées aux femmes, exercent une grande influence sur la politique et sur les priorités à traiter. Le Ministère de la Santé, ainsi que la majorité des ONG, sont donc soumis à ces pressions extérieures, à ces crédits conditionnés, aux intérêts de ces agences, sans les questionner ni même générer des apports innovateurs. Selon le Secrétaire Technique de CONAPO, René Pereira, la formulation et l'application de politiques démographiques sont pourtant un droit souverain de chaque nation et la coopération internationale devrait s'y soumettre (Torres P. et al, 1997).

La santé n'est cependant plus aujourd'hui une priorité pour les organismes de coopération, qui considèrent que les indicateurs de fécondité et de santé reproductive ne sont plus prioritaires en Bolivie. Les financements seront donc bientôt suspendus. Après une aide de plus de 15 ans, l'Etat devra lui-même assurer le financement de sa politique en santé reproductive et sexuelle, et notamment celui du SUMI. Un futur défi que devra relever le gouvernement, un défi inédit dans l'histoire de la santé reproductive et sexuelle en Bolivie.

²⁹ 200 boliviens représentent environ 20 euros.

LES DEPENDANCES IDEOLOGIQUES

Au-delà d'une dépendance financière fortement influente, derrière chaque mesure gouvernementale se cache une composante « éthique » et « morale », qui peut annuler certaines initiatives. En effet, si la politique est soumise à des pressions financières, elle est également soumise à d'importantes pressions idéologiques, celles des Etats-Unis et de l'Eglise Catholique en particulier.

La Loi Mordaza

L'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), tient le quasi-monopole de la coopération financière en matière de santé reproductive et sexuelle. Elle est en effet la principale source budgétaire du Ministère de la Santé, des ONG et des programmes liés au thème. En tant qu'agence des Etats-Unis, USAID suit et applique la Loi Mordaza, aussi appelée « Politique de Mexico » ou « Règle d'Obstruction Globale ». Cette Loi interdit toutes les institutions financées ou créditées par le gouvernement nord-américain de travailler sur le thème de l'avortement, de suggérer la normalité ou le plaisir de l'homosexualité, et de dispenser une éducation sexuelle auprès des adolescents présentant un caractère jouissif et normal des relations sexuelles. Etablie en 1984, sous la présidence de Reagan, Clinton met fin à cette règle en 1993. Mais elle est restituée par Décret, le 22 janvier 2001, premier jour de mandat du Président Bush junior.

Cette mesure a un fort impact en Bolivie, essentiellement parmi les ONG qui appartiennent directement au circuit d'USAID. Le Centre de Recherche et de Services (CIES), organisation pionnière en Bolivie dans le domaine de la santé reproductive et sexuelle, et des droits relatifs, qui travaillait pour la dépénalisation de l'avortement a dû par exemple cesser toutes activités se référant à l'avortement. Lors de la réunion régionale Caire+10, le gouvernement bolivien a lancé le Plan National de Genre et le Plan National de Santé et de Droits Sexuels et Reproductif en récupérant des thèmes comme la pilule du lendemain et l'attention à l'avortement mais la révision finale a été menacée par l'intervention de USAID.

La Règle d'Obstruction Globale oblige les organisations liées aux droits reproductifs et sexuels, aux services de santé à renoncer à leur liberté d'expression, leurs revendications, leurs engagements, notamment par rapport au Programme d'Action du Caire, ou à renoncer aux fonds qui sont nécessaires pour développer leurs plans de planification familiale ou autres services de santé reproductive et sexuelle. Chez la plupart des acteurs politiques et sociaux rencontrés, dont l'institution « certifiée », cette politique imposée par les Etats-Unis affaiblit la prestation intégrale de services de santé reproductive et sexuelle, avorte les divers aspects de santé et de droits qu'affrontent les femmes boliviennes, et ébranle les engagements mondiaux en matière de droits reproductifs et sexuels. Face à la pression nord-américaine, l'avortement et l'attention post avortement ont perdu notamment beaucoup d'espace.

« Toutes ces actions menacent de freiner les avancées vers la réussite du Programme d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), réalisée en 1994, et des Objectifs de Développement du Millénaire (ODM) relatifs à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. En bâillonnant la discussion publique sur les droits et la santé des femmes, ces politiques affaiblissent également un secteur clé de la société civile au moment où la promotion du développement social, économique et démocratique est crucial et une mesure manifeste des Etats-Unis » (International Women's Health Coalition, 2004).

L'Eglise Catholique

La Bolivie est un pays catholique³⁰. Selon la Constitution Politique de 1995, « l'Etat reconnaît et soutient la religion catholique, apostolique et romaine. Il garantit l'exercice public de tout autre culte. Les relations avec l'Eglise Catholique seront régies par concordats et accords entre l'Etat Bolivien et le Saint-Siège » (article 3). L'Eglise Catholique est un important acteur et médiateur politique. Nous

³⁰ La Bolivie reconnaît cependant la liberté d'autres cultes, et il existe dans le pays diverses religions, et de nombreuses sectes. Nous ne verrons ici cependant que l'exemple du catholicisme, qui est la religion officielle et d'Etat et notamment la plus influente au niveau social et politique.

avons notamment observé, tout au long de notre séjour en Bolivie, qu'à chaque événement social et/ou politique, les médiateurs ecclésiastiques intervenaient dans les commentaires et débats publics, et étaient consultés en permanence par les journalistes de la presse écrite et audiovisuelle. Dans le domaine des droits des femmes, et des droits reproductifs et sexuels notamment, la politique du Vatican mène une politique particulièrement militante, en prônant une sexualité procréatrice des femmes et en défendant le droit à la vie.

Les déclarations de Jean Paul II ont montré un certain recul par rapport à son prédécesseur, Paul VI qui avait déclaré en 1975, année internationale de la femme, que « *l'Eglise, aujourd'hui, comme celle des origines, ne peut pas ne pas être du côté de la femme, surtout là où elle est rabaissée au rang d'objet passif et insignifiant* » (Paquot, 1982 : 17). Jean Paul II, quant à lui, a réaffirmé le rôle traditionnel de la femme, mère et épouse, et la défense du droit à la vie, une position renforcée par son successeur, Benoît XVI, souvent caractérisé comme proche de l'Opus Dei.

L'avortement est la « *mère des batailles* » (Montaño, 1996) de l'Eglise Catholique, dont la doctrine condamne toute interruption provoquée de la vie du fœtus, car elle considère que la vie commence dès l'union de l'ovule et du spermatozoïde. L'Eglise Catholique n'a pas toujours rejeté la pratique de l'avortement. Ce n'est que depuis 1869 qu'elle parle d'excommunication. « *Depuis ses débuts, le christianisme considéra tout avortement comme condamnable, même si l'Eglise n'avait –ni n'a– une position fixe sur le moment où le fœtus se convertit en personne. Les siècles précédents, l'avortement était considéré clairement comme un péché contre les codes sexuels de l'Eglise –non comme un péché d'assassinat. Quand en 1869, le Pape Pie IV déclara que toutes les femmes qui avortaient étaient susceptibles d'excommunication, quelle que soit la durée de la grossesse, l'Eglise Catholique assumait son rôle actif contre l'avortement* » (Nuestro cuerpos, nuestras vidas, 2000). L'argument du « droit à la vie » est un concept relativement récent au sein de l'enseignement catholique, et ne relève donc pas d'un principe religieux immuable. D'autre part, ce concept est critiqué puisque le début de la vie humaine reste un mystère y compris pour les scientifiques. En effet, dans le milieu médical, il n'existe pas de position claire et déterminée à ce propos, étant donné que la science ne peut résoudre la question du début de la vie humaine.

Teresa Flores revient sur le fait que l'avortement comme crime échappe à une analyse logique, scientifique voire théologique. L'Eglise Catholique tout au long de son histoire a changé sa position sur le thème et n'a pas toujours condamné l'avortement. Comme nous l'avons déjà souligné, la science a démontré qu'un embryon ou un fœtus (à un stade bien avancé) n'est pas totalement une vie humaine. Elle a démontré par exemple que c'est seulement au 7^{ème} mois de développement du fœtus que les cellules cérébrales sont capables de perception sensorielle (Flores, 01/02/1999). Il existe donc différents points de vue scientifiques et religieux par rapport au statut du fœtus. Selon Elizabeth Salguero, sociologue féministe, désormais député du Mouvement vers le Socialisme (MAS), « (...) *les lois qui interdisent quelque chose où il n'y a pas d'accord, sont impossibles à mettre en pratique* » (Salguero, 2002).

Susanna Rance explique à cet égard que l'Eglise a, au cours de son histoire, perdu de nombreux adeptes : les intellectuels et les scientifiques au XVII^{ème} siècle, les ouvriers au XIX^{ème} siècle. Elle est en train aujourd'hui de perdre les femmes, selon elle, car elle n'est pas capable d'accepter leurs revendications légitimes (Rance et Olivares, 1995). Ivonne Gebara, religieuse et théologue féministe brésilienne, à partir de sa vie quotidienne avec les pauvres, a une conviction insolite : elle est en faveur de la législation de l'avortement, et déclare que « *c'est une position traditionnelle du Vatican. La position de quiconque qui n'a aucun dialogue avec le monde contemporain et encore moins avec les pauvres* ». La loi que l'Eglise défend porterait donc préjudice aux femmes pauvres (Rance et Olivares, 1995).

Si, selon la féministe indienne Chandra Rami Chopra, « *'le point commun à toutes les lois religieuses, c'est la discrimination contre les femmes'* » (Véron, 1997 : 113), la position de l'Eglise Catholique semble être la plus radicale de l'ensemble des religions en matière de droits reproductifs et sexuels. La plupart des doctrines religieuses reconnaît le droit des femmes à juger si les circonstances d'une grossesse justifient un avortement. L'Islam permet l'avortement pendant les 40 premiers jours de grossesse car il considère que le fœtus n'a encore qu'une forme de semence. Dans la religion juïque, le fœtus ne vaut pas une vie humaine et l'avortement est jugé possible si la vie de la femme

est en danger. L'Eglise Protestante se montre également moins rigide sur la pratique de l'avortement et sur la sexualité. Seule l'Eglise Catholique continue de condamner l'avortement en toute circonstance, et mène une campagne de lutte contre la pratique. L'Eglise Catholique refuse à cet égard la pilule du lendemain pour la considérer comme abortive.

De même, presque toutes les religions reconnaissent que la contraception est un élément important pour l'exercice d'une sexualité responsable. Lors de la Conférence du Caire, « *à la différence des Etats islamiques les plus durs qui utilisent sans problème les moyens de contraceptions modernes, le Vatican a réitéré son opposition totale aux contraceptifs, à la stérilisation et même à l'usage du préservatif comme moyen de lutter contre le SIDA* » (Programme d'Action du Caire, 1994). La résistance traditionnelle de l'Eglise qui s'oppose à toutes les méthodes sauf l'abstinence périodique, fut longtemps un obstacle important à l'amplication des services de planification familiale en Bolivie. Cependant, l'Eglise joue un rôle de plus en plus important dans la reconnaissance de l'exercice des droits reproductifs. Si elle maintient une position radicale, par rapport aux méthodes contraceptives modernes ou artificielles, elle s'est aujourd'hui engagée à promouvoir, diffuser et enseigner les méthodes naturelles (ateliers, formation, financements).

La religion catholique ne semble en revanche pas si déterminante dans la réalité sociale bolivienne. Il s'agirait essentiellement d'une légitimité dans le discours officiel, et son rôle politique dépasserait son poids dans la société. Dans les hôpitaux, nous avons observé sur les murs des calendriers du Ministère de la Santé sur lesquels figure « *Nous protégeons le droit à la vie de chaque nouveau né* ». Cependant, les médecins boliviens avec qui nous avons dialogué ont montré une position ambiguë et ambivalente : ils défendaient en effet le droit à la vie de tout futur être, mais ils reconnaissaient également le droit des femmes à décider sur leur propre corps.

Dans la société en général, les préceptes religieux sont souvent méconnus et non appliqués. En juillet 1997, dans le cadre de la Campagne 28 de Septembre, une enquête d'opinion sur l'avortement a été réalisée par l'entreprise Diagnosis et Marketing SRL auprès de 1836 personnes dans les 14 villes capitales et intermédiaires du pays. Cette enquête révèle que 32% des interrogés connaissaient l'interdiction de l'Eglise sur l'utilisation de méthodes contraceptives modernes et 43% savaient que l'avortement était interdit sans exception. 86% des personnes enquêtées pensaient que la décision d'un avortement revenait à la femme et son conjoint ou à la femme seule ; 63% pensaient que la dépénalisation éviterait la mort de nombreuses femmes ; 55% déclaraient que le nombre d'enfants non désirés ou maltraités diminuerait. Les résultats montrent également que l'avortement devrait être légal quand la vie de la femme est menacée et quand elle a le SIDA pour 68% de la population interrogée, s'il s'agit d'inceste pour 56%, quand c'est le fruit d'une violence sexuelle pour 53%, et quand il y a une malformation du fœtus pour 45%. Enfin, 63% disaient être d'accord pour que les avortements permis par la loi (viol, inceste, risque pour la santé ou la vie de la femme) se réalisent de façon légale dans les cliniques privées et dans les centres de santé publique. Par rapport à la position de l'Eglise Catholique sur avortement, 40% des femmes et 44% des hommes la rejetaient (Olivares M., 1998).

L'influence de l'Eglise s'exercerait donc principalement au niveau macro politique : financement de campagnes et appui électoral. Elle conditionne ainsi certaines thématiques de la santé reproductive et sexuelle, et des droits reproductifs et sexuels. D'après les entretiens, cette pression de l'Eglise est même devenue un enjeu électoral par rapport au thème de la planification familiale. Il n'y a « *pas de position claire et définie des personnes de l'Etat tout comme des députés et des sénateurs pour raisons politiques. D'abord ils se déclarent en faveur de la dépénalisation de l'avortement en s'appuyant sur les importants indices de morbi-mortalité maternelle comme conséquence de la pratique ; puis, avec la proximité des élections nationales, ces mêmes personnes font un pas en arrière en manifestant un avis contraire à la législation de l'avortement* » (Rance, in CLADEM).

En matière de santé reproductive et sexuelle, l'influence dans la région de l'administration Bush et de l'Eglise Catholique constituait, d'après nos entretiens, un danger de rétrocession, et menace de façon permanente les progrès atteints.

LES CONSEQUENCES DE CETTE DOUBLE DEPENDANCE

Une approche restrictive et exclusive

Cette double dépendance, financière et idéologique, influe voire détermine la façon d'aborder et de traiter les questions reproductives et sexuelles en politique. En effet, sous ces deux pressions, et sans oublier le machisme fortement présent dans le monde politique bolivien, les mesures adoptées n'abordent pas le thème dans son intégralité, et s'intéressent principalement à la santé maternelle. La priorité reste celle du binôme « mère-enfant ». Un exemple de cette approche restrictive est le SUMI, le dernier système de sécurité sociale de santé reproductive et sexuelle, dont les prestations concernent exclusivement les femmes enceintes et les enfants en bas âge.

Ce système est à cet égard très critiqué par les acteurs sociaux et politiques que nous avons interviewés, car il s'agissait selon eux d'un véritable retour en arrière. En effet, le SUMI a réduit les prestations et couvre uniquement les femmes *enceintes*, contrairement à ses prédécesseurs qui couvraient les femmes *en âge fertile*. Depuis la Conférence du Caire et l'adoption du Programme d'Action, le binôme « mère enfant » avait été dépassé. Or, il ressurgit avec le SUMI. Cette loi est alors considérée chez les militant/es rencontré/es comme perverse car elle réduit la femme à son statut de mère et à un utérus. Son approche est donc estimée rétrograde : la femme n'y est pas considérée comme le sujet intégral d'une politique de santé dans ses différentes étapes de vie et la cantonne à son rôle reproductif. En considérant comme sujet principal le binôme « mère enfant », les soins pendant et après l'accouchement, le SUMI ne couvre que 10% des femmes et laisse de côté les 24% en âge fertile. Le SUMI ne prend pas en compte non plus les adolescentes et les femmes du 3^{ème} âge. Aujourd'hui encore, en Bolivie, l'accès aux services est facilité pour les femmes mariées en âge reproductif, et ne l'est pas ni pour les hommes, ni pour les adolescents.

La santé reproductive et sexuelle concerne toute la population et non un groupe spécifique, ce qui doit être pris en compte dans la formulation de projets et de politiques. « *Les États parties devraient mettre en oeuvre une stratégie nationale dont le but d'ensemble serait de protéger la santé des femmes durant toute leur vie* » (Recommandation Générale n°24, 1999, paragraphe 29). La focalisation sur les mères segmente l'implantation des actions en santé reproductive et sexuelle. Or il s'agit, selon Hanna Binstock, d'assurer les soins de santé aux femmes à toutes les étapes de leur vie, en respectant leur identité ethnique et culturelle, à travers l'accès aux services adéquats.

Des composantes en suspens

La politique nationale est donc essentiellement axée sur le reproductif, la santé maternelle, sur le problème recensé comme le plus grave, la maternité. La politique n'aborde donc pas la santé reproductive et sexuelle de façon intégrale, occultant ainsi ses autres composantes. Car si le « reproductif » apparaît désormais sur l'agenda officiel, le « sexuel » semble en avoir été oublié et être resté sur l'agenda démographique. En effet, la santé sexuelle est peu diffusée et prise en compte. De même, la notion des droits sexuels s'est nettement moins développée que celle des droits reproductifs. Dans les instances étatiques et non gouvernementales, nous avons constaté qu'il existe peu de documents sur les droits sexuels, sur la citoyenneté et la sexualité, ni d'activités publiques relatives à ce thème. Les textes officiels du gouvernements mentionnent d'autre part l'orientation en contraception toujours dans l'optique d'espacer ou d'éviter les grossesses, mais jamais pour jouir de relations sexuelles, restées relativement tabou dans la société bolivienne. L'option sexuelle et la notion de plaisir furent présentées lors des entretiens comme faisant partie des quelques thèmes relatifs à la sexualité, à la santé sexuelle restés vains dans la société bolivienne³¹. L'éducation sexuelle est également restée en suspens, tout comme la violence sexuelle qui est pourtant une réalité étroitement liée aux problèmes de santé reproductive et sexuelle.

Malgré l'envergure, l'ampleur du phénomène, il n'existe aucune prévention officielle sur l'avortement, et le thème est resté tabou. Selon le Programme d'Action du Caire, les Etats doivent pourtant proposer des alternatives en prévention de tout avortement, et assurer le maniement des

³¹ Lors d'une réunion REBOHUPAN, une intervenante expliqua qu'au Sommet de Santa Cruz, en 2004, le gouvernement bolivien avait cependant reconnu un certain respect pour l'orientation sexuelle.

conséquences de l'avortement. La prévention des grossesses non désirées doit être considérée comme une priorité (Programme d'Action du Caire, 1994, paragraphe 8.25). Les dispositions de l'article 266 du Code Pénal ne s'appliquent pas pour des raisons éthiques et religieuses. Il règne une résistance des autorités judiciaires à donner l'autorisation pour qu'un médecin réalise l'avortement, et une résistance des médecins ou responsables médicaux à exécuter les dispositions judiciaires. La loi ne respecte pas les cas permis par le Code Pénal et cède à la pression de la hiérarchie ecclésiastique et de groupes conservateurs de la société. « *Le thème de l'avortement est controversé, même lorsqu'il s'agit de cas prévus par l'article 266. Il transcende le strictement juridique et atteint des sensibilités morales, des valeurs éthiques et des normes de conduite (...)* » (La Gaceta Juridica, 23/07/2004: 3). Même lorsque les cas autorisés sont stipulés par la loi, l'application est difficile car la culture machiste et religieuse considère l'avortement comme un délit. Teresa Flores B. parle ici d'hypocrisie sociale (Flores B., 08/05/2000).

