Document généré le 28 mars 2024 05:22

Canadian Journal of Bioethics
Revue canadienne de bioéthique

La stérilisation forcée de population autochtone dans le Mexique des années 1990

Pierre Gaussens

Volume 3, numéro 3, 2020

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1073797ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1073797ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Programmes de bioéthique, École de santé publique de l'Université de Montréal

ISSN

2561-4665 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Gaussens, P. (2020). La stérilisation forcée de population autochtone dans le Mexique des années 1990. *Canadian Journal of Bioethics / Revue canadienne de bioéthique*, *3*(3), 180–191. https://doi.org/10.7202/1073797ar

Résumé de l'article

Cet article cherche à explorer la question de la stérilisation forcée de population autochtone comme problème bioéthique d'un point de vue interdisciplinaire, à partir de la sociologie historique et en dialogue avec l'anthropologie médicale, les études de genre et les droits humains. Sa méthodologie est basée sur l'étude d'un cas empirique, en lien avec un travail de terrain réalisé dans une municipalité du sud du Mexique, dans l'état de Guerrero. Elle est complémentée par une recherche documentaire qui a permis, entre autres, la construction d'un cas théorique à partir des événements survenus au Pérou, à la même époque que le cas mexicain, dans les années 1990. Le principal résultat de ce travail de recherche historique est que la stérilisation forcée, bien que largement due à une politique de contrôle démographique ainsi qu'à certaines pratiques de planification familiale, est également liée, dans le cas particulier de la population autochtone, à des processus contre-insurrectionnels déployés face à l'activité de guérillas, caractéristique de ces années-là en Amérique Latine.

Copyright © Pierre Gaussens, 2020

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Canadian Journal of Bioethics
Revue Canadienne de Bioéthique

P Gaussens. *Can J Bioeth / Rev Can Bioeth.* 2020;3(3):180-191

ARTICLE (ÉVALUÉ PAR LES PAIRS / PEER-REVIEWED)

La stérilisation forcée de population autochtone dans le Mexique des années 1990

Pierre Gaussens[a]

Résumé
Cet article cherche à explorer la question de la stérilisation forcée de population autochtone comme problème bioéthique d'un point de vue interdisciplinaire, à partir de la sociologie historique et en dialogue avec l'anthropologie médicale, les études de genre et les droits humains. Sa méthodologie est basée sur l'étude d'un cas empirique, en lien avec un travail de terrain réalisé dans une municipalité du sud du Mexique, dans l'état de Guerrero. Elle est complémentée par une recherche documentaire qui a permis, entre autres, la construction d'un cas théorique à partir des événements survenus au Pérou, à la même époque que le cas mexicain, dans les années 1990. Le principal résultat de ce travail de recherche historique est que la stérilisation forcée, bien que largement due à une politique de contrôle démographique ainsi qu'à certaines pratiques de planification familiale, est également liée, dans le cas particulier de la population autochtone, à des processus contre-insurrectionnels déployés face à l'activité de guérillas, caractéristique de ces années-là en Amérique Latine.

Mots-clés
stérilisation forcée, autochtone, planification familiale, contre-insurrection

Abstract
This article explores the issue of forced sterilization of indigenous populations as a bioethical problem, from an interdisciplinary point of view based on historical sociology and in dialogue with medical anthropology, gender studies and human rights. Its methodology is based on the study of an empirical case, in connection with an ethnography carried out in a municipality of southern Mexico, in the state of Guerrero. It is complemented by a documentary research which allowed, among other things, the construction of a theoretical case from the events that occurred in Peru, at the same time as the Mexican case, in the 1990s. The main finding of this historical research work is that forced sterilization, although largely due to a population control policy as well as certain family planning practices, is also related, in the particular case of indigenous peoples, to the counterinsurgency process against guerrillas, characteristic of those years in Latin America.

Keywords
forced sterilization, indigenous, family planning, counterinsurgency

Affiliations
[a] Centre d'Études Sociologiques, Le Collège du Mexique, Mexico, Mexique

Correspondance / Correspondence: Pierre Gaussens, pgaussens@colmex.mx

INTRODUCTION

Rien n'est plus matériel, rien n'est plus physique,
plus corporel que l'exercice du pouvoir.
Michel Foucault

La stérilisation de populations n'est pas chose du passé. Ce n'est pas non plus quelque chose de lointain, qui se produirait seulement dans des sociétés éloignées ou dans des cultures exotiques. Héritière du malthusianisme, du déterminisme biologique et de l'eugénisme du XIXe siècle, cette forme de contrôle démographique réapparaît sporadiquement dans différentes parties du monde sous des modalités nouvelles. Ainsi, de trop nombreux cas continuent d'être documentés encore aujourd'hui. Pour ne citer que quelques exemples: des femmes Rom ont été systématiquement stérilisées dans plusieurs pays européens jusqu'à ces dernières années (1); récemment, le gouvernement japonais a présenté ses excuses et a accordé des indemnisations à des milliers de personnes handicapées, victimes d'une politique d'État (2); tandis qu'au Canada, des femmes autochtones continuent d'être stérilisées à ce jour (3).

L'Amérique latine n'est pas l'exception. Plusieurs pays ont été touchés par ce problème, dans certains cas de façon massive, comme au Pérou. Cependant, à l'exception notable de ce dernier, l'importance du phénomène contraste avec la rareté des recherches dans ce domaine. Comme le reconnaît l'un des plus importants représentants de l'anthropologie médicale latino-américaine, Eduardo Menéndez, il s'agit « d'un des processus et des problèmes les moins étudiés parmi nous, malgré le fait qu'il a perduré de manière intensive dans presque tous les pays de la région » (4). En ce sens, bien que nous disposions aujourd'hui d'importants travaux en anthropologie médicale ainsi qu'en études de genre, « presque tous ne décrivent pas les processus de stérilisation, ou ne font que peu de références à ceux-là […] Cela ne nie pas l'existence de certaines études spécifiques ni que le problème soit reconnu par divers spécialistes » (5). Un obstacle supplémentaire se trouve dans la limitation des approches utilisées pour traiter le sujet, essentiellement circonscrite à trois perspectives: la santé, le genre et le droit.

2020 P Gaussens. Creative Commons Attribution 4.0 International License
ISSN 2561-4665

Au Mexique, la stérilisation forcée constitue un problème bioéthique particulier, auquel la population autochtone a dû faire face. J'illustrerai cette situation à partir d'une étude de cas dans la municipalité d'Ayutla de los Libres, dans l'état de Guerrero, où des hommes autochtones ont été stérilisés lors d'une campagne officielle de santé en avril 1998. Les informations à ce sujet ont été obtenues dans le cadre d'une enquête de terrain menée dans cette commune, mais qui n'avait pas comme objet d'étude spécifique la stérilisation forcée, sinon, d'une manière plus générale, la violation des droits humains (par rapport à la genèse d'un mouvement armé d'autodéfense qui y a vu le jour en 2013). Ce travail ethnographique s'est composé de plusieurs et longs séjours sur place, réalisés entre 2012 et 2018, qui ont permis une connaissance approfondie de la réalité locale. Contemporain du premier, j'aurai également recours à un second cas péruvien, construit de façon théorique grâce à une importante littérature à ce sujet. Ce qui permettra de combler le manque relatif de recherche au Mexique dans ce domaine, et en même temps, d'avoir un cadre de référence dans lequel inscrire l'étude de cas. Finalement, du fait de la sélection des deux cas, la délimitation temporelle de ce travail se concentrera surtout sur la seconde moitié des années 1990.

D'une manière générale, il s'agit d'un travail exploratoire sur un sujet peu étudié. Les informations obtenues de l'enquête de terrain ont été complémentées par un travail de recherche documentaire. En raison de leur relative rareté, une grande variété de sources telles que des travaux scientifiques et universitaires, des rapports officiels, des recommandations relatives aux droits de l'homme, des documents juridiques, des résolutions judiciaires et des articles journalistiques, entre autres, ont permis de construire ce cas théorique au Pérou. Par conséquent, l'approche adoptée sur le sujet est interdisciplinaire, afin de faire dialoguer les contributions de l'anthropologie médicale et des études de genre, autour du planning familial et de la santé sexuelle et reproductive, avec celles de la sociologie politique, en relation avec les conflits armés et leurs multiples formes de violence, en particulier dans les territoires des peuples autochtones.