La loi n'oblige nullement un médecin qui a reçu un ordre judiciaire à pratiquer un avortement si la pratique va à l'encontre de ses valeurs éthiques. A ce propos, un docteur nous a expliqué que le devoir du médecin est malgré tout de promouvoir le droit de décider, indépendamment de sa propre conviction. Il ne faudrait pas, selon le code déontologique de la médecine, mélanger en tant que professionnel, ses propres valeurs avec la pratique médicale. Pour le Docteur Carlos Mendieta, « *il n'est pas question de ce que dit l'Eglise mais de ce que dit la Loi* » (Rance et al, 1995). Lors de nos rencontres, certain/es acteur/rices ont en effet déclaré que l'Eglise Catholique ne pouvait/devait pas s'immiscer juridiquement.

Pour de multiples organisations féminines et féministes, l'avortement est considéré comme un droit humain fondamental, c'est-à-dire le droit de chacun de décider sur lui-même et sur son corps. La pénalisation de l'avortement repose sur le paradigme général que la femme a la possibilité d'avoir des enfants mais non celle de décider sur son corps (Salinas, 1995). Selon Ivonne Gebara, face au fait que l'avortement est inévitable, il est mieux de le réaliser en conditions dignes.

Une déclaration de la Cour Suprême des Etats-Unis fait référence au thème de l'avortement : « *Aucun droit n'est plus basique que le droit à la vie, mais rien n'est plus dévastateur que la vie sans liberté. Et c'est la vie de celle qui se voit forcée de vivre une maternité non désirée. Le viol est une négation profonde de la liberté, et obliger une femme à garder l'enfant du violeur est une insulte à son humanité (...)* » (CDD, 2002 : 15). Les lois qui pénalisent l'avortement sont des complices silencieux mais effectifs au fait que de nombreuses femmes victimes de violence sexuelle perdent la vie en tentant de récupérer leur liberté. En libéralisant l'avortement, les gouvernements pourraient sauver la vie de milliers de femme chaque année.

Teresa Flores, de l'Université Catholique Bolivienne, considère qu'il est fondamental que les enfants soient aimés et désirés depuis le ventre. Si cela n'est pas le cas, il est préférable de ne pas mettre l'enfant au monde. En avortant, la femme assume une attitude de responsabilité morale absolue ; ce n'est pas moral, selon la professeure, de mettre au monde un enfant non désiré ou lorsque les conditions d'éducation et d'attention seront insuffisantes (Flores, 08/05/2000). Car la non pratique de l'avortement entraîne l'abandon d'enfants. Selon une intervenante du Programme d'Etudes de la Femme, organisé par Family Health International, en 1998, l'enfant de la rue est un avortement tardif, un avortement qui ne s'est pas fait à temps (Family Health International, 1998). De même, René Pereira fait référence à la qualité de vie des enfants non désirés, qu'il évoque comme un drame (Aliaga, 2000). Le droit à la vie préconisé par l'Eglise Catholique et indirectement par la politique des Etats-Unis, se voit ainsi confronté aux droits des femmes, à leur liberté, mais aussi au droit de tout enfant d'être désiré et aimé.

Une autre composante indirecte des droits reproductifs et sexuels marginalisé est l'implication de l'homme. Comme nous le verrons plus tard, le modèle de la famille dessiné par la domination masculine, et tel que le conçoit le puritanisme nord-américain et le catholicisme, renvoie à la femme toute la responsabilité en matière de reproduction. Face à ce modèle, l'homme est donc laissé en marge des programmes politiques en matière de reproduction et de sexualité. Or, l'homme y joue un rôle prépondérant et devrait donc être à cet égard sensibilisé et intégré. Une étude menée dans deux communautés d'El Alto révèle qu'en zones rurale et urbaine, de nombreux hommes assistent à l'accouchement de leur épouse, ce qui constitue une importante piste pour supposer que les hommes

s'impliquent de diverses façons dans la santé périnatale (Dibbits et Terrazas, 2003). Selon la doctoresse Asport, alors en poste au Ministère de la Santé et de la Prévision Sociale, il était important d'impliquer l'homme car il est coresponsable de la santé sexuelle et reproductive du couple, et essentiellement de la femme (Aliaga, 2000).

Un problème biologique et moral

La santé reproductive et la santé sexuelle surtout sont généralement abordées comme des problèmes démographiques, éthiques, moraux, et surtout biologiques et sont appréhendées, par les programmes politiques, selon une approche épidémiologique, pathologique à travers le travail sur les ITS notamment. Or il est indispensable d'aborder la santé reproductive et sexuelle, et les droits afférents comme des phénomènes sociaux. La reproduction et la sexualité sont des composantes de la santé intégrale biologique, mentale et sociale : elles revêtent un *état général de bien être physique, mental et social dans tous les aspects liés au système sexuel et reproductif* (selon la définition universelle donnée par le Programme d'Action du Caire, 1994). Elles ne concernent donc pas uniquement un bien être physique. *« Le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie. Force est de constater que la santé et le bien-être sont inaccessibles à la plupart des femmes (...). La prévalence de la pauvreté et de la dépendance économique parmi les femmes, leur expérience de la violence, les préjugés dont elles sont victimes dès l'enfance, les discriminations raciales et autres, leur manque d'autonomie face à la sexualité et à la procréation et le peu d'influence qu'elles exercent sur les décisions sont autant de réalités sociales nocives pour la santé »* (Plate-Forme de Beijing 1995, paragraphes 89 et 92). On ne peut donc pas parler de santé reproductive et sexuelle, et des droits respectifs exclusivement en termes médicaux : une telle superposition mène au risque de médicaliser la sexualité et la reproduction. *« Aborder le domaine reproductif uniquement via la santé et non pas via les droits de citoyenneté s'inscrit en porte à faux avec le respect du libre arbitre des femmes »* (Marques P. et Raes, 2001 : 11). La reproduction est une conception qui inclut les dimensions psychosociales, économiques, culturelles, légales et biomédicales. De même, on ne peut pas penser la sexualité comme une fonction génitale ou procréatrice, sans la comprendre dans ses différentes dimensions : reproductive, érotique, psychologique, culturelle et sociale.

La santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité dérivent et soulèvent des thématiques et problématiques sociologiques. Les motifs de l'avortement ne sont par exemple pas seulement liés à des raisons personnelles, ils sont également dus à la société. Ivonne Gebara explique que *« une société qui n'a pas les conditions objectives de donner emploi, santé, habitat, écoles, est une société abortive. Une société qui oblige les femmes à choisir entre garder son travail ou interrompre sa grossesse, est une société abortive, une société qui continue à permettre que se fasse un test de grossesse avant de donner le travail à une femme, est une société abortive. Une société qui met sous silence la responsabilité des hommes et culpabilise les femmes, qui ne respecte pas leurs corps et son histoire, est une société excluante, sexiste et abortive »* (Olivares, 1999 :8). Ils doivent donc être considérés non seulement comme des aspects inhérents à la santé mais aussi comme des phénomènes sociaux, et en conséquence être étudiés dans une perspective ample, qui requiert notamment une lecture de genre, de génération et d'interculturalité. Ce regard sociologique permettrait d'améliorer l'efficacité et la couverture des interventions de l'Etat et de la société civile organisée dans le domaine de la santé en général, de la santé reproductive et sexuelle en particulier.

Les politiques boliviennes n'abordent donc pas la santé reproductive et sexuelle, ainsi que les droits afférents, selon une approche intégrale. Les restrictions imposées par l'aide coopérative, et par les idéologies dominantes laissent ainsi en suspens et irrésolues de nombreuses thématiques et composantes de la santé reproductive et sexuelle, telles que la responsabilité masculine en matière de sexualité et de reproduction, la sexualité des femmes hors reproduction, le problème des grossesses non désirées et de l'avortement clandestin, ou encore la reproduction et sexualité des adolescentes et des femmes célibataires. Les Etats devraient donc mettre en pratique tous les aspects des droits reproductifs et sexuels, et cesser de donner priorité uniquement à la contraception, ou la santé

maternelle. En privilégiant ces deux aspects de la santé reproductive et sexuelle, les politiques et les programmes ne répondent pas aux nécessités relatives à la santé reproductive et sexuelle dans toute son amplitude ; ils occultent toutes les autres composantes nécessaires à l'application des droits reproductifs et sexuels des femmes dans leur ensemble.

Les mesures gouvernementales boliviennes conditionnent directement la santé reproductive et sexuelle des femmes et l'exercice de leurs droits. Chaque avancée et chaque recul, ne serait-ce qu'idéologique, se répercutent sur la population. Les droits reproductifs et sexuels ne peuvent s'exercer qu'en démocratie participative, transparente, équitative et non sexiste. Or il persiste un discours conventionnel dont les noyaux durs sont l'hétérosexualité, la famille nucléaire traditionnelle, la version romantique de la maternité et la non acceptation de l'avortement. Au niveau social, ces caractéristiques sont également implantées. Mais d'autres facteurs sociaux et culturels entrent en jeu et agissent sur les décisions et les applications relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction et sexualité.

CHAPITRE 4

LES BARRIERES SOCIALES

« Derrière une femme heureuse, se cache un machiste abandonné »

Mujeres Creando

Au-delà des barrières d'ordre politique, les femmes doivent faire face à des barrières d'ordre social. Les caractéristiques socioéconomiques et socioculturelles sont déterminantes dans l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Selon le Docteur Javier Torres Goitia, en Bolivie, plus que dans n'importe quel autre pays, les déterminants sociaux et économiques influent clairement le processus de santé. La santé reproductive et sexuelle est, comme nous l'avons précédemment écrit, un phénomène biologique, mais également social et culturel. La pauvreté, l'éducation, les relations de genre, la discrimination et la violence domestique sont des facteurs qui ont montré un haut niveau d'influence sur la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité des femmes boliviennes. Dans l'exercice des droits reproductifs et sexuels, il faut s'intéresser aux besoins pratiques et stratégiques de genre³². Les nécessités pratiques sont déterminées par les conditions de vie qu'ont les femmes et les hommes pour le développement de leur existence. Les nécessités stratégiques constituent toutes celles qui sont déterminées par la position qu'occupent les femmes et les hommes au sein de la famille, la communauté ou la société dans son ensemble.

LA PAUVRETE ET L'EDUCATION

Aucun droit ne s'exerce en marge des conditions économiques et matérielles. « *S'il existe des différences biologiques entre hommes et femmes qui peuvent être à l'origine de disparités entre les uns et les autres en matière de santé, il existe aussi des facteurs sociétaux qui influent sur la santé des hommes et des femmes et dont les effets peuvent varier d'une femme à l'autre. C'est pourquoi il faut accorder une attention particulière aux besoins et aux droits en matière de santé des femmes qui appartiennent aux groupes vulnérables et défavorisés (...)* » (Recommandation Générale n°24, 1999, paragraphe 6). La situation économique et sociale conditionne la construction de la santé sexuelle et reproductive dans le pays. Le Docteur Aramayo, expliquait que derrière la santé reproductive et sexuelle, se cachaient la pauvreté et la ségrégation de la femme. Dans leur livre *Las wawas del Inka*, Denise Arnold et Juan Dios de Yapita, deux célèbres anthropologues en Bolivie, écrivent que « *les risques 'sociaux' (la pauvreté, l'ignorance quant à la planification familiale, et les grossesses de jeunes célibataires) sont plus significatifs que les risques 'biologiques'* » (Arnold et Dios de Yapita, 2002 : 18). La pauvreté des femmes, leur faible niveau de scolarité les exposent en effet à des risques importants de santé, de santé reproductive et sexuelle en particulier, et conditionnent leurs décisions et autonomies reproductives et sexuelles. Il s'est avéré lors de notre étude que les droits reproductifs et sexuels étaient plus accessibles aux femmes les plus scolarisées, et les plus aisées économiquement.

Diverses enquêtes de santé montrent une corrélation directe entre le niveau éducatif et l'indicateur de santé reproductive et sexuelle des femmes. Le niveau scolaire des couples, et surtout des femmes, modifie leur conception et leur comportement en matière de reproduction. Plus la scolarité est poussée, plus le couple semble sensible aux questions des droits des femmes dans le domaine de la sexualité et

³² Ces concepts furent repris et développés à la fin des années 80 par Caroline Moser, une théoricienne anglaise.

dans les décisions ayant trait à la maternité. En Bolivie, comme dans les autres pays de la région voire du monde, l'éducation favorise l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. Cet exercice est également lié au niveau de pauvreté. En Bolivie, plus de 60% de la population vit en condition de pauvreté, et le pays n'a pas évité le phénomène mondial de la féminisation de la pauvreté. Si des analyses ont montré qu'il n'y a pas de relation directe entre le comportement démographique et la pauvreté, on peut cependant affirmer qu'il existe un lien étroit entre l'exercice des droits reproductifs et sexuels et la condition socioéconomique des femmes.

Dans tous les milieux sociaux, le taux de fécondité est en baisse. Il existe en effet, comme nous l'avons déjà indiqué, un certain « malthusianisme de la pauvreté ». « *Pour les populations en voie de paupérisation, c'est l'aggravation de la misère et non l'amélioration du bien être qui tient lieu de transition démographique* » (Lassonde, 1996 : 107). Mais en général, ce sont les femmes des strates socioéconomiques les plus privilégiées qui ont joué le principal rôle dans cette baisse de la fécondité (ENDSA, 1998). Ce taux est donc fortement associé à des variables intermédiaires économiques et sociales, telles que le revenu et la scolarité.

Ces facteurs conditionnent notamment la pratique contraceptive. Nous avons précédemment mentionné que le pourcentage le plus important d'utilisation se trouvait parmi les femmes de majeur niveau d'instruction et celles vivant en zone urbaine. Une étude publiée en 2002 dans le *Diario*, principal journal de la presse quotidienne en Bolivie, révèle que « *l'utilisation de méthodes contraceptives diminue de 9,6% chez les femmes qui se trouvent en condition de pauvreté dans le pays, selon une étude multidisciplinaire des Ministères de la Santé et du Développement Durable (...). L'étude montre que la méthode traditionnelle la plus fréquemment utilisée est le calendrier. Sa condition inévitable pour son efficacité est la connaissance précise de la période fertile durant le cycle de l'ovulation de la femme. Les résultats de l'étude révèlent que chez les femmes non pauvres, la connaissance de la méthode du calendrier est de 83,5% et en moindre mesure chez les femmes pauvres avec 67,4%. L'analyse des chiffres indique que les femmes les plus pauvres sont les plus exposées au risque de grossesse non désirée, dû à la méconnaissance du cycle fertile* » (ANF, in *El Diario*, 09/09/2002).

Ineke Dibbits explique que dans les années 90, la propagande de télévision promouvait la « famille heureuse » avec un maximum de deux enfants. Les matériaux écrits donnaient l'idée que la pauvreté pouvait être éliminée simplement par l'utilisation de méthodes contraceptives. La contraception pour les pauvres se convertissait alors en un problème social, en une responsabilité ou presque un devoir, et pour les plus aisés, en un droit à choisir (Dibbits, 1994). Selon Carlos Carafa, cité par Sandra Aliaga dans *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, le meilleur contraceptif reste le développement car où il y a une sécurité économique, éducative, et de bonnes conditions de santé, il existe une fécondité choisie et équilibrée (Aliaga, 2000). Les nécessités sociales auraient donc un effet négatif sur les choix reproductifs et sexuels des femmes pauvres. « *Les programmes de planification familiale avec la distribution de pilules ou de stérilets ont été, sont et resteront inefficaces, malgré les milliards de dollars dépensés, aussi longtemps que les femmes verront mourir leurs enfants, resteront non éduquées et ne pourront gagner leur vie décemment* » (Bisilliat et Fieloux, 1992).

L'influence de l'éducation sur la connaissance des méthodes contraceptives s'avère indéniable. Le niveau d'éducation n'est pas seulement associé à la connaissance de méthodes contraceptives, il est également étroitement lié à leur utilisation. A un meilleur niveau d'instruction correspond un meilleur accès aux services, à la connaissance sur où obtenir l'information et leur distribution comme les revenus pour acquérir les services nécessaires. On observe donc une relation positive entre le niveau d'instruction et la pratique contraceptive.

« (...) L'évolution de leur statut modifie aussi, semble-t-il, les idées reçues sur leur fonction de génitrice (...). Il va de soi que la relation de cause à effet tient au refus, exprimé par les femmes ayant bénéficié d'une forme ou d'une autre d'éducation, de se voir réduites à leur rôle de génitrices. L'instruction a élargi leur horizon, les a mises au contact de quelques notions, au moins, de planification familiale et les a dotées d'une plus grande latitude pour exercer leur rôle d'argent dans les décisions familiales, y compris en matière de fécondité et de naissance » (Sen, 1999/2000 : 22). Il

est donc plus facile pour ces femmes d'accéder à la contraception, mais également à de bons soins médicaux, ou de pratiquer un avortement dans de bonnes conditions.

Les femmes ayant de meilleurs revenus ont la possibilité de se rendre à des services médicaux de qualité. Si elles souhaitent avorter, elles ont l'argent pour que la pratique se fasse dans les conditions les moins dangereuses possibles. En revanche, les femmes de niveau social plus modeste, dont les bas revenus pour la survivance ou une éducation de qualité de l'enfant appellent parfois à recourir à l'avortement, se tournent vers des méthodes dangereuses. Le phénomène de l'avortement touche toutes les classes sociales et culturelles. Cependant pour la première, cela sera un problème de conscience, d'équilibre entre « l'âme et le corps » ou la peur de la réaction sociale, alors que pour la deuxième, ce sera un problème d'impuissance face aux ressources économiques et/ou de risque de vie.

LA DOMINATION MASCULINE

Aucun droit ne s'exerce non plus en marge des idéologies présentes dans toute la société. La principale idéologie qui influence l'exercice des droits reproductifs et sexuels est ici la domination masculine.

Le rôle des hommes dans l'exercice des droits reproductifs et sexuels féminins

Il est important lorsque l'on travaille sur les femmes, de s'intéresser également aux hommes. La domination masculine, qui règne dans la majeure partie du monde, et qui est fortement ancrée dans la société bolivienne, conditionne, voire réduit, l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. Les observations et les discussions avec les patientes hospitalisées et les participantes des ateliers ont révélé qu'elle faisait partie du quotidien de nombreuses femmes. A travers son expression la plus commune, c'est-à-dire la violence domestique et l'irresponsabilité paternelle, la domination masculine peut être responsable de grossesses non planifiées, non désirées, à haut risque, d'avortements, et de morts maternelles. Elle exerce donc une importante influence et pression sur l'autonomie et les préférences reproductives et sexuelles des femmes.

Nous avons observé que l'homme jouait un rôle clé dans la pratique contraceptive, en décidant de l'utilisation ou non d'un moyen de contraception, voire en menaçant la femme qui recourt à une méthode contraceptive moderne, symbole d'infidélité et d'émancipation sexuelle. Les hommes sont souvent dénoncés comme non responsables de leur sexualité. La pression de l'homme pour avoir des relations sexuelles, et le manque de dialogue et de collaboration de l'époux ou du compagnon vouent à l'échec la méthode du calendrier. A la campagne, par exemple, les migrations masculines rendent l'abstinence périodique difficile : les femmes ne peuvent souvent pas rejeter la demande de leur mari à avoir des relations sexuelles lorsque ces derniers sont de retour au foyer, même si elles sont en pleine période fertile. D'autre part, les entretiens menés révèlent que si la femme maîtrise cette méthode, le cycle se rompt au moment des fêtes avec notamment la consommation d'alcool. En Bolivie, on observe d'ailleurs une importante augmentation des grossesses après la période du carnaval, en février, grand moment de festivité. Dans une étude de Susanna Rance, les femmes qui étaient hospitalisées pour avortement incomplet, qui avaient tenté d'utiliser l'abstinence périodique, mentionnèrent que leur mari n'était pas d'accord avec « *la période sûre* », et que la violence sexuelle était la raison pour laquelle elles étaient enceintes (Rance, 1993, in Ministerio de Desarrollo Humano et al).