Si cette étude opère un tel croisement de perspectives, c'est aussi parce qu'elle veut enquêter sur une facette jusqu'ici inexplorée, une face cachée du problème qui n'a pour l'instant pas été analysée. En effet, bien que la stérilisation forcée, en tant que problématique générale de la bioéthique, présente un ensemble d'éléments communs, elle offre également des spécificités en fonction de facteurs historiques et nationaux, ainsi que des caractéristiques sociales de la population affectée. En ce sens, la stérilisation forcée de population autochtone présente certaines particularités. L'hypothèse qui guide cet article est que l'un d'eux repose sur un lien, en apparence peu visible, celui du processus de militarisation qu'a impliqué la lutte contre-insurrectionnelle, en particulier dans les années 1990, face à l'activité des guérillas qui a caractérisé ces années en Amérique latine. En d'autres termes, cet article tentera de démontrer que, si la stérilisation forcée obéit largement à une politique de contrôle démographique, mise en œuvre par le biais des programmes de planification familiale et des services de santé, d'autres facteurs interviennent également, peut-être moins structurels et plus circonstanciels, mais non moins importants, parmi lesquels figure la contre-insurrection dans le cas de la population autochtone.

LA STÉRILISATION FORCÉE

Le terme de stérilisation forcée est le plus utilisé en Amérique latine. Cependant, il est nécessaire de préciser que le vocabulaire du droit international des droits de l'homme est divers en la matière. On y trouve des expressions synonymes, telles que stérilisation involontaire ou non-volontaire, coercitive ou sous la contrainte, sans consentement, non consensuel ou obligatoire. La stérilisation forcée peut être définie comme l'ensemble des pratiques médicales sur des patients qui perdent ainsi leur capacité biologique de reproduction de manière permanente, sans leur consentement, sans information suffisante ou sans justification clinique, en tant que méthode de contrôle faisant partie d'une politique démographique, eugéniste ou punitive.

Au centre de ces pratiques se trouve une intervention chirurgicale pour chaque sexe: pour les femmes, c'est la ligature des trompes (de Fallope),[1] tandis que pour les hommes, il s'agit de la vasectomie. En ce sens, il convient de préciser qu'au préalable, bien que les femmes représentent la grande majorité des victimes de stérilisation forcée, cela peut aussi être le cas des hommes, en particulier dans certaines circonstances (comme nous le verrons à travers l'étude de cas). Contrairement à une stérilisation volontaire, le caractère forcé signifie que l'opération n'a pas été faite avec le consentement de la personne concernée (qui doit être libre, préalable et informé, d'un point de vue légal), mais est effectuée sous contrainte ou par tromperie. Cette dernière peut prendre différentes formes, allant de l'intimidation, la menace, la pression psychologique, le chantage et les mauvais traitements, à la manipulation délibérée de l'information médicale (par exemple, en cachant le caractère irréversible de l'opération ou l'alternative représentée par les méthodes contraceptives temporaires), en passant par l'offre d'argent et d'autres choses en échange, souvent de nature économique.

En lien avec ces méthodes, il est important de noter que, parallèlement à la stérilisation forcée, il existe une contraception forcée, qui consiste en l'application d'une méthode contraceptive sans le consentement de la patiente, affectant uniquement les femmes dans ce cas (en raison du manque de méthodes masculines). Par conséquent, ce qui distingue la seconde de la première est sa nature temporaire, contrairement à la stérilisation, qui est une méthode permanente et souvent irréversible. La contraception forcée n'est pas pour cela considérée comme moins grave. Au contraire, elle fait partie intégrante de la stérilisation forcée en tant qu'elle présente des préoccupations éthiques.

[1] L'hystérectomie, une autre procédure qui consiste en l'ablation partielle ou totale de l'utérus, et parfois de ses annexes (trompes et ovaires), n'est généralement pas considérée d'un point de vue contraceptif, et encore moins dans le cadre du planning familial, bien qu'elle pourrait l'être dans le cas du Mexique, où, comme la ligature, elle produit une stérilité définitive et irréversible, elle semble avoir un emploi excessif et elle peut être effectué de manière forcée ou injustifiée.

Au-delà des cas spécifiques, la stérilisation forcée représente aujourd'hui le produit d'une politique dont l'objectif principal est de réguler la démographie d'un pays, d'une région ou d'un secteur de la population, à travers des programmes de planification familiale qui cherchent à intervenir dans la liberté reproductive d'une population donnée, en réduisant son taux de fertilité. Dans la pratique, il s'agit d'empêcher la reproduction de groupes spécifiques de la population : soit à des fins démographiques, en étant considérés comme des vecteurs de risque qui menaceraient le développement; soit à des fins punitives, en étant perçus comme porteurs de traits dits « défectueux »; soit à des fins eugénistes, en étant définis en termes d'infériorité raciale ou culturelle. En général, la politique de stérilisation vise, dans le premier cas, les couches pauvres de la population; dans le deuxième cas, des groupes spécifiques tels que : les prisonniers, les délinquants, les personnes homosexuelles, les personnes atteintes de handicaps, les personnes atteintes de troubles mentaux ou les personnes séropositives; et, dans le troisième cas, les minorités ethniques et religieuses. En Amérique latine, à cause des conditions historiques de pauvreté, d'exclusion et de ségrégation subie par la population autochtone, elle représente un groupe de la population sur lequel convergent ces trois logiques de pouvoir qui, de ce fait, la rendent particulièrement vulnérable à la stérilisation forcée. Vu sous cet angle (celui de l'intersectionnalité), cette dernière répond à une matrice qui est traversée par une multiplicité de violences, parmi lesquelles figurent la violence structurelle, la violation des droits humains, la violence institutionnelle et la violence obstétricale en particulier, dans un continuum associé à une triple discrimination : genre, classe sociale et race.

Malgré l'absence de statistiques officielle sur le sujet, nous pouvons dire qu'en Amérique latine, la stérilisation forcée a affecté, principalement et de manière disproportionnée, les femmes pauvres, les populations autochtones et afrodescendantes, venant des zones rurales. En effet, la stérilisation présente en premier lieu une inégalité de genre, en ce sens qu'elle retombe de façon préférentielle et systématique sur le corps des femmes. Malgré la responsabilité partagée des hommes en matière de santé sexuelle et reproductive, c'est aux femmes que le fardeau de la régulation de la fécondité continue d'être transféré. Pour se convaincre du parti pris sexiste des politiques en la matière, il suffit d'observer les pays d'Amérique latine où la disproportion entre l'utilisation de la ligature et celle de la vasectomie est importante. Malgré le fait que cette dernière soit plus simple et plus sûre d'un point de vue technique et médical. C'est à cette attribution différentielle des responsabilités que l'anthropologue colombienne Mara Viveros fait référence lorsqu'elle parle d'une « culture contraceptive féminine » (6), au sein de laquelle une position centrale la méthode permanente a fini par occuper. C'est-à-dire, celle qui soustrait aux femmes le pouvoir sur leurs corps et qui les rend dépendantes d'une médicalisation.

Ajoutée à ce biais sexiste, la stérilisation forcée obéit également à une double discrimination, d'ordre classiste et raciste, dans la mesure où la vulnérabilité dérivée des conditions de pauvreté et d'exclusion qui caractérisent la population utilisatrice des services de santé publique renforce la position de domination du personnel médical à son égard et, par là même, la probabilité que celui-ci commette une irrégularité, un abus de pouvoir ou une violation de droits. C'est particulièrement le cas pour la population autochtone. Il n'est donc pas surprenant que les premières victimes de stérilisation forcée en Amérique latine soient généralement des femmes, pauvres et autochtones. Les principales agences des Nations Unies, compétentes en la matière, l'ont relevé dans une déclaration interinstitutionnelle selon laquelle « les politiques démographiques de certains pays ont ciblé les femmes autochtones parmi les secteurs les plus défavorisés de la société. Les efforts pour respecter les quotas fixés par le gouvernement ont abouti à la stérilisation de milliers de femmes autochtones sans leur consentement » (7).

Le problème éthique est ainsi posé. En tant que forme extrême de violence sexuelle et obstétricale, la stérilisation forcée représente une grave violation des droits fondamentaux relatifs à : la dignité, la santé reproductive, l'intégrité personnelle, la vie privée, une vie sans violence, la non-discrimination et l'information. Elle est particulièrement contraire aux droits reproductifs dans la mesure où ceux-ci « reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances », conformément au programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 (dite Conférence du Caire) qui fait référence en la matière. En niant ce droit fondamental, la stérilisation forcée annule toute autodétermination individuelle et représente, en ce sens, une forme exacerbée de ce que le démographe mexicain Juan Guillermo Figueroa a appelé « l'expropriation de la reproduction » (8). Dans le cas de la population autochtone, cela signifie également une violation de ses droits collectifs en tant que peuples originaires.