D'autre part, la domination masculine alimente la non utilisation des méthodes contraceptives modernes. Par perte de contrôle et de pouvoir sur la sexualité de la femme, les hommes ont tendances à rejeter l'utilisation de la contraception artificielle. En effet, il existe une idée masculine selon laquelle l'utilisation de ces méthodes est un moyen d'infidélité pour la femme, qui, en les utilisant, n'aurait plus le souci de la grossesse, connaîtrait donc plus de plaisir, et profiterait dès lors de relations extraconjugales. Les méthodes contraceptives modernes sont ainsi associées au plaisir sexuel de la femme, resté tabou dans la société bolivienne, et à leur infidélité. L'amplification de méthodes contraceptives procure un certain pouvoir aux femmes et en contrepartie, en fait perdre à l'homme. Malgré l'institution du mariage toujours en vigueur qui formellement garantit la fidélité de leur

femme, avec l'utilisation de moyens contraceptifs modernes, il est désormais plus difficile pour les hommes de maîtriser et contrôler leur propre paternité et la sexualité de leur femme.

Lors de l'étude de terrain, cette réticence du mari ou compagnon a été illustrée par des anecdotes et histoires personnelles. Une mère de 5 enfants expliquait qu'elle utilisait une stérilet mais que son mari ne le savait pas car il rejetait cette option : « *tu es à moi* », lui disait-il, et il se montrait relativement violent dans le quotidien. Ainsi, il a été observé et raconté des cas de femmes qui cachaient à leur mari l'utilisation de méthodes modernes pour réguler leur fécondité. Une étude de Skibiak et del Castillo menée en 1993, reprise dans la révision bibliographique *Expandiendo opciones de planificación familiar, Diagnostico Cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, contredit la croyance selon laquelle les hommes en Bolivie s'opposent à ce que leur femme utilise la planification familiale parce qu'elle augmente l'activité extraconjugale et la promiscuité. Le fait que les hommes constituent une barrière considérable à l'utilisation de moyens contraceptifs serait un mythe mais les femmes continueraient à percevoir et à vivre cette opposition. Quoi qu'il en soit, il faut souligner le fait que si l'homme accepte l'utilisation de méthodes modernes, cela n'est pas une garantie pour qu'il partage les responsabilités ou qu'il respecte les préférences des femmes et leurs droits sexuels et reproductifs. D'autre part, les hommes ont également tendance à refuser la planification familiale car ils se considèrent, et sont considérés par leurs pairs, comme virils, « machos » lorsqu'ils ont de nombreux enfants.

La domination masculine est donc un élément clé de la pratique contraceptive et de la planification de la famille. Maria Dolores Castro expliqua, lors de notre rencontre en octobre 2003, que le thème de la décision pour utiliser un moyen de contraception semblait être un thème de l'homme qui exerçait ainsi une forme de contrôle sexuel. Nos observations et discussions au sein des hôpitaux ont confirmé en effet ce rôle décisif de l'homme. Une doctoresse, rencontrée dans le cadre de notre enquête, a expliqué que lorsque une patiente était orientée en matière de planification familiale, elle souhaitait souvent parler avec son conjoint avant d'opter ou non pour une méthode contraceptive. Lorsque nous demandions aux mères rencontrées qui déclaraient vouloir espacer leur prochaine grossesse, nombreuses furent celles qui souhaitaient en effet consulter leur mari ou compagnon avant de prendre une quelconque décision :

« *Moi, j'ai pensé... Ligature des trompes... pour ne plus avoir d'enfants... Moi, vraiment, je ne veux plus d'enfants. Mais je dois consulter mon époux, voir ce qu'il dit* » (mère de 26 ans, deux fils, mariée).

« *Donc, ça aussi je vais en parler avec lui pour décider... Si peut être le stérilet ou pour lui demander...* » (mère de 34 ans, 3 fils, en union libre).

Cette suprématie de l'homme joue donc un rôle important et affecte directement l'état de santé et l'exercice de droits par les femmes en matière de reproduction et de sexualité. A travers la pratique contraceptive, l'avortement peut, par exemple, devenir une forme de contraception chez les femmes.

Malheureusement les hommes restent très peu considérés et sensibilisés sur les questions reproductives et sexuelles. Ils constituent une population en marge des programmes politiques et sociaux, des pratiques hospitalières, mais également des investigations sociales sur le thème. Notre étude n'a, par exemple, pas recueilli d'information à ce propos. Il apparaît ainsi nécessaire dans l'avenir, d'informer avec plus de rigueur et de profondeur sur les hommes, sur leurs pratiques, opinions et perceptions quant à la contraception et autres composantes de la santé reproductive et sexuelle. De même, il semble indispensable, comme le soulignaient de nombreuses personnalités académiques, politiques et médicales que nous avons consultées, de développer des activités réservées aux hommes afin de les renseigner et de les impliquer dans le processus de régulation volontaire des grossesses. Leur rôle est d'ailleurs aujourd'hui de plus en plus considéré et traité dans les actions sociales du pays.

L'image de la « *madresposa* »

La domination masculine entretient d'autre part l'image de la « *madresposa* » (mère-épouse), pour reprendre l'expression Marcela Lagarde (Lagarde, 1990), anthropologue féministe mexicaine très

influente en Bolivie. Cette image imposée par la société, la religion et par les femmes elles-mêmes, qui condamne ces dernières à la négligence de leur propre santé, les rend totalement responsables de la reproduction, et discrimine celles qui ne sont ni mères, ni épouses, ou celles qui rejettent la maternité (celles qui avortent par exemple).

De la grossesse à l'éducation, le rôle de mère a été décrit et présenté comme une expérience physique et psychologique difficile et douloureuse. Cependant, nos observations et nos discussions ont révélé que les femmes rencontrées se définissaient elles mêmes avant tout comme mères, comme « *madresposa* ». Certaines se sentaient accomplies en tant que mère et souhaitaient un enfant pour se réaliser en tant que femme. Le mariage et les enfants semblaient alors définir la femme. Les Catholiques pour le Droit de Décider (CDD)³³ proposent à cet égard une notion différente de la maternité : « *Que tes enfants ne soient pas tes ailes* ». Selon Mónica Beltrán S., Directrice Exécutive du Centre de Promotion de la Femme Gregoria Apaza, rencontrée en janvier 2004, il s'agissait également d'un courant mondial. La fonction reproductive était restée dans la définition du féminin ; la femme restait définie comme un utérus.

Cette image entretient, comme nous venons de l'évoquer, la négligence de leur propre santé. En tant que mères, les femmes hospitalisées s'inquiétaient essentiellement de leurs autres enfants restés à la maison. Elles expliquaient que leur mère devait leur manquer, qu'ils allaient tomber malade à cause du temps, ou parce qu'ils ne mangeaient pas suffisamment, ou mal. Certaines se sentaient coupables de ne pas être à la maison pour les surveiller, pour les devoirs, les repas. Ainsi, de nombreuses patientes souhaitaient rentrer chez elles, même si leur état de santé ne leur permettait pas. Les femmes sont décrites comme responsables du bien être et de la santé de la famille et essentiellement des enfants, au détriment de leur propre santé en tant que femmes. Les histoires cliniques que nous avons consultées ont révélé que les femmes avaient relativement surveillé leur grossesse à travers par exemple les contrôles prénatals. Mais ces mêmes dossiers rendaient compte que ces mères paraissaient avoir négligé leur santé de femme, à travers la rareté observée de l'examen du frottis.

A nos questions « *si l'homme tombe malade, que se passe-t-il ? Et si les enfants tombent malades ? Et si nous-mêmes tombons malades, que se passe-t-il ?* », les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz expliquaient que lorsqu'elles étaient malades, elles attendaient et souffraient en silence, ou se soignaient elles-mêmes. Nous avons remarqué une certaine tendance à sacrifier sa propre santé aux bénéfices de la famille. « *(...) la préoccupation principale des femmes se répercute sur la santé de ses enfants et, en général, de la famille ; à cela s'ajoute la préoccupation pour les multiples tâches qu'elles doivent réaliser tant sur le plan domestique qu'économique, en laissant en dernier lieu les aspects liés à leur propre santé* » (Ministerio de Desarrollo Humano, et al, 1996 : 26).

La reproduction est également vécue et considérée comme une affaire exclusivement féminine, marquée par l'irresponsabilité paternelle. « *(...) il y a des difficultés pour réaliser la maternité, en particulier pour les femmes pauvres et celles des doubles journées ; mais c'est la paternité qui est exercée avec majeure difficulté par les hommes, et en grande partie, nombreux d'entre eux refusent de la vivre, l'évitent, en laissant des séquelles de manque* » (Lagarde, 1990 : 802). Les femmes sont généralement seules face au grand défi de la maternité. Une jeune mère dont la fille était hospitalisée en néonatalogie depuis la naissance, entre la vie et la mort, expliquait que c'était difficile d'être mère, que cela faisait souffrir, que personne dans sa famille, ni même son mari, père de l'enfant, ne l'aidait, ne la soutenait. « *C'est comme ça qu'on apprend* » lui aurait dit sa mère.

On assigne souvent à la femme le poids et la responsabilité de la reproduction Demeure « *l'idée que si la femme est enceinte, c'est de sa propre faute. Dans une situation de grossesse, la société sanctionne la femme en la jugeant, la discriminant, en la rendant responsable de la grossesse et de l'éducation du nouvel être. La grossesse est une coresponsabilité de l'homme et de la femme, tout comme l'éducation du nouvel être (...). Pour éviter une grossesse, il y a deux responsables, ou du moins en cas de décision du couple, cependant c'est la femme qui assume, en général, une telle*

³³ Les Catholiques pour le Droit à Décider est une organisation internationale de femmes catholiques créée en 1989, ayant son siège à Washington, et des bureaux dans divers pays d'Amérique Latine, en Bolivie notamment. Sa proposition est de faire connaître le droit de décider des femmes comme agents moraux capables et le droit d'appréhender les enseignements de l'Eglise comme une option éthique.

responsabilité, en consultant ou non le compagnon. Pourquoi ? Le fait que cela soit la femme qui ovule, est enceinte et met au monde l'enfant, lui confère le côté le plus vulnérable du couple pour intervenir dans le processus de reproduction biologique, renforcée socialement en la rendant responsable des enfants ; à l'inverse, celui qui les maintient c'est l'homme. Pourtant, c'est à elle qu'incombe la prise des actions concrètes quand il s'agit de prévenir une grossesse » (Ramírez R et al, 1995 : 38).

Il revient en effet à la femme d'assumer la pratique contraceptive. Quand nous avons demandé aux femmes des maternités comment elles allaient espacer leur grossesse ou ne plus avoir d'enfant, certaines répondirent que c'était au tour du mari ou compagnon de faire attention : « *Que mon époux fasse attention c'est tout... C'est lui qui va faire attention... Nous, les femmes, nous devons nous préoccuper de tout !* » (mère de 33 ans, 2 filles, mariée). Mais lorsque nous avons évoqué la vasectomie au sein de l'atelier de la Fundación La Paz, les participantes réagirent de façon unanime et spontanée : « *Quel est l'homme qui va se faire opérer !* ». L'utilisation de méthodes contraceptives n'est pas assumée par les hommes, cela reste une affaire de femmes. D'autre part, cette opération définitive ébranlerait la masculinité de l'homme. Si l'homme joue un rôle primordial dans les décisions reproductives et sexuelles, la planification de la famille reste dans la pratique une responsabilité féminine. De même, selon l'étude composée des 20 récits de femmes ayant avorté, l'avortement apparaît comme une affaire de femmes ; les hommes ne s'impliquent pas (Aliaga B. et al, 2000).

Une société à double morale

Au-delà des responsabilités qu'elle implique, la valorisation de la « *madresposa* », entretenue par le machisme, la société patriarcale et la religion catholique, entraîne la dénégation de la femme non mariée, divorcée, célibataire, et de la femme sans enfant. Une gynécologue obstétricienne nous expliqua que chez une femme sans enfant, « *il manque quelque chose* ». Elle nous raconta qu'elle avait une amie qui n'était pas mariée et n'avait pas d'enfant, et que pour cela, elle ne la sentait pas très stable. Une femme sans enfant reste donc mal vue, dépréciée voire marginalisée étant donné que la fonction de la femme demeure une fonction essentiellement reproductive et maternelle.

La doctoresse Sarah Arnez, Conseillère Municipale d'El Alto, fortement mobilisée pour la question des femmes, expliqua à ce propos, lors d'un entretien de plus d'une heure que nous avons retranscrit, que les femmes croyaient que c'était leur rôle, que Dieu les avaient envoyées sur terre pour mettre des enfants au monde, et qu'être mère leur octroyait le paradis. Selon elle, la société bolivienne entretient et maintient ainsi une double morale, où se confrontent deux types de femme : la mère, sainte, qui utilise le sexe pour se reproduire, et la mauvaise femme, la prostituée, qui utilise le sexe pour le plaisir, qui est rejetée et stigmatisée par la société. Les hommes vénèrent la première, mais ils désirent pourtant la deuxième. Notre enquête a ainsi révélé qu'il existe une certaine stigmatisation de la bonne et mauvaise femme, qui confirme, d'autre part la définition donnée par Marcela Lagarde : « *en tant qu'expression culturelle de la sexualité féminine, la féminité se définit par la maternité et par l'érotisme* » (Lagarde, 1990 : 793).

Cette double morale détermine la santé reproductive et sexuelle des femmes, et essentiellement leurs droits en la matière, puisqu'ils sont soumis à une pression morale et sociale. Une femme enceinte et non mariée représente un affront pour la dignité de la famille. « (...) *dans les aires urbaines, quand une femme est enceinte, c'est vu comme un affront à la dignité de la famille et la femme court le risque d'être expulsée de la maison et abandonnée. Ce patron de stigmatisation sociale contribue aux hauts taux d'avortement en Bolivie. Parfois, les jeunes femmes se soumettent à l'avortement contre leur volonté ou parce qu'elles sont sous pression des parents de l'amoureux ou de l'amoureux lui-même* » (Dibits y Terrazas 1995, in Ministerio de Desarrollo Humano et al.). Les stéréotypes, préjugés et tabous sociaux, culturels et religieux autour de l'usage de méthodes contraceptives et des relations sexuelles hors union provoquent un certain rejet social et familial de la non « *madresposa* ». Une doctoresse nous a raconté le cas d'une jeune fille violée, qui par pression de son entourage avait essayé d'avorter, mais sans succès. Une participante d'un de nos ateliers a expliqué que lorsqu'elle avait 18 ans et n'était pas encore mariée, ses parents l'avaient de même forcée à avorter sans son consentement.

A l'inverse, les femmes qui refusent la maternité sont également discriminées. En 1993, Susanna Rance a réalisé une étude dans quatre hôpitaux de La Paz. Elle conclut que la double morale prédominante laisse la femme seule avec sa grossesse et ses conséquences, et plus tard, la condamne pour avoir avorté dans des conditions insalubres. Ainsi, cette pratique socialement et politiquement rejetée, reste une réalité occultée par la double morale qui la rend inacceptable en public, mais un recours nécessaire dans le privé. De plus, Susanna Rance rend compte que ces femmes attendent parfois plusieurs jours après un avortement pour faire appel au système médical. Elles supportent alors des douleurs inutiles et nient leur action (Rance 1993, *in* Ministerio de Desarrollo Humano et al.).

La domination masculine et son corollaire, l'image de la « *madresposa* », véhiculent d'autre part, une faible auto estime et un faible pouvoir d'agir (*empowerment*) des femmes, deux caractéristiques pourtant nécessaires à l'exercice de leurs droits, tels que leurs droits reproductifs et sexuels. La réciproque est également vraie : le droit des femmes à la santé et notamment à la santé reproductive et sexuelle, est essentiel pour l'égalité de genre et l'émancipation féminine. Comme le souligna le Docteur Conde, rencontré en août 2003 lorsqu'il était le coordinateur national de santé reproductive et sexuelle au sein du Ministère de la Santé, l'exercice des droits reproductifs et sexuels par les femmes requiert une certaine auto estime et un certain *empowerment*. Ce dernier est le processus par lequel la femme acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement. A un meilleur pouvoir d'agir correspond une meilleure maîtrise de la santé reproductive et sexuelle, et une plus ample liberté des décisions reproductives et sexuelles. Mais nous entrons là dans un cercle vicieux et insoluble, puisque cette auto estime et cette émancipation particulière des femmes sont également liés à leur niveau socioéconomique et leur niveau d'instruction.

L'étude reflète ainsi une caractéristique de la société bolivienne, où les relations de genre sont déterminées par la domination masculine et l'image de la « *madresposa* ». Mais les patrons culturels de la santé reproductive et sexuelle, et des droits afférents, sont également déterminés par l'importante diversité culturelle du pays. La composition ethnographique et les pratiques traditionnelles sont déterminantes en Bolivie dans le cadre de la santé reproductive et sexuelle et des droits reproductifs et sexuels. Il semble donc intéressant de faire le parallèle entre ces droits et l'interculturalité, en tenant compte des contextes historiques et des héritages socioculturels.

LES PATRONS CULTURELS DU COMPORTEMENT REPRODUCTIF ET SEXUEL

Ce qui conditionne l'exercice des droits reproductifs et sexuels au niveau social, sont pour finir toutes les représentations et pratiques culturelles existantes autour de la reproduction et de la sexualité, éléments clés pour appréhender la santé reproductive et sexuelle et les droits respectifs en Bolivie. Une caractéristique notoire du pays est en effet la diversité culturelle, avec plus de 35 groupes ethniques qui représentent 60% de la population bolivienne. « *Cette grande diversité ethnique qui fait que le pays soit intéressant, fait également que les problèmes culturels et de santé soient très complexes parce que, par exemple, chaque groupe indigène a ses propres interprétations et pratiques par rapport à la santé* » (Ministerio de Desarrollo Humano et al : 3). De part cette diversité, il n'existe pas un mais divers patrons culturels du comportement reproductif et sexuel, et diverses expressions culturelles des droits reproductifs et sexuels. La perception du corps, de la sexualité, de la reproduction diffère dans chaque culture, ethnie, et communauté. Le milieu culturel détermine ainsi l'exercice des droits reproductifs et sexuels, ceux des femmes en particulier, puisque, comme le mentionne Marta Villa, ancienne conseillère de la Vice Ministre de la Femme, et directrice du Centre de Développement Intégral de la Femme Aymara (CDIMA), rencontrée en janvier 2004, ce sont elles qui maintiennent le plus les patrons culturels. Ineke Dibbits, dans *Lo que puede el sentimiento*, explique que nous sommes continuellement entourés dans des relations humaines dans lesquelles chacun véhiculera des valeurs selon sa position socioéconomique, sa culture et ses attentes face à la société moderne. Parler une

langue distincte par exemple n'implique pas simplement de dire des phrases différentes mais aussi des manières de penser distinctes, d'ordonner et de percevoir le monde. « *La conception du monde est l'ensemble de normes, valeurs et formes d'appréhender le monde, conscientes ou inconscientes, qu'élaborent culturellement les groupes sociaux* » (Lagarde, 1990 : 27).

Les conceptions andines de la reproduction et de la sexualité

Chaque culture vit donc la santé reproductive et sexuelle de façon particulière. Chez les quechuas, par exemple, les relations sexuelles avant le mariage sont tolérées et la virginité n'a pas la même valeur qu'en occident. Les aymaras croient que l'accouchement nettoie et purifie le corps, ce qui pourrait justifier les grossesses suivies, qui sont d'ailleurs considérées comme importantes pour maintenir la santé et l'intégrité de la femme. Lors de notre atelier à Senkata, quartier d'El Alto, où les habitants sont essentiellement d'origine aymara, les femmes participantes ont effectivement expliqué que l'on considérerait qu'une femme qui ne tombait pas enceinte devenait malade. Les médecins, souvent, renforcent cette conception, en conseillant une grossesse immédiate chez les femmes qui ont avorté « *pour les libérer de leur culpabilité et pour purifier leur sang* » (Rance, 1994, in Ministerio de Desarrollo Humano et al.).