Sur le plan du droit public international, la stérilisation forcée a été reconnue comme crime de guerre durant les procès de Nuremberg en 1945, à la suite des expérimentations médicales de l'Holocauste nazi. Trois ans plus tard, la Convention de 1948 pour la prévention et la répression du crime de génocide a défini ce dernier, entre autres, comme des « mesures visant à entraver les naissances » au sein d'une nationalité, d'un groupe ethnique ou religieux, faisant passer la stérilisation forcée, à une certaine échelle et en tant que politique systématique, parmi les crimes de génocide. Celle-ci peut également constituer un crime contre l'humanité selon le Statut de Rome de la Cour pénale internationale. En 2008, le rapporteur spécial des Nations Unies sur la torture a réitéré que des « stérilisations forcées pratiquées par des professionnels employés par l'État en vertu de lois ou politiques coercitives en matière de planification familiale peuvent constituer des actes de torture » (9). Finalement, il est important de souligner que les normes internationales qui sanctionnent les crimes de guerre, de génocide et ceux contre l'humanité sont considérées *ius cogens*, c'est-à-dire, de portée universelle et de caractère impératif, dont le respect est obligatoire pour les États et dont les gouvernements ne peuvent se soustraire. Finalement, la récente Déclaration américaine sur les droits des peuples autochtones, adoptée en 2016, prévoit l'obligation des États d'« empêcher et interdire que les peuples et personnes autochtones ne fassent l'objet […] de stérilisation sans leur consentement préalable ».

LE RÉFÉRENT PÉRUVIEN

En Amérique latine et dans les Caraïbes, au moins six pays ont connu dans leur histoire nationale une politique de stérilisation forcée en tant que telle. Selon l'Argentin Sergio Cecchetto, spécialiste en bioéthique, il s'agit de Porto Rico, du Venezuela, du Brésil, de la Bolivie, du Pérou et du Mexique (le Guatemala pourrait être ajouté à cette liste) (10). Dans le cas de ces derniers pays, cette politique a particulièrement touché les populations autochtones. D'autre part, dans deux pays en particulier, la stérilisation forcée a été massive: à Porto Rico dans les années 1950, dans le cadre de l'Opération *Bootstrap* (11-12),[2] et au Pérou, sous le régime d'Alberto Fujimori à la fin des années 1990. Le cas péruvien est particulièrement intéressant, et cela pour plusieurs raisons : 1) pour son caractère massif, il est représentatif et possède donc un plus grand potentiel de généralisation; 2) il a affecté une population paysanne majoritairement autochtone (Quechua et Aymara); 3) il est contemporain de l'étude de cas au Mexique; et, 4) par rapport aux deux points précédents, il semble partager certains éléments avec ce dernier. De ce fait, les recherches menées sur le cas péruvien ne peuvent qu'éclairer le cas mexicain et contribuer à étayer l'hypothèse qui guide ce travail.

Selon la Commission interaméricaine des droits de l'homme, ce qu'il s'est passé au Pérou renvoie à « une politique gouvernementale massive, obligatoire et systématique qui mettait l'accent sur la stérilisation comme méthode pour modifier rapidement le comportement reproductif de la population, en particulier des femmes pauvres, autochtones et rurales » (13). Cette politique a pris la forme d'un Programme national de santé reproductive et de planification familiale (PNSRPF), conçu par le gouvernement central et exécuté par le Ministère de la Santé entre 1996 et 2000. Dès le départ, « le programme a été expressément créé et mis en œuvre de manière à être plus compliqué à surveiller » (14). Malgré cela, des travaux de recherche successifs ont réussi à démêler progressivement sa logique et son fonctionnement (15-19), de telle manière qu'aujourd'hui, nous disposons d'une information suffisante à son sujet.

Le PNSRPF était régi par des objectifs numériques de couverture et des quotas de « capture » d'usagers, avec un parti pris sexiste orienté vers les femmes. Son principal objectif était d'assurer un taux national de fécondité de 2,5 enfants par femme, comme l'indique le rapport pionnier dirigé par l'avocate Giulia Tamayo (20). C'est pour y parvenir qu'il a été décidé de privilégier les méthodes contraceptives permanentes, au détriment des temporaires, comme option préférentielle au vu de leur efficacité. Ainsi, les objectifs programmés de stérilisation étaient d'environ 100 000 pour l'année 1996, 130 000 pour 1997 et 165 000 pour 1998 (20).

C'est pour les réaliser qu'a été lancée une campagne nationale de « contraception chirurgicale volontaire ». Cependant, celle-ci n'avait en réalité rien ou très peu de son caractère officiellement volontaire, étant donné que, dès ses premières opérations, elle s'est consacrée à susciter une demande locale. Pour preuve, au cours de la première année du PNSRPF, le nombre de ligatures à l'échelle nationale a augmenté de plus de 200% par rapport à l'année précédente, alors que celui des vasectomies de 385 % (20). Cette induction artificielle est largement due à l'établissement de quotas. Le programme comportait non seulement des évaluations périodiques dictées par la réalisation des objectifs, selon des critères productivistes, mais comprenait aussi un système de primes et de sanctions, tant pour le personnel médical que pour les centres de santé, par rapport à l'accomplissement ou non des objectifs programmés.

Produit de ce système, le personnel médical a concentré ses efforts sur le respect des quotas fixés par la hiérarchie administrative, au détriment de son éthique professionnelle, selon des modalités diverses. Les stérilisations ont eu lieu, par exemple, dans le cadre d'autres interventions, notamment après les accouchements, avec l'offre d'argent et d'autres choses en échange. Elles se sont aussi produites en lien avec des programmes sociaux, sans conseil ni délai pour une prise de décision, ou encore en manipulant délibérément une information médicale biaisée, sous la menace ou par la privation de liberté, en ignorant simplement le refus de la femme, ou par autorisation exclusive de son mari, et, enfin, en organisant des événements festifs et artistiques dans les localités visitées, tels que les macabres « festivals de ligature des trompes » (20). En outre, les stérilisations ont été faites avec une négligence caractérisée (par exemple, sans un suivi postopératoire), qui est elle-même indissociable des conditions extrêmement précaires dans lesquelles le personnel médical a dû opérer, la plupart du temps, dans des zones rurales reculées, au sein d'une infrastructure insuffisante, avec un équipement inadéquat et dans une hygiène déplorable.

Si l'on ajoute à cela le caractère ambulatoire de la campagne de stérilisation, plus sujette à la commission d'irrégularités, ou la distance sociale qui sépare le personnel médical de la population ciblée, en termes de genre, de classe, de culture et de langue, avec tous leurs bagages de discrimination, le résultat final ne pouvait être que désastreux, se terminant par une campagne massive de stérilisation forcée. Les estimations varient selon les sources, mais toutes s'accordent sur un minimum de 300 000 ligatures et 20 000 vasectomies dans tout le pays, dans les années 1990, la plupart réalisées pendant la période du PNSRPF. Sur ce total, « seulement 10 % des personnes affectées a donné son consentement en pleine conscience » (10). Malgré cela, l'impunité a également été massive. Bien que plus de 2 000 plaintes aient été enregistrées vingt ans plus tard, outre les 18 décès liés à des stérilisations forcées, le cas péruvien reste impuni (21).

[2] Selon les estimations de Dorothy Roberts (11) et Florita Louis de Malave (12), à la fin des années 1960, les femmes stérilisées représentaient plus d'un tiers de la population féminine en âge de procréer sur l'île. Il y avait dix fois plus de femmes stérilisées à Porto Rico que dans le reste de tous les États-Unis.

LE CONTEXTE MEXICAIN

Au Mexique, la pratique de la contraception chirurgicale présente une importante tradition. Son essor fait suite à l'adoption en 1974 d'une loi générale de population, ainsi que la création du Conseil national de population (Conapo), qui marque un tournant officiel dans la politique démographique du pays, avec l'abandon du natalisme et le passage à un contrôle de la fécondité. « À cette fin, la promotion de méthodes contraceptives définitives pour la population féminine a été privilégiée » (22). Ainsi, entre 1970 et 1981, environ 1 300 000 stérilisations féminines ont été effectuées dans le pays, la plupart (75 %) dans le secteur de la santé publique (23), l'Institut mexicain de l'assurance sociale (IMSS) étant le principal responsable de cette nouvelle politique. Comme résultat, alors que les méthodes contraceptives naturelles et temporaires prédominaient en 1976, vingt ans plus tard, en 1997, elles avaient été remplacées par les méthodes permanentes (24). Au début des années 1990, Figueroa estimait qu'une femme sur cinq en âge de procréer était stérilisée, et que 40 % des utilisatrices d'une méthode contraceptive étaient protégées de cette manière, la stérilisation devenant ainsi la principale méthode utilisée au Mexique (8).