Les conceptions culturelles aymaras, et andines en général, entraînent une pratique particulière de l'accouchement, marquée par une relation entre la femme et la terre vierge. Lors de l'accouchement, on insiste sur le fait que la femme doit pousser les forces vers le bas ("*hacia abajo*"), vers la terre. C'est pourquoi la femme andine accouche généralement en position accroupie ("*cucullas*") ou à genou. Selon l'étude menée par Denise Arnold et Juan de Dios Yapita dans un ayllu andin du département d'Oruro (Qaqachaka) sur la santé maternelle et l'éducation, la sexualité et le comportement sexuel humain sont comparés à ceux des camélidés, tant en théorie qu'en pratique (Arnold et Dios Yapita, in Rivera C., 1996). L'obstétrique traditionnelle andine, comme système de connaissances, se base sur l'empirisme des observations des animaux et ses contreparties terrestres et célestes.

Il existe également une vision particulière de la grossesse. Dans le calcul de la période de gestation, le système empirique andin analyse plus de critères que la biomédecine occidentale : on prend en compte l'âge de la femme, son expérience reproductive, le type de corps et d'utérus, et le sexe du fœtus. Le ventre grossit car on pense que le sang s'accumule à l'intérieur. Les femmes andines accordent beaucoup d'importance à la fécondité du sang menstruel. La femme est considérée fertile lors de la menstruation, et ne peut être enceinte qu'à cette période, car selon les cultures andines, la fécondité et la conception humaines dérivent du mélange entre le sperme masculin et le sang menstruel féminin. Cette conception culturelle de la fécondation et de la reproduction conditionne une méthode andine du calendrier contraire à l'enseignement occidental, puisque scientifiquement, la menstruation est appréhendée comme la période la plus sûre pour avoir des relations sexuelles si on ne souhaite pas de grossesse (la menstruation selon la science est le moment où l'ovule non fécondé s'atrophie, est désintégré et expulsé à l'extérieur). Les aymaras croient également que le flux sanguin est régulé par un rythme lunaire mensuel, et comparent le cycle menstruel de la femme au cycle mensuel de la lune. D'ailleurs, le sang menstruel en aymara se dit « sang de la lune ». La femme aymara est donc fertile lors du sang menstruel et selon les phases de la lune.

Comme l'accouchement, la menstruation est considérée comme un mécanisme nécessaire et naturel qui lave le corps. Le sang menstruel est un sang sale qui doit sortir, tel un acte de purification, ce qui peut avoir des répercussions sur l'usage de contraceptifs modernes qui suspendent la menstruation, telles que les injections. Celles-ci engendreraient donc de nombreux maux ou malheurs. Louise Lassonde explique à cet égard que « *les techniques modernes de contraception sont des produits importés, exogènes, qui entrent souvent en concurrence avec les identités locales et les autres processus de changement social en cours* » (Lassonde, 1996 : 61).

Ainsi, si de nombreuses femmes sont demandeuses en matière de planification familiale, « *nécessité ne signifie pas que la planification familiale soit acceptée comme telle par tous les secteurs de la population, puisque interviennent des facteurs culturels, religieux et sociaux qui déterminent et conditionnent la pratique de la planification familiale et, plus spécialement, l'utilisation de certaines méthodes contraceptives* » (Ministerio de Desarrollo Humano et al, 1996 : 29). Jacqueline Michaux,

anthropologue, revendique une véritable politique de santé initiée par une investigation sérieuse sur les demandes réelles des communautés et des aspirations de la population. Elle explique que lorsqu'une étude sur des thèmes relatifs à la santé sexuelle et reproductive rend compte des demandes de mères pour avoir moins d'enfants, elle suppose qu'il existe une demande de la part de la communauté par rapport aux techniques de planification familiale, et entraîne l'installation de tels services proches de la communauté. Mais aucune femme ne vient, par exemple, se faire poser un stérilet. L'interprétation se base sur des termes uniquement physiologiques d'une demande qui inclut des aspects sociaux, affectifs, interculturels jusqu'à politiques et religieux. Dans la sollicitude des mères par rapport à la planification de leur famille, il faut appréhender, selon Jacqueline Michaux, ces préoccupations peu prises en compte dans les cours de capacitation réalisés par le personnel de santé. Les conceptions et les pratiques aymaras liées à la santé apparaissent comme imprégnées de magie, mythes et superstition. Au lieu de concevoir la maternité aymara comme une série de manque, l'anthropologue conseille d'écouter d'abord ce que les femmes aymaras tentent d'exprimer (Michaux, *in* Rance et al, 2002). Selon María Eugenia Choque, Sidney Ruth Schuler et Susanna Rance, il y aurait une augmentation de la demande en services de méthodes contraceptives modernes si on proposait des services et des politiques dans une forme culturellement appropriée (Choque et al, 1994). Car en effet, la contraception moderne contredit certaines cosmovisions culturelles.

Les mythes de la contraception moderne

Des mythes et des peurs se construisent alors autour des méthodes contraceptives modernes. Mais ces derniers ne sont pas toujours fondés culturellement, sur des croyances ancestrales, et sont parfois le fruit de rumeurs, de croyances populaires basées sur l'expérience de proches, ou sur l'information du personnel médical. « *Ils circulent des histoires alarmantes sur les effets négatifs des méthodes contraceptives et elles sont assimilées par la population* » (Choque et al, 1994 : i). On raconte que le stérilet, méthode la plus utilisée en Bolivie, peut provoquer le cancer ou la chute de l'utérus ; qu'il se déplace et se perd dans le corps ; et qu'il génère la peur chez les hommes, qu'il engendre des grossesses et porte préjudice au bébé à la naissance. On croit que la pilule, tout comme le stérilet, peut produire le cancer, qu'elle donne mal à la tête et fait prendre du poids ; que le préservatif diminue la sensation de plaisir. Les injections provoqueraient la stérilité de la femme, ou favoriserait, à son arrêt, la naissance de jumeaux. Nos documentations et nos diverses discussions avec les femmes rencontrées lors de notre investigation ont rendu compte et rappelé ces rumeurs, qui cependant n'atteignaient pas les méthodes naturelles. Une femme hospitalisée expliquait par exemple qu'elle avait peur des préjudices des méthodes de contraception : « *Et maintenant (...) je vais faire attention (...) le calendrier... ceux-là ils n'échouent pas... Le stérilet, à ma belle-sœur... elle a eu un bébé. Mais le... le stérilet s'est détaché, elle a dû avorter (...). Les pilules aussi, elles donnent mal à la tête, et tout (...) ma sœur (...). Et... je ne veux pas ça, je ne veux rien qui puisse me porter préjudice (...). Je vais faire attention* » (mère de 34 ans, 4 enfants, mariée).

Ces mythes sont porteurs de préjudices, et peuvent justifier le rejet ou le refus des méthodes contraceptives modernes. D'après nos entretiens, une grande partie de la population se fie au taux d'efficacité des méthodes, mais nombreux sont ceux qui se réfèrent également à ces rumeurs. Maria Dolores Castro expliquait qu'il régnait également une préoccupation sur la façon dont les méthodes modernes affectaient la santé. Ce pourquoi il existe une nette préférence pour les méthodes traditionnelles. On considère notamment la méthode du calendrier comme sûre puisqu'elle n'a aucun effet sur la santé. De plus, Ineke Dibbits constate, à travers différentes études menées dans divers pays du monde, que de nombreuses femmes lient l'usage de contraceptifs à un état non naturel, ce qui peut justifier leur réticence.

De la médecine traditionnelle à la biomédecine institutionnalisée

Au-delà des conceptions et des considérations contraceptives, il existe également, et chez les aymaras notamment, toute une série de rituels, de pratiques traditionnelles qui accompagnent la grossesse, et sont effectués avant, pendant et après l'accouchement. Le lieu choisi en général pour mettre au monde est la cuisine, la pièce la plus chaude. Là, des massages sont effectués sur le corps de la femme et des infusions sont préparées. Les femmes accouchent généralement à quatre pattes ou à genoux. Le cordon ombilical ne doit pas être coupé avec un objet en métal, et l'expulsion du placenta doit être spontanée. Le placenta revêt une importance symbolique pour les aymaras et les quechuas. Il

représente l'esprit du corps émanant de la mère et de l'enfant. Il meurt dès sa naissance et est gardé par la famille pour être enterré, pour libérer son esprit, sans quoi il se vengera. Les enfants mort-nés ou avortés (il s'agit des mêmes termes en aymara) sont baptisés puis enterrés dans le cimetière du village. Lors de notre étude menée à l'hôpital d'El Alto, des cas de mort-nés furent observés. Le mari, le compagnon ou la famille venaient effectivement chercher la créature morte pour le montrer à la mère et l'emmener ensuite au cimetière.

Ces rituels et coutumes se justifient par des croyances traditionnelles et ancestrales. Dans ce cadre culturel, il existe en Bolivie de nombreux systèmes traditionnels, avec de nombreux spécialistes tels que les yatiris et les ch'amakani. En Bolivie, la santé reproductive et sexuelle ne peut être abordée sans comprendre et connaître le système de santé traditionnel, et sans chercher des espaces qui le relient au secteur public.

Pour connaître l'état de santé de la femme enceinte et voir comment se développe l'enfant, le médecin réalisera un examen physique, il recueillera les antécédents de maladies, il pèsera la mère, il lui prendra son pouls et sa tension, il mesurera la taille de l'utérus, il écoutera les battements du fœtus, il demandera à la mère des examens de sang, d'urine et d'autres qu'il jugera nécessaire. L'accoucheuse traditionnelle donnera priorité au massage, aux infusions qui aident au succès de la grossesse et de l'accouchement, et calment la douleur. Pour contrôler une grossesse, la femme peut donc recourir aux centres de santé (contrôles prénatals), mais elle peut également recourir à la médecine traditionnelle, dont les pratiques sont tout autres. Il est important de mentionner que la Bolivie est l'un des rares pays à avoir légalisé, en 1986, la médecine traditionnelle (Société Bolivienne de Médecine Traditionnelle, SOBOMETRA). Cependant, son rôle n'est presque pas reconnu ou respecté. Aucun effort n'est déployé pour re-conceptualiser la santé reproductive et sexuelle et ses pratiques, ce qui permettrait d'articuler la médecine scientifique, qui ne prend généralement pas en compte les facteurs socioculturels, avec les connaissances de la médecine traditionnelle. Bertha Pooley explique à ce propos : *« Je crois et c'est une hypothèse que les cultures quechua et aymara sont beaucoup plus saines dans leurs pratiques sexuelles que la culture occidentale »* (Family Health International, 1998). Les connaissances et pratiques des populations autochtones *« reflètent une adaptation aux réalités de l'environnement que scientifiques et technocrates n'apprécient pas toujours pleinement (...) ». Bien des formes de connaissances traditionnelles risquent de disparaître avant d'être reconnues valides et plus largement diffusées »* (FNUAP, 2001).

La majorité des femmes combinent les deux systèmes de santé en fonction de l'origine et de la cause du problème de santé, de la maladie. Mais diverses études montrent que cette non considération des croyances et pratiques culturelles et traditionnelles engendre une sous utilisation des services de santé. La population aymara est convaincue que les médecins peuvent guérir certaines maladies de type physique mais non de type spirituel. Il est important de rappeler que notre étude s'est déroulée dans un contexte urbain et périurbain, où les revendications et pratiques culturelles sont moins fortes. Seules des anecdotes de femmes consultées illustrèrent ces conceptions et ces idées de la santé reproductive et sexuelle.

Les caractéristiques socioéconomiques et les conceptions socioculturelles, à travers la domination masculine, les croyances religieuses et ancestrales sont des éléments qui conditionnent la santé reproductive, et l'exercice des droits reproductifs et sexuels des femmes. Or, comme le souligne Sandra Aliaga, les mentalités et les pratiques ne changent pas par décret. Etudier la santé reproductive et sexuelle en Bolivie, ou intervenir dans le secteur santé requiert la connaissance et la compréhension des logiques sociales et culturelles de la société bolivienne. Il est donc important d'aborder la pluralité des femmes en Bolivie pour évaluer la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité. Les conceptions culturelles et traditionnelles peuvent conduire à la méfiance, voire au rejet des pratiques médicales occidentales, comme la contraception moderne.

L'exercice d'un droit suppose plus de liberté et/ou de bien être, pour certains secteurs, peut en même temps créer un conflit de vieux schèmes de comportements et de valeurs établis. Les droits

reproductifs et sexuels sont reconnus comme droits humains définis comme universels, mais ils répondent à une vision particulière où le principe de l'universalité fait perdre de vue la diversité et la multiculturalité du monde. Si on entend les droits culturels comme la reconnaissance et le respect des différentes cultures et leurs manifestations sociales, les droits humains, et les droits reproductifs et sexuels doivent répondre à un certain « relativisme culturel ». Silvia Salinas Mulder, anthropologue spécialisée en thèmes de genre, de santé reproductive et sexuelle et développement, que nous avons rencontrée en octobre 2003, considère que les barrières culturelles cachent en réalité les problèmes techniques. La solution des barrières socioculturelles se trouverait, selon le FNUAP Bolivie, dans les efforts à améliorer la qualité des services de santé reproductive et sexuelle, en considérant et respectant des divers patrons culturels de la population (UNFPA, 1998).

CHAPITRE 5

LES BARRIERES MEDICALES

L'attention médicale est souvent dénoncée et abordée comme un facteur décisif dans l'exercice des droits reproductifs et sexuels. Le rôle déterminant de la qualité de l'attention dans les décisions et l'autonomie des femmes quant à leur sexualité et leur reproduction fut effectivement observé. Les services de santé reproductive et sexuelle sont peu accessibles, équipés et manquent de personnel et de ressources. Si ces services sont plus accessibles dans les zones urbaines, le problème de la qualité d'attention n'est pas pour autant résolu. Nos observations conduites dans les hôpitaux, et nos conversations au sein de groupes de femmes présentent une attention médicale institutionnalisée, conservatrice, autoritaire, et essentiellement médicalisée.

L'ACCES GEOGRAPHIQUE, ECONOMIQUE ET CULTUREL

Les études sociologiques, anthropologiques et de santé publique menées en Bolivie sur la santé reproductive et sexuelle et sur l'attention médicale dans son ensemble, montrent que l'exercice des droits reproductifs et sexuels est conditionné par l'accès aux services médicaux, une accessibilité déterminée par la distance, le temps, l'argent et la culture. Dans *Recopilación, Analisis y Documentación sobre las iniciativas de adecuación intercultural y Aplicación de practicas y Tecnología apropiadas en Salud Materna y Neonatal*, la Doctoresse Teresa E. Rivero Gréau explique et justifie son étude par le fait que, malgré le libre accès aux services de santé et la gratuité des soins aux femmes enceintes depuis 1996, des barrières géographiques, socioculturelles et culturelles persistent, et entretiennent notamment des taux de mortalités maternelle et infantile élevés (Rivero G., 2002).

Le temps et l'argent

L'accès et les opportunités en matière de santé reproductive et sexuelle sont difficiles en zone rurale. La Bolivie est un pays dépeuplé, dont la population est dispersée sur tout le territoire. La couverture du système de santé est faible, essentiellement dans la zone rurale où les conditions de santé sont les plus précaires. Les services sont essentiellement orientés vers les villes capitales et intermédiaires, laissant ainsi une importante partie de la population des femmes, hommes, adolescents sans protection et en marge des bénéfices des politiques en santé sexuelle et reproductive. De même, les femmes doivent aller dans les centres urbains pour obtenir des services d'orientation et des méthodes contraceptives modernes. Ce facteur géographique n'a pas été prouvé lors de l'enquête de terrain étant donné qu'il s'agissait d'un contexte urbain, synonyme d'un accès physique plus facile aux centres de santé.

Le coût est cependant apparu comme une condition indirecte de l'utilisation des services de santé. En effet, les services publics de santé reproductive et sexuelle sont certes désormais gratuits, mais persistent des coûts informels, liés aux transports par exemple ou la perte de temps non rémunérée. Nos observations et conversations auprès des femmes rencontrées ont révélé que les femmes devaient souvent attendre plusieurs heures pour une consultation qui ne durait que quelques minutes. Le temps apparaît donc comme un facteur déterminant, étant donné que la majorité des femmes ont peu de temps pour consulter, à cause de la surcharge de travail, rémunéré et domestique, que leur attribue leur rôle maternel et domestique. Les services médicaux en général, gynécologiques et obstétriques en particulier, sont donc sous utilisés pour des raisons qui obéissent à l'inaccessibilité géographique et économique, mais essentiellement culturelles.

Le choc culturel

Denise Arnold et Juan de Dios Yapita expliquent qu'il existe un choc culturel entre les modèles cognitifs du médecin et de la femme andine (Arnold et Dios Yapita., 2001). Les médecins sont majoritairement des hommes. Les acteurs politiques et sociaux interviewés dénoncèrent à cet égard un excès de personnel masculin. Dans certains groupes indigènes ou de part la culture machiste, il est inacceptable qu'un homme autre que le mari puisse voir une femme dénudée. On sait également que les femmes d'origine aymara sont très pudiques et ne sont pas habituées à se dévêtir face à un homme. Une raison pour laquelle de nombreuses femmes souhaiteraient des médecins femmes. Selon la Doctoresse Soriano, la seule femme gynécologue responsable de service dans un des hôpitaux étudiés, la femme en général préfère être soignée par un docteur femme (ou parfois, c'est le mari qui préfère), et elle devrait avoir la possibilité de choisir.

D'autre part, de nombreuses femmes de La Paz et El Alto qui se rendent aux services médicaux sont d'origine indigène, essentiellement aymara, contrairement à la majorité des docteurs qui eux n'ont pas les mêmes origines, et appartiennent à ce qu'on appelle la « société des métis ou des blancs ». De même, ces derniers ne parlent pas de langue autochtone : ils reçoivent et soignent en castillan. Or, un facteur important de l'attention médicale, de l'accès aux soins médicaux est la confiance. Et il s'avère que lorsque le prestataire de santé parle dans la langue locale, cela génère une relation de meilleure confiance et d'acceptabilité de la part des usagers. L'étude a en effet prouvé, rappelons-le, que l'intérêt pour l'aymara, aussi faible soit-il, créait un bon contact, une approche intéressante avec les femmes.

Le personnel de santé et la population destinataire manifestent donc des attitudes, des pratiques et des connaissances différentes sur la santé reproductive et sexuelle, précisément parce qu'ils proviennent de domaines culturels distincts. Il faut rappeler que la majorité de la population bolivienne, et notamment celle d'El Alto, est une population qui a sa propre cosmovision et pratique de la reproduction et de la sexualité. L'Etat bolivien reconnaît désormais, au sein du Programme de Santé Reproductive et Sexuelle, l'accouchement humanisé, soit le droit de la femme à décider de la position pour accoucher par exemple, selon ses croyances. Mais cette mesure n'est pas appliquée dans les services de maternité, et les pratiques culturelles ne sont pas respectées. L'accouchement institutionnel s'effectue selon les normes culturelles occidentales, sur des tables gynécologiques, sans la présence de la famille ou de proches. Les médecins considèrent l'accouchement traditionnels comme dangereux et non approprié : selon eux, les positions comme celle de la « cucullilla », préférée chez les femmes aymara, peuvent provoquer des lésions au nouveau né ; les salles d'accouchement sont jugées comme ne disposant pas d'espace suffisant pour permettre aux femmes d'être accompagnées, ou de choisir la position, dans un contexte de préservation de l'intimité. De même, le personnel n'autorise généralement pas de conserver et de rendre le placenta.