Cette tendance est encore plus accentuée dans les régions autochtones, qui présentent les niveaux les plus élevés de pauvreté et de fertilité combinées. C'est le cas par exemple de l'état de Guerrero (la région du cas d'étude), où la proportion de femmes stérilisées parmi les utilisatrices de méthodes contraceptives a atteint les 56 % dans ces mêmes années 1990, bien au-dessus de la moyenne nationale (24). Une autre donnée intéressante est que c'est aussi l'état où la proportion de femmes acceptant la contraception dans la période du post-partum est la plus élevée, tandis que, dans le même temps, c'est aussi l'état qui compte le moins d'utilisatrices de méthodes contraceptives, situation paradoxale qui « répond plus à une stratégie de contrôle des naissances qu'à la décision libre et autonome des femmes » (24).

Mario Bronfman et Roberto Castro, sociologues de la médecine, avaient déjà souligné l'étrange et « étroite relation entre la date de la stérilisation et celle de la naissance du dernier enfant des femmes stérilisées », dates qui coïncidaient dans 68 % du total des cas recensés dans les années 1970 (23). Ils avaient aussi remarqué le fait que la moitié d'entre elles n'avaient auparavant jamais utilisé de méthode contraceptive, indiquant de la sorte l'existence d'une politique systématique de stérilisation post-partum depuis le début de la planification familiale au Mexique, dans laquelle le consentement était considéré comme accessoire ou, dans le meilleur des cas, réduit à une simple démarche administrative. Une preuve supplémentaire de cette politique a été donnée par Figueroa sur la base d'un sondage réalisé en 1987, dans lequel 10% des femmes stérilisées interrogées ont admis ne pas avoir participé à la décision d'être opérées, 25 % ne pas avoir disposé d'une information suffisante (en particulier, sur le caractère irréversible de la procédure) et plus de 40 % n'avoir lu ou signé aucun formulaire de consentement (25). Dix ans plus tard, le même problème persistait. En 1997, sur les 52 plaintes reçues par la Commission nationale des droits de l'homme (CNDH) de la part de femmes, « 42 étaient dues à une négligence médicale liée à des grossesses, à la mise en place de dispositifs intra-utérins et à la réalisation de ligatures contre la volonté des femmes » (22). En somme, ces données montrent la permanence dans le temps de la stérilisation forcée comme un problème bioéthique latent de la politique de planning familial au Mexique.

Également en 1997, un autre sondage, cette fois réalisé auprès des médecins, a montré que seulement 47 % d'entre eux « déclaraient accorder la priorité aux préférences des patientes lors de la prescription d'une méthode contraceptive » (24), révélant ainsi un habitus médical autoritaire, selon l'expression du sociologue Roberto Castro (26), qui nourrit la perception de travailler pour le bien de la population utilisatrice, même lorsque c'est contre sa propre volonté. Ce sentiment s'applique particulièrement aux femmes pauvres (27), souvent considérées comme incapables d'utiliser convenablement les méthodes contraceptives sans surveillance, justifiant ainsi une mise en tutelle médicalisée. Mélange de paternalisme et de racisme, ce stéréotype, particulièrement présent dans l'habitus médical au Mexique, retombe encore plus violemment sur les femmes autochtones, systématiquement jugées sur leur sexualité, soupçonnées de ne pas contrôler leur corps et déclarées incapables de réguler leur fécondité. La contraception permanente serait ainsi un mal nécessaire.

Dans la seconde moitié des années 1990, un Programme de santé reproductive et de planification familiale est conçu par le Conapo pour la période 1995-2000. Dans une logique commune à son homologue péruvien, ce programme fixe des « objectifs d'impact », parmi lesquels se trouvent : diminuer le niveau de la fécondité, en favorisant sa terminaison anticipée; allonger l'espacement des naissances, par le biais d'une « pratique obstétricale contraceptive » (après un accouchement, une césarienne ou un avortement); doubler le nombre de vasectomies, en augmentant le nombre de centres de santé avec ce service; et étendre la couverture des services dans les communautés indigènes, afin de promouvoir une « culture démographique » et « moduler harmonieusement la croissance démographique du pays » (28). Comme résultat, si l'on compare les niveaux de 1993 à ceux de 1998, le nombre de ligatures et de vasectomies avait presque doublé et triplé respectivement (24). Sur la même période, la spécialité qui a concentré le plus grand nombre de plaintes devant la Commission Nationale d'Arbitrage Médical était précisément la gynéco-obstétrique (26).

Durant ces années, les registres de cas de stérilisation forcée se sont multipliés. Les régions autochtones ont été les plus touchées. Dans l'état du Chiapas, par exemple, l'anthropologue Graciela Freyermuth a constaté que dans les centres de santé ruraux, le transport était offert aux femmes qui acceptaient d'être stérilisées après l'accouchement, mais pas à celles qui refusaient (29). Un autre travail ethnographique a mis en évidence la réception d'aides économiques en échange de la stérilisation, tant pour la femme opérée que pour le personnel médical (30). Enfin, un reportage journalistique a dévoilé la plainte de certains membres de ce même personnel, selon laquelle l'IMSS menaçait de les licencier de ses cliniques rurales, installées dans les zones autochtones, s'ils ne respectaient pas un quota de stérilisations (31). Ce type de pression, exercée

sur le personnel médical par sa hiérarchie, a également été signalé par plusieurs enquêtes dans les travaux de Figueroa (25) et Menéndez (5).

Cette situation paraît généralisée dans le Mexique des années 1990. Dans un rapport de 2002, la Fédération internationale des droits de l'homme note qu'elle a reçu, lors de sa visite dans le pays, des plaintes de contraception forcée dans plusieurs régions autochtones (32). De son côté, une enquête sur la santé des femmes autochtones a enregistré des cas de stérilisation forcée dans l'état du Yucatan, situation observée par Arlette Gautier (33), ainsi que dans deux régions de Oaxaca, une autre de Veracruz et une dernière dans l'état de Querétaro, c'est-à-dire, dans plus de la moitié des régions couvertes par l'étude (34). Finalement, dans ses observations de 2006, le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination raciale a montré de la « préoccupation pour la condition des hommes et des femmes autochtones en matière de santé reproductive dans les états du Chiapas, de Guerrero et de Oaxaca, en relation avec la pratique de stérilisations forcées » (35). C'est dans ce contexte que la CNDH a dû préparer, en 2002, une recommandation générale concernant l'obtention du consentement pour l'adoption des méthodes de planification familiale, dans laquelle la stérilisation forcée de femmes et d'hommes autochtones a été officiellement reconnue. Cet aveu est aussi lié au cas d'étude qui m'intéresse ici, et qui est le suivant.

AYUTLA DE LOS LIBRES

En 1998, une campagne de stérilisation a été mise en œuvre par le Ministère de la Santé de l'état de Guerrero, avec, comme principal résultat, deux cas collectifs dans la municipalité d'Ayutla de los Libres, dans la région de la Costa Chica: 18 hommes mixtèques des villages de La Fátima, Ojo de Agua et Ocotlán ont été stérilisés, ainsi comme 14 Tlapanèques de la communauté d'El Camalote, pour un total de 32 hommes autochtones. Ce sont tous des paysans pauvres. Dans les deux cas, la CNDH décrit un mode opératoire similaire, exécuté par le même personnel médical. Selon la plainte des Mixtèques, les fonctionnaires « se sont présentés dans leurs communautés respectives afin de leur offrir, en échange de la vasectomie, des biens matériels et de l'argent […] Ils ont contraint la volonté des victimes avec l'argument selon lequel, si ces dernières n'acceptaient pas la vasectomie, elles perdraient les bénéfices des programmes sociaux du gouvernement » (36). Dans le cas des hommes tlapanèques, la description est encore plus détaillée :

> Le 15 avril 1998, la brigade de santé numéro trois, de la sixième juridiction sanitaire, région Costa Chica, s'est rendue dans la localité autochtone d'El Camalote […] Les membres de la brigade ont convoqué toute la communauté à une réunion, avec l'aide du chef du village Romualdo Remigio Cantú, et ont souligné que les hommes qui avaient plus de quatre enfants devaient subir une intervention chirurgicale pour arrêter de procréer. En contrepartie, une clinique serait construite dans la communauté, avec un médecin en charge, et celle-ci serait dotée des médicaments nécessaires. En outre, ceux qui accepteraient de se faire opérer se verraient attribuer des vivres, des vêtements, des couvertures et un logement, et chaque année, ils recevraient une bourse pour leurs enfants. En raison de ces propositions et de l'extrême pauvreté dans laquelle vivent les communautés autochtones, certains habitants du village ont accepté de se faire opérer, tandis que ceux qui s'y sont opposés ont été menacés […] de voir radier leurs épouses d'un programme social (37).