Les accouchements observés s'effectuaient tous en effet sur des tables gynécologiques, en position allongée, sans aucun accompagnement familial ou amical de la parturiente. Les femmes consultées lors de notre étude avaient conscience du manque de respect des traditions dans les services de maternité institutionnalisés, ce qui explique que de nombreuses femmes ne se rendent pas aux centres de santé ou hôpitaux. Cependant, ce respect des pratiques culturelles n'est pas apparu comme une revendication fondamentale des patientes hospitalisées observées. Les médecins rencontrés disaient également avoir conscience de ne pas respecter ces pratiques. Mais certains d'entre eux les considéraient effectivement comme nocives et dangereuses. D'autres en revanche, notamment la Doctoresse Soriano, regrettait que le placenta ne soit pas rendu aux mères d'origine indigène qui venaient d'accoucher. Plus tard, après notre enquête, nous avons revisité le centre de santé de Senkata, quartier retiré et particulièrement défavorisé d'El Alto. Ce centre venait d'installer une salle d'accouchement humanisé, suite à une demande implicite des habitants, qui jusqu'alors préféraient avoir leurs enfants chez eux.

Le phénomène de non communication entre les savoirs populaires et la biomédecine

La pratique médicale institutionnelle justifie donc les accouchements à domicile, et reflète un manque de respect des conceptions culturelles, et de la liberté de choisir des femmes. Ces soins, y compris ceux que nous avons observés, rendent donc compte d'un phénomène de non communication entre les savoirs populaires et le système formel de santé, et de ce fait, elle n'applique pas les lois et

les mesures gouvernementales qui prônent une attention culturellement appropriée de la santé reproductive et sexuelle.

D'après le diagnostic de Guillermo Seoane Flores, Verónica Kaune Moreno, Julio Córdova Villazón, si la position pour l'accouchement est l'unique pratique traditionnelle avec une acceptation partielle des médecins (Seoane F. et al., 1996), en général, il n'existe pas de formation pour pratiquer de tel accouchement. Il existe désormais des prédispositions de l'Etat pour augmenter et améliorer l'attention aux femmes appartenant à d'autres ethnies et avec différentes cultures. La loi promeut respect et adéquation du service biomédical à la culture de la femme. Cependant elle ne destine pas de fonds pour la formation adéquate aux services biomédicaux des soins traditionnels. Ainsi, une proportion importante de médecins n'est pas préparée pour assister des accouchement en position traditionnelle utilisées par les femmes, tant par manque de formation que par une attitude autoritaire de non acceptation des attentes et traditions culturelles. De nombreuses études montrent que le concept du respect des nécessités des patientes et des traditions culturelles de chaque groupe ethnique devrait être inculqué en université, à travers un programme éducatif sur les concepts sociologiques et anthropologiques, avec une approche de genre. Il s'agirait alors de former les médecins, et autres professionnels qui prêtent une attention obstétrique pour offrir une attention de haute qualité en respectant les valeurs culturelles des femmes qui de rendent aux services médicaux.

D'autre part, bien que la médecine traditionnelle soit légale, elle est dépréciée par la majorité des travailleurs de santé. Un enquête de Population Concern révèle que depuis des décennies, les services de santé ont sous estimé la connaissance et les savoirs populaires en manifestant que ce sont des pratiques nocives à la santé de la communauté, en assumant le fait que les professionnels en santé sont les seuls possesseurs de la connaissance et de la vérité (Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj, 2003). L'enseignement médical a par exemple introduit la notion « d'accouchement propre » pour déterminer l'accouchement institutionnel. A travers cette notion, on enseigne que la position de l'accouchement en « cuclillas » est « retardée » et « sale ». Selon Denise Arnold et Juan de Dios Yapita, au lieu de percevoir les pratiques andines d'accouchement comme primitives, exotiques, qui requièrent de la modernisation, on pourrait les appréhender comme faisant partie du système de santé dans son ensemble avec ses propres significations et savoirs (Arnold et Dios Yapita, *in* Rivera C., 1996). Les pratiques traditionnelles dans le milieu hospitalier sont donc totalement ignorées ou dédaignées. De nombreux médecins boliviens tendent à condamner ces pratiques sans comprendre leur logique culturelle et physiologique. Nous avons pu remarquer lors de notre enquête une certaine ignorance et non entendement de la culture. Un Docteur nous a expliqué que les aymaras n'utilisaient pas la planification familiale car cette culture promouvait une vie reproductive des femmes. Ce même médecin ne comprenait pas que malgré le SUMI qui prête une attention médicale gratuite chez les femmes enceintes, ces dernières continuaient d'accoucher chez elles. Les docteurs paraissaient évoquer la culture comme une fatalité, coupable de problèmes médicaux et cliniques, et utiliser le mot sans réellement connaître ou comprendre sa signification.

Dans ce contexte, une partie de la population bolivienne préfère se référer à la médecine traditionnelle. En Bolivie, de nombreuses femmes accouchent par exemple à la maison, en compagnie de leur mari ou famille, ou d'une accoucheuse (selon ENDSA 1998, sur 100 femmes qui accouchèrent entre 1995 et 1998, 43,4 avaient accouché chez elle). Si l'accouchement institutionnel est considéré par les médecins comme plus sûr, l'accouchement à domicile est souvent présenté comme plus chaleureux et intime, étant donné que la femme est accompagnée, accouche selon la position souhaitée, et peut suivre les rituels et les coutumes de sa culture. De nombreuses mères rencontrées expliquèrent à cet égard qu'elles avaient précédemment préféré accoucher chez elles pour choisir la position et pour être aidées et soutenues par leur mari ou leur mère, telle que le dicte la tradition, mais également pour une question de commodité, de confiance et de convivialité. D'autre part, les femmes d'origine indigène peuvent avoir peur des procédures « modernes » utilisées par le service de santé, à cause des instruments, procédures et infrastructures sophistiqués. A l'inverse, les instruments des sages-femmes traditionnelles sont connus et très utilisés dans la vie quotidienne de la communauté ce qui inspire meilleure confiance de la part de la mère.

Il semble possible d'associer une conception biomédicale à une cosmovision culturelle. Certaines personnes rencontrées avançaient, dans le cadre d'une volonté pour réduire la mortalité maternelle, la

nécessité d'un meilleur entendement entre les deux systèmes de santé, un vrai dialogue entre les praticiens du système local de santé et ceux du système biomédical.

L'attention dans les services de santé n'est jamais décrite comme adéquate ou opportune, principalement parce que les facteurs culturels ne sont pas pris en compte. L'étude présentée ici fut menée dans un contexte urbain où la majorité des patientes parlent le castillan et où les coutumes culturelles sont moins respectées et ancrées dans le quotidien. Ainsi, si les pratiques étaient plus médicales que sociales et culturelles, cela n'est pas apparu comme un problème ou une gêne pour les patientes rencontrées. Cependant, l'étude n'était pas axée sur les représentations culturelles. Et d'autres enquêtes menées dans des communautés plus retirées rendent compte que les centres de santé sont plutôt perçus comme des centres d'exécution de programme que comme un siège de service actif pour répondre aux nécessités de la communauté locale. Or la qualité des services détermine considérablement l'accès à la contraception notamment.

L'ATTENTION MEDICALE

En général, des études révèlent que les femmes ne se rendent pas aux centres médicaux par honte, peur ou discrimination, et attendent souvent plusieurs jours avant d'être hospitalisée, malgré les souffrances ou la perte de sang, en cas de grossesse. Selon Maria Dolores Castro M., de Population Council, la peur d'aller aux services de santé repose sur les appréhensions d'un mauvais traitement, d'un manque d'intimité, de langage simple et clair, des difficultés pour obtenir une consultation, sur un sentiment de discrimination dans les services de post-avortement. Plusieurs patientes consultées, enceintes, et qui étaient tombées ou qui perdaient du sang, racontèrent qu'elles ne se rendirent pas tout de suite à l'hôpital et avaient préféré attendre avant de se faire hospitaliser. Au final, certaines d'entre elles se montraient contentes de l'attention reçue :

« J'avais peur des risques (...). Jusqu'au dernier moment, 'j'en peux plus... j'en peux plus...'. 'Tu dois y aller' (...). Et, j'ai été et... (...). J'avais peur d'être seule (...), que personne ne m'aide (...). Et tant mieux, non ? La doctoresse qui me reçut est très bien... elle eut une patience grave avec moi (...)... » (mère de 22 ans, 1 fils, mariée, célibataire selon le dossier médical).

« (...) quand j'entrai ici, en urgence (...) bien reçue... (...)... J'allai en salle d'accouchement pour la délivrance (...) très très bien soignée. Très bonne attention... (...)... Très bonne attention. De fait... je pensais que ce n'était pas comme ça. Je ne voulais pas venir ici. Je voulais avoir mon bébé à la maison. Très bonne attention. Je ne voulais pas y aller... » (mère de 34 ans, 3 fils, en union libre).

Certaines patientes sont contentes de leur expérience à l'hôpital, de l'attention qu'elles avaient reçue³⁴. Celles-ci expliquaient qu'elles se sentaient bien à l'hôpital parce qu'elles pouvaient se reposer, elles n'avaient rien à faire, elles n'avaient pas à préparer à manger, à surveiller les enfants. C'était un repos total en comparaison de ce qu'elles vivaient au quotidien. *« (...) pour que je récupère très rapidement (...). Il manque beaucoup, beaucoup de récupération. Parce que les mamans d'avant (...), [ici] ils te lavent, te nettoient, te changent ton lit. On te dit de te lever... ils te prennent la température. Tout est bien contrôlé... (...). Ils me dirent de me lever. Et maintenant que je n'ai plus mal (...) » (mère de 34 ans, 3 fils, en union libre).* Un docteur ajouta à ce propos que des patientes étaient satisfaites de leur séjour hospitalier car elles recevaient trois repas par jour et dormaient dans un lit.

D'autres femmes rencontrées montrèrent une satisfaction relative : *« Bon (...). Bien... j'étais tranquille. Mais comme à chaque endroit, non ? ça a ses avantages, ses désavantages, non... Cet hôpital a un bon personnel, moi j'aime bien (...). Et tout ça... si... L'attention... n'est pas si bonne... mais cela nous aide suffisamment (...). Ce n'est pas si mal non plus (...). On a besoin des médecins (...)... C'est, c'est mon premier bébé que j'ai eu ici... et... cela m'a paru plus ou moins... (...)... Moi, de toutes manières... je ne me plains pas... » (mère de 26 ans, 2 filles, mariée).*

³⁴ Il faut ici relativiser les résultats obtenus. De nombreuses patientes pensaient que la chercheuse était médecin ou appartenait à l'hôpital. On a remarqué une certaine influence de notre présence sur le discours et le comportement de certaines patientes.

Mais nombreuses furent celles qui se sont plaintes du froid, des repas, et des conditions matérielles. Le manque d'infrastructure, de ressources, d'espace, conditionne une qualité d'attention relative. Le temps d'attente est long, les consultations rapides, les hôpitaux accueillent de nombreuses patientes. Les non-rencontres entre les patientes et les prestataires de santé ne sont pas seulement dues aux barrières culturelles, mais à la culture médicale elle-même. L'infrastructure et essentiellement la qualité de l'attention médicale sont déterminantes. Si les soins médicaux et les relations humaines ont été décrits comme « meilleurs » que dans d'autres services précédemment connus par les femmes consultées, ils n'en étaient pas moins présentés comme « moyens » voire parfois « médiocres ». L'attention médicale est étroitement liée à l'infrastructure et l'organisation des services de santé, éléments qui déterminent l'accès aux soins et aux droits en matière de santé reproductive et sexuelle.

L'infrastructure hospitalière

Les services sont décrits comme peu équipés, et peu adéquats. Deux des hôpitaux étudiés se sont effectivement avérés précaires et modestes. L'hôpital d'El Alto avait une faible capacité d'accueil à comparaison du nombre de patientes qui s'y rendaient chaque jour. Le nombre de chaises pour les consultations extérieures était insuffisant. Dans les services gynécologiques et obstétriques, l'hôpital accueillait plus de femmes que ce que l'infrastructure offrait, ce qui influait sur la qualité d'attention. Les patientes étaient nombreuses, entre 4 et 7 par chambre ; parfois l'hôpital manquait de lits. Des patientes étaient alors laissées dans le couloir, en attendant que se libèrent la salle d'accouchement ou les chambres.

Un médecin nous expliquait qu'une menace d'accouchement prématuré est médicalement considérée entre la 20^{ème} et la 27^{ème} semaine de grossesse. Nous avons rencontré des femmes qui se sentaient prêtes à accoucher avec un peu d'avance sur la date cliniquement prévue. Mais les docteurs maintenaient ces femmes enceintes par manque de couveuse. Car si un bébé naît avant les neuf mois, il est probable qu'il aille en couveuse. On observa ainsi des patientes enceintes de 34, 35, 36 semaines avec une autorisation de sortie.

Dans un des hôpitaux, les accouchements s'effectuaient de façon collective : plusieurs patientes accouchaient dans une même pièce, les unes à côtés des autres. *« Mon premier accouchement. Si... [Elle a du attendre huit heures]. Mais je n'en pouvais plus parce que voir les autres, toutes les infirmières (...), toutes les autres femmes criaient... D'autres qui criaient, d'autres qui (...), d'autres qui voulaient sauter du lit. Tu voyais de tout. Et le bébé des autres (...), ça te désespère plus (...). Et tout ça le plus [rapidement] possible (...) et plus par là, et plus par ici... Et avec la peur qu'on a, tu désespères (...) mais j'allais le faire. Punaise ! Et voilà le moment (...) »* (mère de 22 ans, 1 fils, mariée, célibataire selon le dossier médical).

Diverses patientes se sont plaintes du froid, surtout la nuit. L'hôpital d'El Alto était effectivement froid. Les portes étaient maintenues ouvertes, les fenêtres étaient souvent cassées, ce qui créait d'importants courants d'air. Les patientes dormaient alors avec des bonnets, des gants et leurs traditionnelles jambières. En néonatalogie, les mères dormaient à même le sol, dans le couloir, et l'hôpital n'octroyait aucune couverture pour les réchauffer pendant la nuit. Les patientes critiquaient également les repas, pas assez copieux selon elles, et de très mauvaise qualité. On entendait souvent les patientes se plaindre : *« les cuisinières ne savent pas cuisiner »*, ou *« qui cuisine ? »*. Les femmes boliviennes sont réputées être de très bonnes cuisinières. Le plat principal de La Paz est généralement une assiette très copieuse composée de riz, de pommes de terres, de bananes et œufs, et surtout de viande de bœuf, le tout généralement frit dans une importante quantité d'huile. D'autre part, les journées pacéniennes et alténiennes, en dehors des repas, sont quotidiennement rythmées, avant le déjeuner, par des encas : des *salteñas* (baignets de viande et/ou poulet accompagnés d'œufs et de pommes de terres condimentées) ou des *empanadas* de viande, poulet ou fromage (baignets à base de pâte sablée). Or, dans les hôpitaux, les repas offerts, étaient généralement composés de nourriture appelée « blanche », soit du poulet et du riz cuit à la vapeur, en petite quantité, avec comme seule collation éventuelle des galettes d'eau. Cette alimentation était médicalement recommandée pour restructurer l'organisme et éviter une nourriture trop grasse. Ainsi, de nombreuses femmes hospitalisées rencontrées souhaitaient absolument quitter l'hôpital pour pouvoir s'alimenter à leur guise, suggérant qu'elles savaient très bien ce qui était bon pour elle ou non.

L'organisation des services gynécologiques et obstétriques

Nous avons également observé que la qualité de l'attention était aussi influencée par l'organisation des services médicaux, qui nous est apparu peu éthique. Une infirmière d'un des hôpitaux de l'étude nous expliqua que les patientes étaient théoriquement réparties dans les chambres selon les cas cliniques : dans la chambre de gynécologie, étaient les patientes qui subirent une césarienne ou une intervention gynécologique ; dans la chambre à risques, étaient celles qui avaient une grossesse difficile ou autres problèmes sérieux, et dans les autres chambres, celles qui avaient accouché normalement. Nous avons pourtant observé que des patientes qui avaient accouché étaient dans la même chambre que d'autres qui étaient toujours enceintes, et surtout des patientes qui avaient avorté ou perdu le nouveau né qui étaient dans les mêmes espaces que celles qui avaient accouché naturellement, sans problème et qui étaient avec leur bébé. De même, les soins pour complications d'avortement se pratiquaient dans la salle d'accouchement, et la patiente pouvait subir un curetage ou une Aspiration Manuelle Extra-utérine (AMEU) à côté d'une femme qui allait donner naissance.

Dans cet hôpital, la responsabilité du service était chaque jour de la semaine assumée par un gynécologue obstétricien différent. Or cette organisation s'est révélée peu appropriée, voire négative. Cela pouvait engendrer la méfiance, le malaise des patientes, qui devaient dévoiler leur intimité à des médecins différents chaque jour. De plus, on observa des conflits de diagnostics et de traitements entre les docteurs qui recommandaient parfois des soins et des médicaments différents. D'autre part, cette organisation ne leur permettait pas de connaître leurs patientes. A plusieurs reprises, les différents obstétriciens demandèrent à leurs élèves, durant la visite générale, si le bébé de la patiente auscultée était bien et où il était. Et, quotidiennement, les étudiants, confus, devaient expliquer au docteur responsable, devant la même patiente, que le bébé était mort. Cette situation répétitive s'est avérée peu délicate.

Le traitement humain

Enfin, de nombreuses femmes se sont plaintes des relations humaines, du personnel médical, des infirmières en particulier décrites comme non chaleureuses et parfois « *méchantes* ». La profession de médecin en Bolivie, comme partout, est très prestigieuse et une distance significative sépare la patiente du docteur. Ce dernier impressionne, domine la relation, et crée une certaine incommodité. L'investigation a montré effectivement une marque importante de respect et de reconnaissance envers les médecins. La relation docteur-patient est essentiellement marquée par une attitude autoritaire, paternaliste et verticale du docteur. « *Il est difficile de dépasser les attitudes paternalistes, verticales et autoritaires du médecin dont la formation académique actuelle le conduit plus facilement à l'élitisme plutôt qu'à la réalisation de travaux partagés* » (Organismo Andino de la Salud). Les manzaneras de salud de San Luis Taza expliquaient qu'elles ne se rendaient pas toujours aux centres de santé à cause de cette relation asymétrique : « *il a beaucoup étudié et pas nous...* ». L'une d'entre elles nous expliqua « *ils ont étudié parce qu'ils ont eu de la chance, parce qu'ils avaient les moyens. Moi je n'ai pas étudié car ma mère avait déjà 7 enfants... Ce n'est pas une raison pour nous rabaisser comme ça !...* ». Généralement les relations interpersonnelles s'établissent dans un contexte de discrimination sociale, culturelle et de genre. « *Plus d'une fois dans les services visités, les médecins déclarèrent que les femmes ne venaient pas au service parce qu'elle sont 'comme ça', elles sont 'ignorantes', sans se demander s'il y avait quelque chose qui les dérangeait dans les services* » (Ministerio de Desarrollo Humano et al, 1996 : 45).

Ces études montrent qu'il y a une certaine inégalité de traitement voire une discrimination de certaines patientes dans les services de santé. Les raisons exposées par les femmes pour l'inégalité de traitement sont liées à l'usage de la « pollera » (jupe bouffante que portent certaines femmes d'origine indigène, appelées « cholitas ») et le manque d'argent (Velasco, 1997). Selon les manzaneras de salud de San Luis Taza, l'attention dans les centres de santé était mauvaise car marquée par la discrimination. Les infirmières ne s'occupaient pas d'elles, leur parlaient mal parce que « *nous sommes des femmes de polleras* ». Il n'y avait, selon elle, pas de respect, tout du moins, elles n'avaient pas l'impression d'être respectées. Les infirmières et les docteurs les traitaient mal et ce partout (elles énuméraient quelques centres de santé). D'autres études signalent que le mauvais traitement provenait des prestataires en particulier envers les femmes qui arrivaient pour avortement incomplet (Ministerio de Desarrollo Humano et al., 1996).

Les femmes hospitalisées que nous avons rencontrées jugeaient certains médecins et essentiellement certaines infirmières comme « méchants », et déclaraient par exemple « *Certains [du personnel] saluent à peine, alors bon...* ». Une femme voulait partir et changer d'hôpital. Elle nous raconta qu'elle avait reçu une mauvaise attention la nuit précédente, que la doctoresse lui criait « *résiste, résiste* », alors qu'elle souffrait beaucoup. Elle se renseigna sur les modalités à suivre pour se rendre dans un autre hôpital, à La Paz, et demanda si là-bas il y avait également autant d'étudiants.

En général, les infirmières étaient décrites comme des personnes ayant la formation technique mais ne développant aucune relation affective, chaleureuse. Ainsi, des patientes dénonçaient le manque d'affection, « *qui est tout autant nécessaire* » ; « (certaines infirmières sont) *bien méchantes (...) et pourtant on a besoin d'affection... des deux côtés* ». Lors de l'enquête de terrain, nous n'avons pas observé d'attention discriminante ou irrespectueuse de la part du personnel médical ; certains développaient même des relations affectueuses avec les patientes. Dans les services de maternité, les infirmières et les femmes de ménages conversaient avec les patientes, offraient leur aide, soulageaient les mères dont le bébé ne cessait de pleurer, et changeaient les nouveaux-nés. Les auxiliaires sont cependant apparues comme les plus délicates et aimables. En général, les docteurs alimentaient un climat de confiance. Ils tutoyaient les patientes et leur parlaient avec humour. Ils les appelaient avec des noms affectifs tels que « *mon amour* », « *reine* », « *cœur* », « *hijita* » (ma petite fille). Cependant, certaines relations, notamment avec les étudiants, se sont avérées plus froides et beaucoup moins chaleureuses. Nous avons observé un étudiant qui expliquait à une mère comment donner le sein à son bébé de façon peu pédagogue : « *on dirait jamais que je t'ai montré !* ». Il existait comme une certaine tendance à culpabiliser les mères qui n'allaitaient pas correctement leur enfant. D'autres étudiants s'adressaient aux patientes de façon directe et peu délicate. Ils demandaient par exemple aux femmes : « *T'as fait pipi ? T'as pas fait pipi ?!* », avec un ton relativement sec voire désagréable. Un jour, dans la salle d'accouchement, un étudiant complétait l'histoire clinique de la patiente qui venait d'accoucher, allongée sur la table gynécologique. Il lui demandait des informations avec peu d'amabilité. De plus, la patiente, fatiguée et faible, parlait à voix basse ; l'étudiant insista sans aucune empathie.

D'autres anecdotes, y compris de médecins, ont confirmé certains mauvais traitements. Au-delà du traitement humain, par rapport aux soins, les docteurs et surtout les étudiants ne se montrèrent pas d'une réelle délicatesse dans leur pratique. Certaines patientes évoquèrent la douleur qu'elles sentaient lors des auscultations.

Le respect de l'intimité

Si notre enquête n'a révélé aucune discrimination explicite, en revanche elle dévoila un manque certain de respect de l'intimité et de la pudeur des femmes dans les services de consultation gynécologique et obstétrique. Une étude réalisée en 1994, qui figure dans la révision bibliographique du Ministère du Développement Humain sur la qualité d'attention en santé reproductive, rend compte que le fait de se dévêtir est une barrière pour accéder aux services médicaux chez de nombreuses femmes (Ministerio de Desarrollo Humano et Secretaria Nacional de Salud). En effet, les femmes hospitalisées dans services gynécologiques et obstétriques, ou qui consultent, sont soumises à des examens et des auscultations intimes. Nous avons observé que les portes des consultations, des chambres, des salles d'accouchements n'étaient pas systématiquement fermées ; et que les auscultations et les accouchements étaient en permanence rythmés par des aller-retour incessant du personnel, qui, de plus, entraînait sans même frapper.

L'intimité des femmes était également en permanence ébranlée par la présence d'un important nombre de personnels médicaux, d'étudiants surtout, qui assistaient aux consultations internes et externes, aux accouchements sans l'approbation des femmes. Dans les cabinets de consultations extérieures, étaient présents de 3 à 6 internes. Nous avons même compté un jour la présence de 10 étudiants au sein d'un même cabinet. Une jeune femme, en entrant dans la salle de consultation externe, et en voyant tous les étudiants, s'esclaffa « *Oh non !* ». Dans la salle d'attente, nous avons surpris une discussion entre deux futures consultantes. L'une d'entre elles expliquait que « *les femmes devaient régulièrement faire des frottis, des échographies...* ». Elle ajouta cependant que « *les étudiants portent préjudice ; ils sont tous là, en train de te regarder !* ». Dans un autre hôpital, nous

avons observé une femme qui refusait l'examen du frottis. Un des internes lui expliqua alors que si elle refusait par honte, seul le médecin pouvait effectuer le prélèvement vaginal. Dès lors, la patiente accepta. A cet égard, certaines manzanas de salud, lors de nos ateliers, déclaraient qu'elles préféraient être auscultées par une femme car, selon elles, elle respectait plus l'intimité, en recouvrant notamment la patiente d'un drap lors de l'examen. Les participantes de l'atelier de la Fundación La Paz critiquèrent également ce non respect de la pudeur du à la quantité d'étudiants, qui assistaient aux examens intimes. Ce manque d'intimité fut également observé et dénoncé par les femmes rencontrées lors des hospitalisations et pour les accouchements.

Si, dans un des hôpitaux observés, une auxiliaire, chargée d'emmener les patientes dans leur chambre après l'accouchement, se souciait de l'intimité des patientes, en les recouvrant d'un drap, en fermant les portes, en demandant aux visiteurs de sortir de la chambre, dans l'ensemble, le respect de l'intimité restait subalterne et aléatoire dans les services d'hospitalisation gynécologiques et obstétriques.

En effet, lors des visites médicales internes, tous les étudiants et tout le personnel du service, ainsi que, de façon indirecte, toutes les patientes de la chambre, assistaient à l'examen de la patiente. Peu de docteurs responsables demandaient à fermer les portes ou tiraient les rideaux qui permettaient de séparer les lits des patientes pendant l'auscultation. Docteurs, assistance sociale, internes, infirmières, nutritionniste étaient « agglutinés » autour du lit de la femme dénudée. En général, un étudiant expliquait le cas clinique et donnait des caractéristiques parfois personnelles. Dans le service de gynécologie d'un des hôpitaux de La Paz, la visite médicale n'était pas quotidienne mais hebdomadaire. Cependant, 16 personnes en moyenne assistaient à cette visite, une situation impressionnante qui pouvait facilement susciter le malaise. Les femmes hospitalisées n'étaient pas toujours auscultées et consultées, et attendaient pourtant dénudées dans leur lit.

Les accouchements observés étaient également assistés par de nombreux étudiants sans la moindre préservation de la pudeur de la parturiente, et sans son accord. C'est à cet égard, par soucis d'intimité, que la Doctoresse Soriano nous a expliqué qu'elle avait refusé l'accouchement humanisé car les conditions ne s'y prêtaient pas : une grande salle avec des lits les uns à côté des autres, sans rideau pour les séparer ; de plus, selon les pratiques de l'accouchement humanisé, le mari pouvait être présent, or, la doctoresse supposait que les patientes n'aimeraient pas que les maris des autres les voient. Selon un diagnostic officiel, publié en 1996, la « privacité » n'est pas seulement liée à l'espace réservé. Ce concept est plus ample : il signifie chez certaines patientes de ne pas partager leur chambre avec les autres femmes hospitalisées, et pour d'autres, il renvoie à la position pour le travail d'accouchement qui permet de ne pas s'exposer (Ministerio de Desarrollo Humano et al, 1996).

Toutes ces caractéristiques observées interfèrent dans le respect de l'intimité des patientes, et indirectement dans l'exercice de leurs droits reproductifs et sexuels puisque leur est imposé un traitement incommode, voire non désirable.

LA COMMUNICATION INTERPERSONNELLE

Selon une étude de Family Health International implantée en Bolivie, la plupart du personnel médical ne réalise pas les 6 éléments essentiels pour une communication interpersonnelle efficace : assurer la confidentialité de la consultation, demander à l'utilisatrice de répéter ce qu'elle a entendu lors de la consultation, répéter l'information, corriger les messages erronés ou l'information incorrecte, donner l'information sur la santé sexuelle et reproductive, féliciter la patiente d'être venue consulter. La plupart des professionnels de santé utilisent 3 techniques interpersonnelles essentielles : l'utilisation du silence, questions ouvertes et résumé de la communication. Malheureusement, peu utilisent les 3 autres techniques : clarification, réflexion et paraphrase (Family Health International, 2000).

L'information médicale

Durant les visites médicales, les médecins donnaient peu d'information ; ils renseignaient et interrogeaient surtout les étudiants. Ils questionnaient les patientes mais, dans l'ensemble, ils n'attendaient pas et n'écoutaient pas leurs réponses. Les consultations, voire les accouchements, étaient ainsi plus un échange entre les internes et les médecins, étaient plus une classe qu'une réelle attention aux femmes. Ainsi, nous avons observé peu de communication avec ces dernières, qui ignoraient pourquoi elles prenaient un traitement, pourquoi elles n'étaient pas autorisées à sortir, ou pourquoi le nouveau-né était décédé. Une femme hospitalisée qui avait la syphilis ne connaissait pas la maladie et personne ne lui avait expliqué : *« le pire c'est qu'avant, quand je suis tombée enceinte, 'tu es bien' m'ont-ils dit et maintenant 'tu es mal' (...). Je suis mal de mon sang. Et cette maladie, c'est grave ? »* (mère de 31 ans, 1 fils, célibataire). Quand nous avons demandé à une patiente, mère célibataire de trois enfants, si elle avait eu une ligature des trompes (comme cela était inscrit dans son dossier), elle ne répondit pas comme si elle n'avait pas compris la question ou ne connaissait pas la réponse. Une autre mère, qui avait accouché tôt le matin, ignorait toujours en fin de matinée que son fils, né avec une malformation, était décédé peu de temps après l'accouchement.

Très peu d'explications concernaient les médicaments distribués et les soins dispensés. Certaines recevaient un traitement sans même savoir pourquoi, ou ne connaissaient pas les résultats des examens qu'elles avaient effectués. Nous avons observé que quelques femmes regardaient et consultaient leur dossier clinique, qu'elles n'arrivaient cependant pas à déchiffrer. Mais en général, les femmes ne demandaient pas d'informations, ne se renseignaient pas et montraient peu d'intérêt lorsqu'on leur expliquait. Il existait comme une incommodité, une gêne de demander des précisions aux médecins. De la même manière, des études, telle que l'enquête menée auprès de 20 femmes qui avaient avorté, a montré que l'orientation post avortement était inexistante dans la majorité des cas (Aliaga et al., 2000). Lors de notre investigation dans le milieu hospitalier, nous n'avons effectivement pas remarqué d'orientations spécifiques, de prévention de la pratique auprès des patientes hospitalisées pour menace d'avortement ou avortement incomplet.

Dans l'ensemble, ces complications sont aujourd'hui traitées par le personnel médical, souvent formé à cet égard. Dans les hôpitaux observés, les femmes souffrant d'hémorragies sont reçues sans questionnement, et sont soignées. Mais, malgré l'important nombre de femmes hospitalisées à cet égard, il n'existait aucune prévention officielle sur l'avortement. Nos observations révèlent en effet que personne n'a abordé le thème avec les patientes concernées. Et pourtant une forte proportion des patientes avait avorté au moins une fois, jusqu'à parfois trois fois, dans leur vie, et presque 2/3 des patientes du service gynécologique étaient à ce moment hospitalisées pour avortement incomplet ou menace d'avortement. Mais aucune mesure de future prévention ne fut développée.

Sur tous les murs des hôpitaux observés, étaient exposées des affiches informatives, relatives à la santé reproductive et sexuelle, au SUMI, à la grossesse, aux méthodes contraceptives proposées en Bolivie. Cependant, la communication et l'information ne sont pas toujours apparues comme diffusées ou prioritaires. Une des participantes de l'atelier mené au sein des Manzaneras de Salud, justifiait la mauvaise attention par le manque d'information reçue lors des consultations, synonymes de simples auscultations. Lorsque commençaient les visites familiales, nous avons observé que les blouses blanches disparaissaient, peut-être pour préserver une certaine intimité entre la famille et les patientes. Cependant, aucun docteur ou interne n'était là pour informer ces mêmes familles qui voulaient des précisions, ou des informations sur leur conjointe, leur fille, leur belle sœur, etc. L'attention médicale s'est donc avérée être essentiellement médicale, en dépit des relations humaines. Lors d'une visite générale, un docteur expliqua aux étudiants qu'ils ne devaient pas avoir de compassion pour les patientes : *« il ne faut pas pleurer avec la patiente »*, une barrière, une protection nécessaire pour la profession, mais qui est apparue ici comme excessive.

L'orientation en contraception

D'autre part, comme nous l'avons vu, les femmes consultées étaient demandeuses en matière de contraception. Quelques patientes rencontrées ont reçu des informations relatives à la planification familiale.

« Maintenant... avec... ce à quoi je pensais est... faire attention avec les injections (...). Non ?... Et au final, ce que m'a expliqué la doctoresse est qu'on ne peut pas utiliser cela parce qu'avec le bébé... » (mère de 34 ans, 3 fils, en union libre).

« Je crois que je vais faire de la planification familiale. Comme me disait hier la doctoresse, elle nous explique, n'est ce pas ?... » (mère de 23 ans, 1 fille, en union libre, célibataire selon le dossier médical).

L'orientation est une responsabilité des docteurs, des étudiants et de l'assistante sociale. Durant notre investigation, des orientations en matière de planification familiale ont été observées. Un docteur conseilla à une mère de 5 enfants d'attendre avant d'être de nouveau enceinte : « *Cela ne te convient pas d'être de nouveau enceinte... Cela complique ta santé* » et lui évoqua la planification familiale. A une autre femme hospitalisée de 23 ans, le docteur demanda « *alors cet accouchement ? Prête à revenir l'an prochain ? Non !... Que va-t-on faire. La couper au mari ? La coudre?... Non, n'est ce pas ? ! Quand le bébé aura deux mois, vous devez aller à la consultation en planification familiale : il y a de nombreuses méthodes et vous devez choisir...* ». Il existait une certaine tendance à expliquer aux femmes de ne pas avoir « *beaucoup* » d'enfants parce que cela compliquait leur santé. D'autres le justifiaient en promouvant une éducation qualitative, offrant aux enfants l'opportunité d'étudier et de devenir avocat ou docteur par exemple. Un médecin orienta une femme de 26 ans qui était mère de 3 enfants. Cela s'avérait pour le médecin et les étudiants « *beaucoup* » étant donné son âge, en soulignant qu'elle pouvait avoir des enfants durant encore 13 ans minimum : « *C'est bien ! Tu vas peupler la Bolivie !* » lui dit le docteur. Nous avons remarqué une tendance à juger, voire culpabiliser les mères ayant « *trop d'enfants* ».

Lors de l'étude, l'orientation s'est avérée cependant rare voire inexistante. Etaient surtout orientées ces femmes estimées avoir « *trop d'enfants* ». La contraception fut alors toujours présenter comme un moyen de régulation ou de limitation de la fécondité et jamais comme une manière de jouir de relations sexuelles sans risques de grossesses ou d'ITS. L'orientation s'est également avérée peu détaillée et complète. Les médecins n'exposaient pas les différentes méthodes existantes en Bolivie. Ils se dédiaient principalement à la promotion du stérilet et de la stérilisation chirurgicale féminine. Ils ne respectaient donc pas le « *libre choix informé* » (c'est-à-dire l'offre d'une information complète et détaillée sur tous les contraceptifs pour permettre à la femme de décider de la méthode la plus appropriée selon elle) nécessaire à l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles. Après les stérilisations forcées, la Bolivie a introduit la notion de consentement informé, soit le respect et la diffusion du libre choix informé relatif aux méthodes contraceptives. Cependant, son application semble difficile en Bolivie. Comme le souligne Ineke Dibbits, dans *Lo que puede el sentimiento*, quand l'information est incomplète ou manipulée, quand l'offre d'une partie des contraceptifs existants est minime, on ne peut parler de respect des droits reproductifs et sexuels (Dibbits, 1994).

« *De façon générale, on n'observa pas l'existence d'un concept d'orientation centré sur les nécessités des femmes, qui apporte les éléments nécessaires pour mieux connaître leur corps et leurs droits reproductifs et sexuels, de façon à ce qu'elles puissent prendre des décisions informées sur leur santé* » (Ministerio de Desarrollo Humano et al., 1996: 47). L'étude de Susanna Rance montre que de nombreux médecins ne sont pas disposés à utiliser de leur temps pour expliquer aux femmes les différentes options contraceptives : la femme, soit elle se fait poser un stérilet, soit elle sort de l'hôpital sans aucune méthode (Rance, 1993, in Ministerio de Desarrollo Humano et al.). Comme l'explique Carmen Yon Leau, l'orientation doit considérer les femmes comme des sujets actifs, avec droits et capacités d'analyser les différentes options et de choisir en accord avec ce qu'elles considèrent comme plus adéquat pour leur réalité (Yon L., 2000). Lors de notre enquête, les docteurs ne semblaient pas respecter le droit des femmes à choisir à travers des explications et des présentations détaillées des différentes méthodes. Nos observations, qui rejoignent ici les conclusions des études évoquées, ont montré qu'à l'hôpital, il y avait une tendance à recommander quasi exclusivement l'utilisation du stérilet. Cette orientation restrictive conduit à nier le droit des femmes à recevoir des informations et à décider de façon autonome sur la régulation de sa propre fécondité. D'autre part, une orientation adéquate en matière de contraception est souvent revendiquée pour éviter un futur avortement.

Les médecins rencontrés et observés expliquaient aux patientes qu'elles seules devaient décider de l'éventuelle utilisation de méthodes contraceptives. Certains ajoutaient que ce n'était sûrement pas le

mari ou le compagnon qui allaient s'inquiéter d'une autre grossesse, et surtout que ces derniers ne les avaient pas achetées et qu'elles étaient libres. Cependant, le discours était contraire aux opportunités offertes aux femmes. En effet, dans les hôpitaux étudiés, les principales méthodes recommandées, telles que la ligature des trompes, requéraient une autorisation conjugale, c'est-à-dire l'approbation du mari ou du compagnon, même si le couple est officieusement séparé. Depuis les conférences du Caire et de Beijing, cette autorisation n'est plus officiellement requise dans les textes et normes du gouvernement. Cependant, la pratique est restée commune dans de nombreux centres de santé, sous forme directe ou indirecte. Cette requête fut justifiée par les médecins rencontrés comme un processus qui évitait les plaintes ou les procès qui eurent lieu dans le passé. Cette norme alimente en revanche la domination masculine et contrarie l'autonomie des décisions reproductives et sexuelles des femmes, en ne la considérant pas comme maîtresse de ses propres décisions et de son propre corps. Selon la Recommandation Générale n°24, « (...) les États parties ne devraient pas empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé ou aux établissements de soins au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes. (...) » (Recommandation Générale n°24, 1999, paragraphe 14).

D'autre part, la demande d'autorisation du conjoint ou compagnon pour une ligature des trompes peut limiter le choix d'une telle méthode par le rejet ou l'absence de l'homme. Nous avons notamment rencontré des femmes qui étaient motivées pour une telle intervention, qui ne voulaient plus d'enfants, et qui pourtant ont dû abandonner cette initiative à cause du refus du mari, de leur séparation, ou de la peur de le rencontrer de nouveau (les victimes de violence domestique par exemple). Certaines femmes nous racontèrent qu'elles furent ainsi de nouveau enceintes, sans le désirer.