Les deux cas ont en commun un procédé (également observé au Pérou) consistant, d'une part, à offrir en échange des biens matériels et des services médicaux, et, d'autre part, à menacer avec un retrait des programmes sociaux. Ces derniers, objets traditionnels du clientélisme politique, « sont désormais à la base d'une sorte de clientélisme antinataliste » (38). En raison des conditions de pauvreté, la population autochtone est particulièrement vulnérable à ce type de chantage, dont l'utilisation systématique révèle comment fonctionne concrètement ce qui a été conçu, depuis les hautes sphères bureaucratiques, comme « une synergie entre les actions visant à lutter contre la pauvreté et celles orientées à réduire la croissance démographique » (39). De la sorte, le conditionnement des programmes sociaux tend à « convertir en un mandat sans option, ce qui devrait être un droit » (20), à tel point que certaines femmes autochtones en sont venues à considérer la contraception comme un critère administratif à remplir pour l'accès à certains programmes. Pour donner un exemple en ce sens, des femmes mixtèques de la région de Tlapa, toujours dans l'état de Guerrero, ont déclaré avoir été contraintes à s'injecter un contraceptif pour rester inscrites au programme social Oportunidades (40). De cette façon, l'assistance sociale devient le prétexte d'une intervention sur la reproduction des communautés. La lutte contre la pauvreté se transforme en une guerre contre les pauvres, qui fait passer la réduction de celle-ci par la stérilisation de ceux-là. Pour réduire les « risques reproductifs », il suffit d'éliminer le facteur associé.

Un an et demi après les faits, dans sa recommandation 041/99, la Commission des droits de l'homme de l'état de Guerrero (Coddehum) accréditait la stérilisation forcée des hommes mixtèques, effectuée au moyen « d'artifices et de machinations trompeuses », tout en demandant au Ministère de la Santé local d'ouvrir une enquête contre les fonctionnaires impliqués, pour leur sanction, ainsi que le versement d'une indemnité en faveur des victimes. En réponse, ledit ministère niait le caractère forcé des stérilisations en raison du fait que les indigènes opérés auraient signé un formulaire de consentement (ignorant que la plupart d'entre eux étaient monolingues et analphabètes), refusant par conséquent toute obligation d'indemnisation. Face à ce déni, les Mixtèques déposaient un recours devant la CNDH qui, dans sa recommandation 018/2001 (36), a finalement ratifié la première résolution de son homologue local et a chargé le gouverneur de l'état de Guerrero de la faire appliquer. Entre-temps, le représentant des victimes, lui-même stérilisé, Severiano Lucas Petra, était assassiné.

Dans le cas des hommes tlapanèques, la procédure judiciaire a pris encore plus de temps, s'étendant de 2004 à 2007, mais elle a suivi la même voie que celle empruntée par les Mixtèques : avec une première résolution similaire de la Coddehum (35/2004), suivie de la réponse ministérielle négative et de la recommandation en deuxième instance de la CNDH (37), ratifiant à nouveau la décision de la Commission locale. Moins de deux mois après cette seconde recommandation, en février 2008, Lorenzo Fernández Ortega, originaire de la communauté affectée d'El Camalote, qui avait contribué activement à rendre possible la plainte des victimes, était assassiné à son tour. En avril, deux des hommes stérilisés, dont leur représentant légal, Orlando Manzanares Lorenzo, étaient arrêtés, torturés et emprisonnés pour un délit fabriqué de toute pièce (ils seront reconnus prisonniers politiques par Amnistie Internationale) (41). Enfin, en 2009, Raúl Lucas Lucía, représentant du groupe des Mixtèques stérilisés, était lui aussi assassiné.

La particularité du cas d'Ayutla réside dans plusieurs aspects : dans le fait que les personnes stérilisées sont tous des hommes, mais aussi, dans le caractère collectif des deux cas qui le compose, ainsi que dans la violence homicide qui l'accompagne. Ces traits distinctifs ne sont pas le fruit du hasard. Ils ont à voir avec une dimension politique qui transcende le médical, comme j'essaierai de le démontrer ci-dessous.

STÉRILISATION ET CONTRE-INSURRECTION : LA FACE CACHÉE

La stérilisation forcée a été considérée essentiellement comme un problème sanitaire et juridique, ignorant souvent sa dimension politique. Cependant, au Pérou comme au Mexique, dans les années 1990, la stérilisation forcée de la population autochtone s'est produite dans des contextes très conflictuels, marqués par la lutte armée. Dans le cas du pays andin, elle s'est déroulée dans le cadre du conflit armé interne (1980-2000) qui a opposé les forces de l'État à la guérilla du Sentier Lumineux. Malgré cela, curieusement, « elle n'a pas été liée ni incluse dans ce cadre, au contraire, ce fait fondamental a été rendu invisible » (42). Au début des années 2000, c'est ainsi que la Commission de la vérité et de la réconciliation, chargée d'enquêter et de rendre compte des violences qui se sont produites pendant la période du conflit armé, a exclu délibérément de ses travaux la question des stérilisations forcées, alors que tout indiquait une nécessité contraire (43).

En effet, les territoires les plus touchés par la campagne de stérilisation sont précisément ceux qui « étaient perçus comme une menace à la 'sécurité' et à la 'stabilité' intérieures […] Les abus commis dans le cadre du PNSRPF se sont inscrits dans un contexte qui a exacerbé les expressions idéologiques contre 'l'ennemi intérieur' » (44). De même, il est essentiel de ne pas oublier, comme Giulia Tamayo le remarque, que « les persécutions pour stériliser les femmes dans les zones sous contrôle militaire étaient fondées sur la crainte de la population de résister aux ordres de l'État » (44). En d'autres termes, les stérilisations forcées n'auraient pas eu leur dimension massive sans la militarisation préalable des régions où elles ont eu lieu. Il est donc difficile de nier cette évidence, relevée par Kimberly Theidon : « Il y a eu une relation entre la contre-insurrection et les campagnes de stérilisation, dans laquelle toutes deux reflétaient le profond racisme qui caractérise le Pérou » (45).

La principale preuve écrite de cette relation se trouve dans un plan de gouvernement, élaboré par l'armée péruvienne entre les années 1989 et 1990 pour faire face à l'insurrection du Sentier Lumineux, connu plus tard sous le nom de « Plan vert » (*Plan Verde*), dont le texte (inédit) exprime dans des termes explicites une intention génocidaire. Un des premiers et des rares à avoir eu accès à ce document, le journaliste Fernando Rospigliosi, affirme qu'on y lit « des idées franchement similaires aux nazis. Il est dit que le problème le plus important du Pérou est que ses tendances démographiques, après la Seconde Guerre mondiale, ont atteint des proportions épidémiques » (46). La solution à ce « problème » passe dès lors par une politique massive de stérilisation, qui se trouve justifiée dans plusieurs fragments du plan, reproduits par Rospigliosi (46), Zauzich (16) et Theidon (47), et que je réunis ici de la manière suivante, *in extenso* :

> La nécessité de freiner la croissance démographique dès que possible a été démontrée et, en outre, il est urgent de traiter les **excédents existants** : utilisation généralisée de la stérilisation dans les groupes **culturellement arriérés** et économiquement appauvris […] Les méthodes ne devraient être qu'expérimentales et être utilisées que dans certaines zones, pour voir les réactions de la population avant de les étendre par la suite à d'autres secteurs […] mais la ligature doit être la norme dans tous les centres de santé où ont lieu des accouchements, à moins que les femmes ne puissent prouver leur solvabilité économique […] Les programmes sociaux pour certains secteurs devraient être liés à la condition qu'ils participent aux programmes de planification familiale […] Nous considérons **les subversifs et leurs familles immédiates, les agitateurs professionnels**, les éléments criminels et les trafiquants de cocaïne comme un **excédent nocif de population**. Pour ces secteurs, compte tenu leur caractère d'**incorrigibles** et le manque de ressources […] il ne reste que leur **extermination totale**.