LA DESHUMANISATION DU TRAITEMENT

Nous avons ainsi remarqué une certaine déshumanisation de l'attention médicale, où les femmes sont apparues comme des objets d'auscultation. L'infrastructure limitée et l'organisation inappropriée, les relations impersonnelles et essentiellement médicales, la non-rencontre entre les patientes et les docteurs, le manque d'échange communicationnel, informatif, et d'orientation, le non-respect de l'intimité et de la pudeur révèlent une attention médicale médicalisée, corollaire d'une certaine déshumanisation du traitement. En effet, l'attention médicale s'avère plus technique qu'humaine.

Contrairement à la médecine traditionnelle, l'attention médicale dans les centres de santé est axée sur le biologique et la science, ce qui élargit la différence entre l'attention des guérisseurs traditionnels et celle au sein du service de santé. « *La majorité des systèmes de santé modernes traitent une femme enceinte comme si elle était malade, traitent l'accouchement comme si c'était un événement médical, et durant le post-partum, ils oublient la femme, parce qu'une fois qu'elle eut le bébé, elle cesse d'être importante. L'accoucheuse, avec son savoir de longtemps, est présente pour aider la femme à avoir une bonne expérience de sa grossesse. Pendant l'accouchement, elle aide la femme à mettre au monde son bébé. Pendant le post-partum, elle aide la femme à récupérer ses forces, lui enseigne comment allaiter, et la visite fréquemment pour voir comment elle et le bébé se portent* » (Nuestro cuerpos, nuestras vidas, 2000).

Selon Rolando Aguirre Calderon, dans « Epilogo. Un nuevo Camino para alcanzar calidad en la atención » (Aguirre C, in Dibbits et Boer, 2002), la médecine est aussi un art. Mais le problème est que le travailleur de santé prétend être scientifique avant d'être artiste et préfère se situer sur un piédestal. Pour cela, il n'écoute pas, ne converse pas, ne discute pas et opte pour interroger, donner des indications et ne pas expliquer. Dans cet espace, la qualité a perdu son sens. La médecine continue donc de concevoir le corps comme prédominant, comme une machine et le médecin comme un mécanicien. Par rapport à l'accouchement, le médecin serait le superviseur, le technicien ; l'utérus, une machine au sein d'une grande machine, la femme ; celle-ci serait la travailleuse (« travail d'accouchement ») et le bébé, « le produit ».

« *C'est nécessaire d'améliorer les relations interpersonnelles et, en général, la qualité d'attention, en renforçant le respect et le dialogue interculturel et de genre* » (Ministerio de Desarrollo Humano et

al, 1996: 49). Car la qualité des soins médicaux entendue comme qualité humaine, qualité technique et qualité de gestion institutionnelle, et définie par les relations interpersonnelles, l'intimité, l'information, l'orientation, et le libre choix conditionne et détermine l'exercice des droits en matière de santé, des droits reproductifs et sexuels des femmes en particulier. Dans l'ensemble, les soins de santé répondaient et répondent toujours à un modèle médical hégémonique, où l'acteur principal est le prestataire médical, sans même prendre en compte la femme comme un sujet de droits qui évolue dans des espaces sociaux et culturels spécifiques.

Le milieu médical est extrêmement critiqué, y compris par le Ministère de la Santé lui-même, et appréhendé comme une importante barrière pour l'application d'une santé reproductive et sexuelle de qualité et d'un exercice effectif des droits reproductifs et sexuels. Il existe un conflit latent entre les pratiques hospitalières et les normes ministérielles, qui préconisent entre autre le respect des cultures, de genre, de l'accouchement humanisé. Les différentes perceptions et pratiques culturelles de la population semblent méconnues, non respectées, voire marginalisées par le personnel de santé. Ainsi, un sentiment de malaise et de discrimination alimente une certaine passivité des femmes quant à leur santé reproductive et sexuelle. Comme le disait Hugo José Suárez, sociologue bolivien, lors de notre entretien en septembre 2003, il s'agit pourtant ici de répondre aux nécessités tant biologiques que culturelles. Le système de santé est donc appréhendé comme étant uniquement une infrastructure, occultant ainsi l'importance de la qualité de l'attention et des relations humaines. Le manque d'intimité et une attention essentiellement médicalisée engendrent également une réticence à l'accès aux services médicaux, et à la contraception. La médecine bolivienne est restée idéologiquement conservatrice et autoritaire. Est souvent dénoncée à ce propos la distance sociale et culturelle entre le médecin et la patiente. La consultation reste sous l'entier contrôle, sous la domination du docteur, au détriment du respect des droits des femmes hospitalisées ou consultantes.

CONCLUSION

PEUT-ON PARLER DE DROITS REPRODUCTIFS ET SEXUELS CHEZ LES FEMMES RENCONTREES ?

Grâce à la mobilisation des femmes, à la pression internationale, aux enquêtes officielles qui dénoncent une réalité sociale « inquiétante » vis-à-vis de la santé reproductive et sexuelle des femmes, la Bolivie a fait preuve d'importantes avancées normatives en matière de droits reproductifs et sexuels. La ratification de la CEDAW et plus tard du Programme d'Action du Caire, ainsi que les actions et les mesures des successifs gouvernements et les activités de la société civile organisée, montrent cette nouvelle conscience de la liberté reproductive et sexuelle. De nombreux efforts sociaux et politiques sont développés dans le pays, pour améliorer l'état de la santé reproductive et sexuelle des femmes, et favoriser les droits afférents. Mais l'application des droits des femmes en général, des droits reproductifs et sexuels en particulier, est conditionnée par divers enjeux et facteurs politiques, économiques, sociaux et culturels, qui influent sur l'adoption de politiques gouvernementales, sur l'action des ONG, et enfin sur la réappropriation de ces droits par les femmes.

La politique retombe aujourd'hui dans une période de stagnation et d'hésitation. Les progrès ne furent pas accompagnés par les diverses conditions nécessaires à leur application. Les droits reproductifs et sexuels furent et sont reconnus mais les engagements de la CEDAW, du Caire et de Beijing sont restés sur un plan théorique. Il existe donc de grandes brèches entre l'existence de politiques, leur réalisation et les demandes et nécessités de la population. La Bolivie observe une certaine amélioration des indicateurs sociodémographiques, de la santé reproductive et sexuelle dans l'ensemble, mais la réalisation des droits reproductifs et sexuels reste vaine et difficile. Un rapport d'évaluation de Beijing par le Vice Ministère de la Femme établit que « *les avancées en matière de santé reproductive et sexuelle démontrées dans les résultats du diagnostic sur la santé des femmes signalent que le pays n'a pas atteint ces mesures, indicateurs en accord avec la définition des droits reproductifs et sexuels comme partie des droits humains* » (Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación et al, 2000 : 78).

La pénalisation de l'avortement, la condamnation de la sexualité des femmes, l'hymne à la maternité, la dépréciation des cultures et des traditions vont à l'encontre de la définition des droits reproductifs et sexuels, et surtout de leur reconnaissance et application. La situation actuelle de ces droits en Bolivie est caractérisée par le manque de ressources du pays, par la pression des préceptes moraux, qui aborde le thème de la santé féminine selon une approche maternelle, par des variables socioéconomiques et des normes socioculturelles qui limitent le pouvoir et l'autonomie de décision des femmes, par des conceptions culturelles, qui notamment conditionnent l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, et enfin par une attention médicale essentiellement médicalisée, sans orientation adéquate sur les choix reproductifs et sexuels des femmes.

La diffusion et la démocratisation de la contraception sont des éléments importants pour prévenir les grossesses non planifiées et non désirées, et le recours à l'avortement clandestin qui entretient un taux de mortalité maternelle élevée. Les féministes boliviennes revendiquent « *une contraception pour ne pas avorter, un avortement légal pour ne pas mourir* ». Le manque de ressources des femmes pour élever l'enfant dans des conditions favorables, la stigmatisation et la dévalorisation de la mère seule sont des causes d'avortement. Mais la pratique est également liée à l'insuffisance et l'inefficacité des politiques, à la méconnaissance du système reproductif et des moyens de contraception, à une attention médicale peu accessible géographiquement, économiquement et culturellement, au manque d'orientation médicale en matière de planification familiale. Dans ce contexte, la maternité reste déterminée par la norme politique, sociale et culturelle ; l'autonomie reproductive et sexuelle rencontre les obstacles politiques, sociaux et médicaux évoqués précédemment.

Nous avons effectivement observé que les femmes ne sont pas considérées, et ne se considèrent pas comme des sujets éthiques, moraux, de droit en matière de reproduction, et encore moins en matière de sexualité, et sont apparues comme des personnes sans autonomie des décisions reproductives et sexuelles. La maternité volontaire présuppose de concevoir la femme comme principal sujet et acteur par rapport à la reproduction et la sexualité. Or le droit d'avoir ou non des enfants, d'un choix reproductif et sexuel libre implique la critique de la société patriarcale, qui ne reconnaît pas la femme comme sujet de son propre corps, de sa propre vie et de ses décisions. La pénalisation de l'avortement nie par exemple ce droit des femmes à décider de leur sexualité et de leur reproduction, et induit des grossesses obligées et des maternités forcées.

Au delà de la volonté politique des gouvernements, les droits reproductifs et sexuels des femmes sont directement liés à leur condition de vie, leur situation socio-économique et culturelle. Les nécessités sociales et économiques vulnérabilisent l'exercice de ces droits, ainsi que le manque d'*empowerment* et d'auto estime des femmes. Comme cela fut théoriquement présenté, l'autonomie et l'autodétermination sont des revendications primordiales mais leur concrétisation dépendra de l'appropriation qu'en fait chaque femme, selon ses propres désirs de croissance et de développement personnel.

Les femmes rencontrées n'avaient pas la connaissance ni les opportunités suffisantes et nécessaires pour exercer leurs droits reproductifs et sexuels. « *En termes d'impact, nous croyons que les services sont nécessaires, mais non suffisants pour 'empoderar' les femmes ou suffisants pour créer des relations équitatives entre les sexes* » (Patsy Bailey, in Family Health International, 1998). Il n'est pas seulement nécessaire que l'Etat et le milieu médical octroient des services accessibles, opportuns et appropriés. Les femmes boliviennes doivent également prendre conscience de leur santé reproductive et sexuelle, accéder aux connaissances de leur corps, et acquérir la conscience de leurs droits en matière de santé, de reproduction et de sexualité. Elles doivent avant tout renégocier les dominations dont elles sont sujettes. Car en effet, d'après nos documentations, nos observations et nos discussions avec les acteurs du gouvernement, de la société civile organisée, avec les femmes hospitalisées et participant aux ateliers organisés, les barrières que rencontrent les femmes boliviennes, de La Paz et El Alto notamment, peuvent se définir en termes de domination sexuelle, certes, mais également médicale, sociale et politique.

La législation avancée repose donc sur une égalité préalable qui n'existe pas en Bolivie. Elle est par conséquent en contraste permanent avec la méconnaissance et la négation de ces droits. Chez de nombreux acteurs sociaux et politiques rencontrés et consultés lors de notre enquête, il apparaissait comme primordial de démocratiser l'éducation sexuelle et d'orienter les femmes vers toutes les options pour qu'elles puissent décider elles-mêmes, ou en couple. Mais il semble nécessaire désormais de passer des efforts destinés à éduquer sur la planification familiale, au moment de former les femmes pour défendre leurs droits reproductifs et sexuels.

Depuis la fin de notre recherche, il s'est produit certains changements. La politique bolivienne semble offrir, depuis 2006, un nouveau contexte pour les femmes et l'exercice de leurs droits. Une Assemblée Constituante fut convoquée en août pour la rédaction d'une nouvelle Constitution. Au sein du débat constitutionnel, sont inclus des thèmes directement liés aux droits reproductifs et sexuels, tels que le droit à l'avortement, le mariage homosexuel et la laïcité.

D'autre part, en janvier 2006, Evo Morales Ayma, cocalero d'origine indigène, est devenu Président de la République, suite à son élection en décembre 2005 au suffrage universel direct. Quatre Ministères sont dès lors assumés par des femmes, dont le Ministère de la Santé. Evo Morales revendique au sein de son gouvernement et de l'Assemblée Constituante l'interculturalité et l'équité de genre. Mais parallèlement, on décrit souvent son élection comme la victoire du « poncho » (symbole de l'indien) et de la « corbata » (symbole du machiste). Sa politique en matière de genre n'est pas sans engendrer des polémiques. En effet, dès son élection, Evo Morales voulait supprimer le Vice Ministère de la Femme, tout comme le Ministère des Affaires Indigènes et des Peuples. Il jugeait ces instances

comme non nécessaires puisque son cabinet au complet représentera les intérêts des autochtones et des femmes. Il déclara qu'avoir un ministère indigène ou un ministère de la femme est une forme de discrimination, et qu'il n'existe pas par exemple de ministère des blancs.

Au niveau de la santé reproductive et sexuelle, d'importantes lois et mesures ont été prises et sont en prévision. Depuis le 1^{er} avril 2006, le SUMI a été élargi à toute la population féminine, et couvre les prestations de prévention de cancers féminins et d'ITS. De même, cette loi étend les services de planification familiale à toutes les femmes et adolescentes, indépendamment de leur statut ou situation reproductive. Depuis le 1^{er} janvier 2007, le gouvernement tend à mettre en place un système de sécurité sociale universel pour tout homme et toute femme jusqu'à leurs 21 ans. Enfin, le projet de Loi sur les Droits Reproductifs et Sexuels, à plusieurs reprises révoqué par le Congrès National, est actuellement, comme nous l'avons précédemment signalé, en étape de révision au Parlement.

Rappelons qu'une des raisons observées de la non appropriation par les femmes des droits reproductifs et sexuels était l'approche politique restrictive de la femme, influencée par les préceptes religieux de l'Eglise Catholique, entre autres, et coopératifs des Etats-Unis. Le meilleur exemple en est le SUMI qui ne considérait plus les femmes comme le sujet intégral d'une politique de santé dans ses différentes étapes de vie, mais comme cantonnées à leur rôle reproductif. Rappelons également qu'une des barrières/dominations identifiées à l'exercice de tels droits était la non considération des représentations et pratiques culturelles (jugées « rétrogrades » et « nocives »), et la marginalisation de la médecine traditionnelle.

Le nouveau gouvernement revendique, au nom de l'indianité et de la parité, une approche interculturelle et de genre dans toutes les actions et mesures politiques et sociales du pays, et préconise l'autonomie politique, en amenuisant les dépendances financières et idéologiques des Etats-Unis et de l'Eglise Catholique. Les mesures adoptées seront-elles à la hauteur des demandes, attentes et nécessités de la population féminine ? Seront-elles appliquées et favoriseront-elles l'exercice par les femmes de leurs droits, de leurs droits reproductifs et sexuels en particulier ? Ces engagements deviendront-ils concrets, ou resteront-ils dans le discours et la norme, alimentant ainsi l'éternel décalage entre l'adoption de politiques et la réalité sociale ? Seront-ils réappropriés par les femmes, qui, nous supposons, ont acquis une plus ample conscience et confiance de leurs revendications culturelles ? L'élection d'Evo Morales conduit-il à un *empowerment* des femmes, en général, reproductif et sexuel en particulier ? Le contexte semble favorable, mais reste incertain.

BIBLIOGRAPHIE

ARTICLES ET OUVRAGES

- ALIAGA B. Sandra, 2000, *Estudio sobre la evolución de la salud sexual y reproductiva en Bolivia*, Johns Hopkins University/Center for Communication Programs, 145 p.
- ALIAGA B. Sandra, QUITON PRADO Mery, GISBERT Maria Elena, 2000, *Veinte Historias, un mismo tema: Aborto*, Population Council, 107 p.
- ARNOLD Denise, DE DIOS YAPITA Juan, « Los caminos de género en Qaqachaka : saberes femeninos y discursos textuales alternativos en los Andes », dans RIVERA C. Silvia (comp.), 1996, *Ser mujer indígena, chola o birlocha en la Bolivia postcolonial de los años 90*, Plural Editores.
- ARNOLD Denise, DE DIOS YAPITA Juan y otros, 2001, *Las wawas del Inka: hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*, Serie Informes de Investigación, II n°2, ILCA, La Paz.
- ARNOLD Denise, LAWLESS Jo Murphy, DE DIOS YAPITA Juan y otros, 2002, *Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el Altiplano Boliviano*, Serie Informes de Investigación, II n°1, ILCA, La Paz.
- ASSEMBLEE NATIONALE, COMMISSION DES AFFAIRES ETRANGERES, 1998, *Enquête sur la situation des femmes dans le monde : rapport d'information*, 467 p.
- BADINTER Elisabeth, 1992, *XY – De l'identité masculine*, Ed. Odile Jacob, 314 p.
- BENSADON Ney, 1999, *Les droits de la femme, des origines à nos jours*, PUF, 127 p.
- BESSIS Sophie, 16-21 juillet 2001, « Genre et Développement : théories et mises en œuvres des concepts dans le développement. L'approche genre et les organisations internationales, du discours à l'action », présentation au Colloque international 'Genre, population et développement en Afrique', UEPA, UAPS, INED, ENSEA, IFORD, Abidjan.
- BINSTOCK Hanna, 1998, *Hacia la igualdad de la mujer. Avances legales desde la aprobación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Serie Mujer y Desarrollo, Naciones Unidas, CEPALC, 50 p.
- BISILLIAT Jeanne, 1997, *Face aux changements, les femmes du Sud*, l'Harmattan, 367 p.
- BISILLIAT Jeanne, FIELOUX Michèle, 1992, *Femmes du tiers-monde. Travail et quotidien*, l'Harmattan, 122 p.
- BRULLET T. Cristina, CARRASQUER O. Pilas (compiladoras), 1996, *Sociología de las relaciones de género. Congreso de Sociología, Granada 1995*, Instituto de la Mujer.
- CARRERA DE SOCIOLOGIA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, POPULATION CONCERN, IDIS-UMSA, 2003, *Sumario Ejecutivo – El difícil camino de (construir) una sexualidad libre de la reproducción – Sexualidad en mujeres y varones universitarios – Universidad Mayor San Andrés, Bolivia*.
- CASTRO M. Maria Dolores, SALINAS M. Silvia, 2004, *Avances y retrocesos en un escenario cambiante: Reforma en Salud, Mortalidad Materna y Aborto en Bolivia*, CIDEM, 148 p.
- CASTRO M. María D., LAYZA A. Máriel, 2002, *Evaluación del impacto de intervenciones educativas comunitarias en los servicios de salud Sexual y reproductiva incluyendo anticoncepción en áreas peri urbanas de La Paz, Bolivia*, CIDEM, 88 p.
- CATOLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR BOLIVIA, 2002, *Memoria. Seminario de Presentación a la Comunidad Jurídica del Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Artículo 266 (Aborto Impune) del Código Penal Boliviano*.