Tout est dit. L'eugénisme exprimé dans ces lignes justifie la stérilisation massive de larges secteurs de la population (autochtones, pauvres et criminels), considérés comme « inférieurs » et « excédentaires », en intervenant sur le corps des femmes par une ligature qui devrait être la norme dans les services de maternité. En groupant les « agitateurs professionnels » avec les délinquants et les trafiquants, la vision militaire cherche à réduire l'insurrection à une simple criminalité. En outre, l'idée de combiner les programmes sociaux et le planning familial est explicitement formulée, faisant du second un critère pour les premiers. Cependant, du point de vue de la thèse ici défendue, le passage du texte le plus intéressant est que le caractère « incorrigible » des « subversifs » nécessite une « extermination » dont l'ensemble comprend leurs « familles immédiates », établissant ainsi une relation évidente entre contre-insurrection et stérilisation. En ce sens, il est important de rappeler, comme le fait Theidon : « que dans la doctrine classique de la contre-insurrection, l'accent était mis sur l'éradication de la menace

terroriste à la racine, même en éliminant les enfants qui allaient grandir et être appelés à faire partie de la guérilla » (47). Dans cette logique militaire, la stérilisation forcée dans les régions où la guérilla est présente n'a pas seulement un caractère punitif mais également préventif.

C'est ce plan en particulier que le gouvernement élu de Fujimori a dû négocier avec les militaires avant d'assumer le pouvoir, ratifiant le pacte ainsi conclu lors du « putsch » de 1992, comme le démontre l'enquête de Rospigliosi (46). À cette alliance civil-militaire s'est ajouté l'intervention des États-Unis pour soutenir une contre-insurrection qui, malgré la fin de la Guerre froide, continue de faire partie de sa politique étrangère vis-à-vis de l'Amérique latine. Ce qui est curieux à ce sujet, c'est que le principal domaine financé par les États-Unis dans cette lutte, par le biais de son Agence pour le développement international (USAID), a été précisément le PNSRPF, comme le montrent les travaux d'investigation de Rendón (48) et de Zauzich (16). Une fois de plus, contre-insurrection et stérilisation apparaissent unies, cette fois sur un point où convergent les intérêts d'une politique étrangère américaine doublement motivée, d'un côté, par l'héritage de l'endiguement anticommuniste (*containment*) et de l'autre, par la nécessité d'un contrôle sur une démographie latino-américaine de plus en plus perçue comme une menace pour la « sécurité hémisphérique ». Il est ainsi évident qu'au Pérou, l'une des origines de la politique de stérilisation forcée est de nature militaire, et que celle-ci obéit, à son tour, à une stratégie contre-insurrectionnelle. C'est pour cette raison que, selon l'artiste et anthropologue Alejandra Ballón, spécialiste de la question, « le cas massif de stérilisation forcée au Pérou doit être considéré comme une arme de guerre » (49).

Si le cas mexicain n'est pas strictement comparable au cas péruvien, étant donné qu'il ne partage pas son caractère massif, pour autant, ce dernier n'en constitue pas moins un cadre d'interprétation dans lequel le premier peut s'inscrire. Au-delà de la différence d'échelle, les deux cas présentent en effet des similitudes: ils sont contemporains, ils font partie d'une politique de planning familial et ils ont été mis en œuvre en milieux ruraux et autochtones, par des institutions de santé publique, dans des contextes fortement militarisés du fait de la présence de guérillas. Dans le cas de Guerrero,[3] il s'agit de l'Armée révolutionnaire du peuple insurgé (ERPI). C'est précisément à Ayutla que cette dernière est publiquement connue, à la suite d'un massacre survenu le 7 juin 1998 dans le village mixtèque d'El Charco, au cours duquel les militaires ont tué onze personnes et en ont blessé cinq autres. Un mois plus tard, la guérilla reconnaissait quatre de ses membres parmi les morts.

Le massacre d'El Charco marque un tournant dans l'histoire municipale. Désormais, la présence de l'État se déploie « en suivant la doctrine de la guerre contre-insurrectionnelle. Ce sont les ordres des généraux et de la police qui donnent son contenu à la politique que le gouverneur de l'état et la mairie doivent adopter », selon le Centre des droits de l'homme de la montagne « Tlachinollan » (qui a un bureau dans la ville d'Ayutla) (50). La municipalité est militarisée, se réactivant une contre-insurrection qui avait été expérimentée à Guerrero durant la période de la « Sale Guerre » (*Guerra Sucia*) des années 1970 (51,52), et qui, à cette époque, se réinventait au Chiapas face au soulèvement zapatiste comme « conflit de basse intensité » (53). Dans ce schéma, le déploiement de troupes vise l'occupation physique du terrain, car la guérilla, comme l'explique l'écrivain Carlos Montemayor, « grandit sous le silence complice d'une région entière [...] De vastes et complexes liens familiaux pénètrent les villages et les hameaux avec un système de communication qu'il est impossible de déchiffrer ou d'anticiper pour l'armée sans recourir à une dévastation aveugle » (54). C'est cette logique militaire qui soutient non seulement la brutalité du massacre d'El Charco, mais aussi la cruauté des stérilisations.

À Ayutla, la coïncidence temporelle entre ces deux événements, séparés seulement de deux mois (entre avril et juin 1998), ainsi que leur concentration géographique, dans des communautés autochtones éloignées d'à peine quelques kilomètres l'une de l'autre, ne peuvent en aucun cas être fortuites. Ni une campagne de cette nature ni un massacre tel que celui-ci ne s'était produit avant, dans l'histoire de la municipalité et celle de la région de la Costa Chica, ni s'est reproduit depuis. Un lien unit nécessairement ces deux épisodes. Néanmoins, il est difficile d'en éclairer la nature exacte, étant donné que cette relation, extrêmement trouble (et troublante), se meut dans une zone grise, dans laquelle les contours de l'action militaire et de l'action médicale se brouillent pour se confondre, entre la médicalisation de la première et la militarisation de la seconde. Si la face paramédicale a été dévoilée grâce aux plaintes des hommes stérilisés, la face paramilitaire n'en reste pas moins cachée. C'est pourtant l'élément clé, dans le cas d'Ayutla, qui paraît unir stérilisation et contre-insurrection.

Des éléments en ce sens sont fournis par le travail de terrain qu'a mené Marcela Orraca (55), précisément dans la localité d'El Camalote, d'où sont originaires les hommes tlapanèques stérilisés. En effet, ce village a été l'un des plus touchés par la militarisation. En son sein se sont développées des activités paramilitaires, de la part d'une faction alliée de l'armée (dirigée par la famille Remigio Cantú). Le chef du village qui a apporté son soutien à la brigade de santé appartient justement à cette faction, tandis que les hommes stérilisés appartiennent à la faction opposée, dont plusieurs sont également membres d'une organisation sociale importante au niveau local. Cette organisation du nom de Organisation du peuple indigène me'phaa (OPIM) s'est opposée systématiquement au déploiement militaire dans la région. Finalement, le conflit entre les deux factions est aussi partisan, opposant le Parti révolutionnaire institutionnel (PRI) et le Parti de la révolution démocratique (PRD). Ainsi, nous comprenons la violence homicide qui a accompagné les stérilisations, sous le couvert de la présence militaire, non seulement à travers le meurtre des représentants des hommes stérilisés, mais aussi l'assassinat de plusieurs militants de l'organisation indigène et du PRD local, dans les années suivantes (56).

[3] Un autre cas possible au Mexique est celui de la « mission Chiapas de santé reproductive » mise en place en 1995, c'est-à-dire, un an après le soulèvement zapatiste et deux ans avant le massacre d'Acteal. Cette mission est mentionnée par Freyermuth (29). De la même manière qu'à Guerrero, il s'agit d'une campagne de planning familial dans des zones indigènes avec une présence de la guérilla (dans ce cas, de l'Armée Zapatiste de Libération Nationale), qui affecte des localités dans lesquelles ont été également enregistrées des activités paramilitaires (comme dans le cas de la municipalité de Chenalhó).

Étant donné l'intermédiation qu'opèrent le personnel paramédical et les agents paramilitaires, la relation qui unit la stérilisation et la contre-insurrection est indirecte, ce qui rend difficile sa vérification empirique. Cependant, d'autres indices existent, indirectes eux aussi, qui permettent d'appuyer ces faits (et d'en renforcer la démonstration). Il s'agit d'autres cas de violations des droits humains survenus à Ayutla, à la même époque, dans lesquels des militaires ont eu cette fois une participation directe, et qui présentent un parallélisme avec les stérilisations. En effet, ni ces dernières ni le massacre d'El Charco sont des événements isolés. Bien au contraire, de 1998 à 2004, un total de 16 cas de violation des droits de l'homme par l'armée est enregistré dans sept villages différents de la municipalité, tous autochtones (57). Parmi ces cas, figurent plusieurs viols de femmes perpétrés par des soldats, qui ont été connus grâce à la défense emblématique de deux d'entre elles: Inés Fernández Ortega (sœur de Lorenzo) et Valentina Rosendo Cantú (58).

Le viol de femmes comme arme de guerre constitue un registre largement reconnu par la littérature sur les conflits armés. Il l'est également dans des contextes de contre-insurrection, comme l'a par exemple démontré Jelke Boesten pour le cas péruvien (19). Par conséquent, il est évident que le viol de femmes autochtones à Ayutla s'inscrit dans cette logique de guerre. En revanche, ce qui peut paraître moins évident, c'est que la stérilisation forcée des hommes obéit aussi à la même stratégie, visant à fragmenter le tissu communautaire. En effet, dans des sociétés patriarcales comme les communautés autochtones de Guerrero, la vasectomie pose un problème qui n'est pas moindre, dans la mesure où elle remet profondément en cause la masculinité dominante (59-60). La perte de fertilité et de virilité est confondue, devenant un synonyme d'impuissance. Dans des communautés où la capacité à concevoir des enfants (de préférence garçons) et la performance sexuelle font partie intégrante de la virilité, un stigmate d'inutilité retombe sur les hommes stérilisés, qui les handicape socialement. Là où la vasectomie est méconnue et généralement associée à l'idée erronée d'une castration, un soupçon entoure désormais les émasculés imaginaires, qui non seulement les disqualifie en tant qu'hommes légitimes et membres à part entière de la communauté, mais les renvoie à un statut de passivité qui les rapproche dangereusement de l'homosexualité.

D'un point de vue symbolique, la stérilisation forcée représente donc une forme de désarmement dans lequel le fusil est remplacé par le phallus. Les valeurs de la guérilla, faites des sacrifices de la lutte armée, cherchent à être ainsi réduites à l'impuissance que symbolise la stérilisation des hommes et de leurs corps combattants. Comme tenant psychologique de la guerre contre-insurrectionnelle, qui intervient à l'intérieur des communautés autochtones, c'est l'insurrection elle-même qui vise à être stérilisée. De la même manière que pour le viol des femmes, c'est le corps dans sa plus profonde intimité qui devient partie intégrante du champ de bataille, comme extension de ce dernier. Alors qu'avec le viol des femmes, culminent l'invasion et l'assujettissement du territoire, l'infertilité des hommes fait avorter l'insurrection en réduisant la vigueur avec laquelle sont empoignées les armes. C'est alors que la stérilisation forcée intègre l'arsenal des tortures utilisées contre « l'ennemi intérieur », en tant que crime de guerre de la contre-insurrection.

CONCLUSION

De nos jours, la stérilisation est de loin la méthode contraceptive la plus utilisée au Mexique, représentant plus de la moitié de la population féminine concernée. La plupart des femmes stérilisées ont subi une chirurgie post-partum et, en même temps, dépendent du secteur public pour leurs soins de santé, ce qui illustre la responsabilité de l'État dans un domaine où la question du consentement est une préoccupation éthique incessante. Comme le résume Mara Viveros, l'organisation des services de planification familiale « n'est pas conçue pour stimuler une prise de décision autonome dans la population utilisatrice, mais plutôt pour la guider vers une option, atteignant ainsi les objectifs de couverture recherchés par les institutions » (6). Tant que ces conditions demeureront, liées à une volonté politique de contrôle démographique, à un habitus autoritaire dans le champ médical et à des conditions générales de pauvreté dans d'importants secteurs de la population, comme dans le cas des peuples autochtones, il sera extrêmement difficile de garantir un consentement réellement libre et, par conséquent, d'éliminer le problème de la stérilisation forcée.

En 2012, la Commission nationale pour prévenir et éliminer la violence contre les femmes souligne que « 27 % des utilisatrices autochtones des services de santé publique qui ont été stérilisées n'avaient pas participé à la décision d'être opérées, car cette dernière avait été prise par les médecins et le mari » (61). De même, si l'on observe les recommandations émises ces dernières années par la CNDH en matière de stérilisation forcée, celles-ci illustrent un problème actuel et généralisé, qui continue à affecter principalement des femmes pauvres, dans le moment post-partum immédiat, reproduisant ainsi le schéma historique que nous avons décrit ci-dessus. En résumé, il s'agit d'un contrôle de la fécondité qui a été promu au rang de politique d'État, faisant de la stérilisation forcée le résultat d'une adaptation institutionnelle entre des directives antinatalistes et des ressources limitées, depuis laquelle la santé sexuelle et reproductive n'est pas conçue comme elle devrait l'être, c'est-à-dire, comme un exercice libre de droits, sinon dans une perspective épidémiologique qui perçoit la pauvreté, le féminin et les cultures autochtones comme des menaces à l'ordre de la santé publique.

En août 2017, la CNDH comptabilisait un total de 124 dossiers de plainte de la part de femmes victimes de stérilisation forcée (62). Malgré cela, « aucune déclaration officielle n'a été recensée à ce sujet, et il n'y a pas eu non plus de destitution de personnel médical » (63). En 2015, des 32 états qui composent le Mexique, moins de la moitié d'entre eux (18) disposaient d'un code pénal reconnaissant la stérilisation forcée comme un délit. Les sanctions prévues dans ces codes, bien qu'elles puissent entraîner quelques années de prison, reposaient essentiellement sur de simples amendes, ainsi que sur la suspension de l'emploi ou de la profession médicale. Cette situation ne correspond en aucune façon ni à la gravité du crime ni à l'importance de son ampleur. Elle ne contribue qu'à alimenter l'impunité, c'est-à-dire, à « prolonger le temps de réponse institutionnel pour épuiser les efforts des victimes, effacer les traces et les preuves, tout en entretenant le doute. Mais

également, l'impunité projette l'oubli et protège la légitimation de pratiques et de discours de dissimulation qui, en fin de compte, permettent la répétition de nouveaux abus, renforcés par l'absence de condamnation officielle » (44).

Il est donc indispensable d'entreprendre de nouvelles recherches en la matière, ici et ailleurs, afin de continuer à rendre visible un problème dont la gravité d'un point de vue éthique est préoccupant. Ce travail, nécessairement collectif, peut prendre différentes directions. D'une part, pour déterminer si la stérilisation forcée de population autochtone représente ou non une politique d'État qui a été délibérément planifiée, comme l'ont déclaré certaines organisations des peuples autochtones, avec d'importantes implications en termes de responsabilité pénale et de justice transitionnelle. D'autre part, pour élaborer des statistiques permettant d'obtenir un profil de la population affectée, au-delà des cas particuliers. Enfin, pour clarifier les relations existantes avec d'autres politiques, non seulement dans les domaines de la santé reproductive et de la planification familiale, comme l'a fait Vania Smith-Oka (64), par exemple, mais aussi dans ceux de l'assistance sociale et de la sécurité. Finalement, la validation de la thèse ici défendue passera uniquement par d'autres travaux qui prennent comme objet d'étude des régions avec une présence historique de guérilla(s), que ce soit au Mexique (comme dans les cas du Chiapas, de Oaxaca ou d'Hidalgo, en plus de Guerrero) ou dans un autre pays d'Amérique latine, à commencer par le cas emblématique du Pérou, pour que la stérilisation forcée soit perçue et reconnue comme ce qu'elle est en réalité : un crime de guerre.

Reçu/Received: 30/04/2020
Publié/Published: 16/11/2020

Remerciements
Je remercie l'aide de Gisela Espinosa pour l'élaboration de cet article.

Acknowledgements
I thank Gisela Espinosa for helping me in the preparation of this article.

Conflits d'intérêts
Aucun à déclarer

Conflicts of Interest
None to declare

Édition/Editors: Julien Brisson & Aliya Affdal

Les éditeurs suivent les recommandations et les procédures décrites dans le Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors de COPE. Plus précisément, ils travaillent pour s'assurer des plus hautes normes éthiques de la publication, y compris l'identification et la gestion des conflits d'intérêts (pour les éditeurs et pour les auteurs), la juste évaluation des manuscrits et la publication de manuscrits qui répondent aux normes d'excellence de la revue.