- CENTRO DE DESARROLLO COMUNITARIO CAUSANANCHISPAJ, POPULATION CONCERN, 2003, *La maternidad en mujeres indígenas quechuas. Caso de Diez Ayllus de los Municipios de Caiza « D » y Cotagarta del Departamento de Potosí – Bolivia.*
- CEPAL, 1999, *Indicadores de género: Para el seguimiento y la evaluación del programa de acción regional para las mujeres de América Latina y Caribes 1995-2001 y la Plataforma de Acción de Beijing*, NU/CEPAL.
- CHOQUE María E., RUTH S. Sidney, RANCE Susanna, 1994, *Razones para la fertilidad no deseada e impedimentos para el uso de servicios de Planificación Familiar entre mujeres aymaras del área urbana de Bolivia*, Documento de Trabajo n°5 JSI, 35 p.
- CIDEM, 2003, *Memoria, Foro Internacional « Las mujeres en el siglo XXI »*, La Paz.
- CIES, 1997, *Memoria institucional 1987-1997.*
- CLADEM,
- 2002, *Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos – III Seminario Regional*, 302 p.
 - *Informe Nacional de Bolivia. Sobre Aborto.*
 - 2003, *Diagnóstico Nacional Bolivia. Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Campaña por la Convención de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos*, Bolivia, 80 p.
- Código de Salud (Decreto Ley 15629 de 18 de Julio de 1978); Código de Ética Médica (Ley n°728 de 4 de Agosto de 1993), 2002, UPS-Editorial, 61 p.
- Código Penal (Ley n°1768 de 18 de marzo de 1997), 2002, UPS-Editorial, 112 p.
- Constitución Política del Estado, Reforma y aprobada por Ley n°1615 de 6 de febrero de 1995, 2002, UPS-Editorial.
- Convention sur l'Élimination de toutes les formes de Discrimination à l'Égard des Femmes, 1979 ;
- COOK Rebeca J., 1997, *Derechos humanos de la mujer. Perspectivas nacionales e internacionales*, Profamilia.
- Coordinadora de la Mujer, 2003, *Documento de Trabajo – Estado de situación actual de los Derechos Humanos de las mujeres en Bolivia*, 93 p.
- CORDOVA Julio, *Actitudes y opiniones sobre la tecnología Aspiración Manual Endouterina. Estudio realizado con autoridades y proveedores en salud en servicios públicos de La Paz, Cochabamba y Sucre*, IPAS y MSPS.
- COSIO Z. Maria E., 1992, *Transition démographique et développement social dans les PVD*, NY, ONU.
- DAWN, 1992, *Femmes du sud, Autres voix pour le 21ème siècle*, Côté femmes, 157 p.
- DE BEAUVOIR Simone, 1949, *Le deuxième sexe*, tomes 1 et 2, Editions Gallimard, 400 et 504 p.
- Declaración Inka de los Derechos Reproductivos*, 27 de Mayo de 1994, Centro de Formación en Género y Desarrollo, Unidad de Documentación, Cusco.
- DELPHY Christine, 1991, « Penser le genre : quels problèmes ? », in *Sexe et genre*, Ed. Du CNRS.
- DIBBITS Ineke, 1994, *Lo que puede el sentimiento – La temática de la salud a partir de un trabajo con mujeres de El Alto Sur*, TAHIPAMU, 194 p.
- DIBBITS Ineke, DE BOER Mariska, 2002, *Encuentros con la propia historia – Interculturalidad y Trato Humano desde las perspectivas de un equipo de salud*, TAHIPAMU.
- DIBBITS Ineke, TERRAZAS Magali,
- 1995, *Hablar sobre el aborto no es fácil*, TAHIPAMU.
 - 2003, *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa El Alto*, TAHIPAMU, 235 p.
- DOMINGUEZ Soledad, 1999, *Cuando el valor rompe el silencio. Crónica del primer aborto legal en Bolivia*, Centro Juana Azurduy, Dpto de Investigación.

- DONLAN C. Emma, ORTEGA V. Nery H., MORALES D. Lenny M. (Ed.), 2003, *Iniciativa de Salud Reproductiva en la región andina – ISRRA*, Population Concern, 171 p.
- ENCUESTA NACIONAL DE DEMOGRAFIA Y SALUD,
 - 1989, INE.
 - 1994, INE.
 - 1998, INE.
- ESCOBAR V. Alexia, ORMEL E. Hermen, 1996, *Defendiendo nuestros derechos. Guía de abogacía por los derechos sexuales y reproductivos*, Sub Programa de salud Sexual y Reproductiva (SPSSR), FCI, UNFPA, Bolivia, 76 p.
- FAMILY HEALTH INTERNATIONAL,
 - 21 de Agosto de 1998, *Programa Estudios de la Mujer – Memorias Conferencia Final*, La Paz, 95 p.
 - 2000, *Bolivia Salud Reproductiva. Resúmenes de investigación*.
- FIGUEROA P. Juan G. (coord.), 2002, *Ética, Religión: Apuntes para una discusión*, CDD.
- FNUAP, 2001, *L'état de la population mondiale 2001*.
- FNUAP-BOLIVIA, 2002, *Promoviendo sueños, construyendo realidades*, 2002;
- FOUCAULT Michel, 1976, 1984, *Histoire de la sexualité*, vol. 1, 2, 3, Gallimard, Paris, 224 p., 296 p., 288 p.
- FRIEDMAN A., DE LA QUITANA C. , JOVE G., DN KING T., 1999, *Diagnostico de la Situación Actual de los Servicios de Atención Postaborto (APA) en el Sistema de Salud Publico Boliviano – Informe de los resultados de investigación para el MSPS*, (INOPAL III-IPAS-MSPS), Carrboro, 41 p.
- GOFFMAN Erving, 1979, *Asiles, Etudes sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Collection le sens commun, Editions de minuit, 447 p.
- GOFFMAN Erving, SACKS Harveys, CICOUREL Aaron, POLLNER Melvin, 2000, *Sociologias de la Situación, Colección Genealogía del Poder*, Las Ediciones de la Piqueta.
- GONZALEZ G. Lola, 2000, *De Bartolina Sisa al Comité de Receptoras de alimentos de 'El Alto'. Antropología del género y organizaciones de mujeres en Bolivia*, Ed. De la Universidad de Castilla-La Mancha.
- HERITIER Françoise, 1996, *Masculin / Féminin. La pensée de la différence*, Editions Odile Jacob.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, 2001, *Anuario Estadístico 2001*.
- LAGARDE Marcela, 1990, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*, UNAM, 878 p.
- LANDSBERG-LEWIS Llana (ed.), 1998, *L'égalité chez soi, Comment mettre en œuvre la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, CEDAW, UNIFEM.
- LASSONDE Louise, 1996, *Les défis de la démographie*, Ed. La Découverte, 225 p.
- LAVAUD Jean P., 1999, *La dictature empêchée : la grève de la faim des femmes de mineurs, Bolivie, 1977-1978*, CNRS éditions, Collection Amériques/Pays Ibériques.
- LE DOARE Hélène, 1998, « Genre et mouvement populaire en Amérique Latine. Une lecture 'occidentale' », Groupe Regards Critiques, Université de Lausanne.
- LESTAGE Françoise, 1999, *Naissance et petite enfance dans les Andes Péruviennes; Pratiques, rites, représentations*, L'Harmattan, 300 p.
- Ley de Participación Popular (Ley n°1551 de 20 de abril de 1994), 2001, UPS-Editorial, 112 p.
- Ley de protección a las víctimas de delitos contra la libertad sexual (Ley n°2033 de 29 de oct. de 1999), Ley contra la violencia en la familia o doméstica (Ley n°1674 de 15 de dic. De 1995), Reglamento a la ley 1674, Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Ley n°1599 de 18 de oct. de 1994), 2001, UPS-Editorial, 57 p.

- Ley marco sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, Sancionada por el Poder Legislativo en fecha 5 de mayo de 2004, Oficina Jurídica para la Mujer.
- LOWE Peter, 2003, *Lluvia de mis ojos, Cuentos de la vida de mujeres campesinas de los Cintis*, PASACH.
- MARQUES P. Bérengère, RAES Florence, 2001, « Trois décennies de mobilisations féminines et féministes en Amérique Latine », *Cahiers des Amériques Latine*, n°39, pp. 17-36.
- MERCADO Elba, « Experiencias provechosas. Coordinación interinstitucional por Salud Reproductiva ».
- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO/SNS, CIDEM, UMSA (Carrera de Antropología), OMS/UNIVERSIDAD OF MICHIGAN, CEMICAMP, OMS/POPULATION COUNCIL, 1996, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico cualitativo de la atención en salud reproductiva en Bolivia*, BM/FNUAP/OMS/PNUD, 73 p.
- MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO, SECRETARIA NACIONAL DE SALUD, *Expandiendo opciones de Planificación Familiar – Diagnostico Cualitativo de la Atención en Salud Reproductiva en Bolivia – Revisión Bibliografica*, 114 p.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE, VICEMINISTERIO DE PLANIFICACION, 2004, *Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible*, CODEPO, 24 p.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y MEDIO AMBIENTE, SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACION, SUBSECRETARIA DE ESTRATEGIAS DE DESARROLLO, DIRECCION DE POLITICAS DE POBLACION, 1995, *Opiniones y Percepciones sobre Salud Reproductiva en las Secretarias Regionales de Salud*, La Paz.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACION, VICEMINISTERIO DE ASUNTOS DE GENERO, GENERACIONALES Y FAMILIA, 2000, *Bolivia 5 anos después de Beijing. Poder, Oportunidades y Autodeterminación para las mujeres en el Nuevo Siglo. Informe 2000*, La Paz.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOSTENIBLE, VICEMINISTERIO DE LA MUJER, 2004, *Políticas para el Avance de las Mujeres en el Marco de los Principios de la Plataforma de Acción Mundial de Beijing*, 28 p.
- MINISTERIO DE HACIENDA, INE, 2003, *Características sociodemográficas de la Población en Bolivia*, INE, UNFPA.
- MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, DIRECCION DE DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD, 2003, *Programa de atención a la salud de la mujer y a la salud sexual y reproductiva 2003-2007*, Bolivia, 48 p.
- MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL, 2002, *Informe Gestión 1997-2002*, La Paz.
- MINISTERIO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL, UNIDAD NACIONAL DE ATENCION A LAS PERSONAS, COORDINACION NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, 2001, *Norma, Reglas y Protocolos en Anticoncepción, Norma Boliviana de Salud NB-MSPS-05-2001*, La Paz, 75 p.
- MONTANO S. Julieta, 2004, *Ley marco sobre Derechos Sexuales y Reproductivos: Principios y jurisprudencia que la sustentan*, Oficina Jurídica para la Mujer.
- MONTANO Julieta, OFICINA JURIDICA PARA LA MUJER, 2001, *Derechos Reproductivos de la Mujer en Bolivia: Un Informe Sombra*, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
- MONTANO Sonia, « Los Derechos Reproductivos de la mujer », in GUZMAN Laura, PACHECO G. Gilda (comp.), 1996, *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*, IDH Serie Estudios de Derechos Humanos, tomo IV, pp. 164-185.
- NACIONES UNIDAS, 6-8 septiembre 2000, *Declaración del Milenio, Cumbre del Milenio*, Nueva York, 16 p.
- NACIONES UNIDAS BOLIVIA, 2001, *Metas de desarrollo de la Cumbre del Milenio: progreso en Bolivia*, 22 p.
- NATIONS UNIES,

- 1995, *Les femmes dans le monde 1995 : des chiffres et des idées*.
- 1996, *Activités de l'ONU dans le domaine des Droits de l'Homme*.
- NATIONS UNIES, CEDEF, 1991, *Examen des rapports présentés par les Etats Parties conformément à l'article 18 de la Convention, Rapports initiaux des Etats parties – Bolivie, CEDAW/C/BOL/1*.
- Nuestro cuerpos, nuestras vidas*, « El Aborto », 2000, New York Siete Cuentos, pp. 413-440.
- OLIVARES M. Cecilia,
- 1998, *Una Encuesta Nacional de Opinión sobre Aborto en Población Urbana*, CIDEM.
- 1999, *Anteproyecto de Ley para Reglamentar el Aborto Impune*, CIDEM.
- ORGANISMO ANDINO DE LA SALUD, *Convenio Hipólito Unzué. Estudio de reformas y financiamiento de sistemas y servicios de salud en la Subregión Andina. Informe de país: Bolivia*, non publié, 71 p.
- PAQUOT Elisabeth (dir), 1982, *Terre des femmes. Panorama de la situation des femmes dans le monde*, Ed. La Découverte et Ed. du Boréal Express, 448 p.
- PIETTE Alain, 1996, *Ethnographie de l'action. L'observation des détails*, Métaillé, pages 68-72, repris par MARCELINI Anne et MILIANI Mahmoud, « Lecture de Goffman », *Corps et Culture*, janvier 2005, disponible sur : <http://corpsetculture.revues.org/document641.html>.
- Plan Nacional de Equidad de Género 2001-2003, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
- Plan Nacional de Prevención y Erradicación de la violencia en razón de género (2000-2003), Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación, Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
- Plateforme d'Action de Beijing, 1995, Nations Unies.
- PNUD Bolivia, 2003, *Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia*, 139 p.
- PREFECTURA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA PAZ, *Programa de Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar 1998-2002*, La Paz, 39 p.
- Programme d'Action du Caire, 1994, Nations Unies.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004-2008, Orientaciones Estratégicas, 2004, Ministerio de Salud y Deportes, 51 pages.
- RAMIREZ R. Juan C., URIBE V. Griselda, GUTIERREZ DE LA TORRE Norma Celina, 1995, *Género y Salud. Una propuesta para el trabajo con población femenina*, Universidad de Guadalajara, 90 p.
- RANCE Susanna, 1990, *Planificación Familiar: se abre el debate*, Secretaría Técnica del CONAPO.
- RANCE Susanna, KAUNE Veronica, CASTRO Maria Dolores, SALINAS Silvia, DE LA QUINTANA Claudia, VELDHUIS Ester, MICHAUX Jacqueline, 2002, *Encuentros sobre « Metodologías de Investigación sociocultural » - Experiencias en Investigación Sociocultural*, CIEPP, La Paz, 69 p.
- RANCE Susanna, OLIVARES Cecilia, 1995, *Mitos y Realidades. El Aborto en Bolivia*, the Population Council, Servicios de Información para el Desarrollo, 32 p.
- RANCE Susanna, SALINAS M. Silvia, 2001, *Investigando con ética: aportes para la reflexión-acción*, CIEPP, Population Council, 75 p.
- Recommandation Générale n°24, 1999, Nations Unies, CEDEF.
- RED ADA, 5 y 6 de diciembre de 2003, *Género y Etnicidad*, Memoria del Seminario Nacional de Género y Etnicidad, Cochabamba, 127 p.
- RIVERO G. Teresa E., 2002, *Recopilación, Análisis y Documentación sobre las iniciativas de adecuación intercultural y Aplicación de prácticas y Tecnologías apropiadas en Salud Materna y Neonatal y Funcionamiento de las Redes de Vigilancia de la muerte materna en Bolivia. Informe final*, UNFPA, La Paz.

- ROZEE Virginie, 2001, *Les femmes latino-américaines: Mobilisations et changement social*, Mémoire de DEA sous la direction de Y. Le Bot, EHESS, Paris, 222 p.
- SALGUERO Elizabeth, 2002, *Reunión Nacional, Campana 28 de Septiembre Por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe, Por el Derecho a Decidir, No estas sola, Hablemos del Aborto*, CIDEM, 64 p.
- SALINAS M. Silvia,
- 1995, *Situación de la mujer en Bolivia 1976-1994: una protesta con propuesta*, Foro Alternativo de ONG's.
 - 2000, "Demography fom the soul" – *Bolivia Final Research Report*, UNESCO/UNFPA/CIDES-UMSA, 103 p.
- Seguro Universal Materno Infantil (Ley 2426 de 21 de nov. de 2002); Reglamento de Prestaciones y Gestión del SUMI (Decreto Supremo 26874 de 21 de dic. De 2002), 2003, UPS-Editorial, 25 p.
- SELUM Roxana, 1996, *Más que Madres*, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaria de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, Subsecretaria de Asuntos de Género.
- SEN Armartya, 1999/2000, *Un nouveau modèle économique. Développement, justice, liberté*, Odile Jacob.
- SEOANE F. Guillermo, KAUNE M. Verónica, CORDOVA V. Julio, 1999, *Diagnóstico: Barreras y Viabilizadores en la Atención de Complicaciones Obstétricas y Neonatales (Estudio Cualitativo en Comunidades y Servicios de Salud de Cinco Distritos de Salud en La Paz y Cochabamba)*, Mothercare II, 299 p.
- SUAREZ Jose, 2003, *Una semana fundamental. 10-18 octubre 2003*, Muela del Diablo editores.
- TAMAYO L. Giulia, 2000, *Cuestión de vida, Balance regional y desafíos sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, CLADEM.
- TOMASEVSKI Katarina, « Los derechos de las mujeres: de la prohibición a la eliminación de la discriminación », <http://www.unesco.org/issj/rics158/tomasevskispa.html> ;
- TORRE C. Ramón, STOPES Marie, 23 de agosto de 2004, « Ley de derechos sexuales y reproductivos en Bolivia: la opinión pública ante el debate », Santa Cruz de la Sierra.
- TORRES P. Hugo, GARCIA P. Franklin, MONTANO G. Jaime, 1997, *Consideraciones Reproductivas de la población boliviana*, Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación y Ordenamiento Territorial, Dirección General de Planificación Estratégica, Unidad de Políticas de Población, La Paz, Segunda Edición, 93 p.
- UNFPA Bolivia, 1998, Proposed Projects and Programmes.
- UNICEF Bolivia, 1994, *Children and women in Bolivia*.
- VELASCO Carmen, DE LA QUITANA Claudia, JOVE Gretzel, TORRES Luz Angela, BAILEY Patricia, 1997, *Calidad en los servicios de anticoncepción de El Alto, Bolivia*, Promujer / FHI, 18 p.
- VERON Jacques, 1997, *Le monde des femmes. Inégalités des sexes, inégalités des sociétés*, Ed. du Seuil.
- VICEMINISTRO DE LA MUJER, 2003, *Políticas Publicas de Género*, La Paz.
- VIEZZER Moema, 1982, 'Si me permiten hablar...' *Testimonio de Domitila, una mujer de la minas de Bolivia*, Séptima edición, 257 p.
- WHYTE William F., 1996, *Street Corner Society*, La découverte, 399 p.
- WICHTERICH Christa, 1999, *La femme mondialisée*, Actes Sud, 262 p.
- YON L. Carmen, 2000, *Preferencias Reproductivas y Anticoncepción. Hablan las mujeres andinas*, Movimiento Manuela Ramos, 301 p.
- ZABALA Lourdes, 1995, *Nosotras en democracia: Mineras, cholas y feministas: 1976–1994*, ILDIS.
- ZABALETA Marta (ed.), 2002, « Los derechos humanos de las latinoamericanas: el cuerpo importa », in *Revista del CELSA*, nº3, Centro de Estudios Latinoamericanos, Universidad de Varsovia, Warszawa.

PRESSE ET MEDIA

ANF, lunes 9 de septiembre de 2002 « Uso de anticonceptivos bajó entre las mujeres más pobres », *in* El Diario.

« Cada día 40 mujeres son violadas en todo el país », sábado 28 de septiembre de 2002, *in* El Diario.

DELGADILLO Tania, junio 2000, « Mortalidad Materna, Principal Problema de Salud Publica – Bolivia sigue siendo el país, después de Haití, con la más alta tasa de mortalidad materna en America Latina y el Caribe », *in* Fempress, n° 223.

FLORES B. Teresa,

- 1r de febrero 1999, « El aborto no es un crimen », *in* Triple Jornada n°6.

- 8 de mayo 2000, « La hipocresía y el aborto como delito », *in* Triple Jornada n°21.

ICPD, juillet 1999, « Un plaidoyer efficace : exemples du monde entier – Bolivie », Volume 27, n°2, Séries J, n°49, <http://www.jhuccp.org/pr/prf/fj49/j49boxes.shtml> .

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION, 2004, «La otra guerra de Bush, Ataque a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres», disponible sur www.whrnet.org/docs/perspectiva-otra_guerra.html .

LA GACETA JURIDICA, viernes 23 de julio de 2004, n°362, La Paz.

SALGUERO Elizabeth, abril 2000, « El caso de una niña violada y embarazada en Bolivia – Crónica de un aborto anunciado », *in* Fempress, n°221.

SANJINES C. Javier, julio 25 de 2004, « Transculturación y sulbalternidad en el Cine Boliviano », *in* El Juguete Rabioso, Año 4, Número 109, La Paz, pp. 4-5.