The editors follow the recommendations and procedures outlined in the COPE Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors. Specifically, the editors will work to ensure the highest ethical standards of publication, including: the identification and management of conflicts of interest (for editors and for authors), the fair evaluation of manuscripts, and the publication of manuscripts that meet the journal's standards of excellence.

Évaluation/Peer-Review: Karine Vanthuyne & Arlette Gautier

Les recommandations des évaluateurs externes sont prises en considération de façon sérieuse par les éditeurs et les auteurs dans la préparation des manuscrits pour publication. Toutefois, être nommé comme évaluateurs n'indique pas nécessairement l'approbation de ce manuscrit. Les éditeurs de la *Revue canadienne de bioéthique* assument la responsabilité entière de l'acceptation finale et de la publication d'un article.

Reviewer evaluations are given serious consideration by the editors and authors in the preparation of manuscripts for publication. Nonetheless, being named as a reviewer does not necessarily denote approval of a manuscript; the editors of *Canadian Journal of Bioethics* take full responsibility for final acceptance and publication of an article.

RÉFÉRENCES

1. Albert G, Szilvasi M. Intersectional Discrimination of Romani Women Forcibly Sterilized in the Former Czechoslovakia and Czech Republic. Health and Human Rights Journal. 2017;19(2):23-34.
2. Rich M, Inoue M. Japan to Compensate Forcibly Sterilized Patients, Decades After the Fact. New York Times. 25 avril 2019. https://www.nytimes.com/2019/04/25/world/asia/japan-sterilization-eugenics-compensation.html
3. Boyer Y, Bartlett J. External Review: Tubal Ligation in the Saskatoon Health Region: The Lived Experience of Aboriginal Women. Saskatoon Health Region. 22 juillet 2017. https://www.saskatoonhealthregion.ca/DocumentsInternal/Tubal_Ligation_intheSaskatoonHealthRegion_the_Lived_Experience_of_Aboriginal_Women_BoyerandBartlett_July_22_2017.pdf
4. Menéndez E. Antropología médica en América Latina 1990-2015. Salud Colectiva. 2018;14(3):465.
5. Menéndez E. De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y la epidemiología mexicanas. Salud Colectiva. 2009;5(2):161.
6. Viveros M. De quebradores y cumplidores. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
7. United Nations Organization (UNO). Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization. An Interagency Statement. New York: OHCHR, UN Women, Unaids, UNDP, Unfpa, Unicef, WHO; 2015.
8. Figueroa JG. Comportamiento reproductivo y salud: reflexiones a partir de la prestación de servicios. Salud Pública de México. 1991;33(6):590-601.
9. Nowak M. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. New York: ONU A/HRC/7/3; 2008.
10. Cecchetto S. Población y esterilización. Relaciones. 2003;229:23-25.
11. Roberts D. Killing the Black Body. New York: Pantheon Books; 1997.
12. Malave F. Sterilization of Puerto Rican Women. Madison: University of Wisconsin; 1999.

13. Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). Informe Nº 71/03. Solución amistosa. Petición 12.191. Mamérita Mestanza vs. Perú. Washington D.C.: CIDH; 2003.
14. Lerner A. Las polémicas mediáticas en la campaña de esterilizaciones masivas en el Perú de Fujimori. Tesis de licenciatura en Historia. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2009.
15. Tamayo G. Silencio y complicidad. Reporte de derechos humanos sobre violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: Cladem; 1998.
16. Zauzich MC. Política demográfica y derechos humanos. Investigación periodística de la situación en el Perú. Justicia y Paz, Bonn; 2000.
17. Ewig C. Second-Wave Neoliberalism. Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru. Penn State University Press, State College; 2010.
18. Ballón A, editora. Memorias del caso peruano de esterilización forzada. Biblioteca Nacional del Perú, Lima; 2014.
19. Boesten J. Sexual Violence during War and Peace: Gender, Power and Post-Conflict Justice in Peru. New York: Palgrave MacMillan; 2014.
20. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). Nada personal. Reporte de Derechos Humanos sobre la Aplicación de Anticoncepción Quirúrgica en el Perú 1996-1998. Lima: Cladem; 1999.
21. Citroni G. Esterilizaciones forzadas en el Perú. En: Ballón A. Editora. Memorias del caso peruano de esterilización forzada. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2014. p. 93-122.
22. González S. Los aportes de las ONG a la salud reproductiva en México. En: González S. Editora. Las organizaciones no gubernamentales mexicanas y la salud reproductiva. Ciudad de México: El Colegio de México; 1999. p. 15-51.
23. Bronfman M, Castro R. Discurso y práctica de la planificación familiar. Saúde em Debáte. 1989;25:65.
24. Espinosa G, Paz L. La perspectiva de género en las políticas de salud reproductiva. Sociológica. 2004;19(54):125-53.
25. Figueroa JG. Una reflexión sobre el uso de anticonceptivos en México a la luz de los derechos reproductivos. En: Lezama JL, Morelos J. Editores. Población, ciudad y medio ambiente en el México contemporáneo. Ciudad de México: El Colegio de México; 2006. p. 185-212.
26. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. Revista Mexicana de Sociología. 2014;76(2):167-197.
27. Smith-Oka V. 'They don't know anything': how medical authority constructs perceptions of reproductive risk among low-income mothers in Mexico. In: Fordyce L, Maraesa A, eds. Risk, Reproduction, and Narratives of Experience. Nashville: Vanderbilt University Press; 2012. p. 103-121.
28. Diario Oficial de la Federación (DOF). Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. Ciudad de México: DOF; 1996.
29. Freyermuth G. Antecedentes de Acteal: muerte materna y control natal, ¿genocidio silencioso? En: Hernández A. Editora. La otra palabra. Mujeres y violencia en Chiapas, antes y después de Acteal. México: CIESAS-COLEM-CIAM; 1998. p. 63-83.
30. Kirsch J, Arana M. Informed consent for family planning for poor women in Chiapas, Mexico. Lancet. 1999;354(9176):419-20.
31. Ruiz M. Obliga IMSS a trabajadoras a reclutar mujeres para programa de esterilización permanente. Cimacnoticias. 7 janvier 2013.
32. Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH). Los pueblos indígenas en México. Informe. 2002;331(3).
33. Gautier A et Quesnel A. Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique). Paris: ORSTOM; 1993.
34. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas. Ciudad de México: INSP; 2008.
35. Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD). Examen de los informes presentados por los Estados parte de conformidad con el artículo 9 de la Convención, Observaciones finales – México. New York: CERD/C/MEX/CO/15; 2006.
36. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Recomendación 18/2001. Ciudad de México: CNDH; 2001.
37. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). Recomendación 66/2007. Ciudad de México: CNDH; 2007.
38. Espinosa G, Paz L. Salud reproductiva en México. En: Espinosa G. Editora. Compromisos y realidades de la salud reproductiva en México. Universidad Autónoma Metropolitana – El Atajo, Ciudad de México; 2000. p. 25-171.
39. Consejo Nacional de Población (Conapo). Programa Nacional de Población 1995-2000. Ciudad de México: Conapo; 1996.
40. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). Niñas y mujeres sin justicia. Derechos reproductivos en México. Ciudad de México: GIRE; 2015.
41. Amnistie Internationale. La lutte pour la justice et la dignité. Les défenseurs des droits humains au Mexique. AMR41/032/2009 ÉFAI; janvier 2010.
42. Ballón A. El caso peruano de esterilización forzada: notas para una cartografía de la resistencia. Aletheia. 2014;5(9).
43. Getgen J. Untold truths: the exclusion of enforced sterilizations from the Peruvian Truth Commission's final report. Boston College Third World Law Journal. 2009;29(1):1-34.

44. Tamayo G. De entuertos y a tuerto. En: Ballón A, ed. Memorias del caso peruano de esterilización forzada. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2014. p. 123-48.
45. Theidon K. First do no harm: enforced sterilizations and gender justice in Peru. Harvard Review of Latin America. 2014 Fall:87.
46. Rospigliosi F. Las Fuerzas Armadas y el 5 de abril. La percepción de la amenaza subversiva como una motivación golpista. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1996.
47. Theidon K. Presentación. En: Ballón A, ed. Memorias del caso peruano de esterilización forzada. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2014. p. 13-20.
48. Rendón S. La intervención de los Estados Unidos en el Perú. Lima: Sur; 2013.
49. Ballón A. Esterilizaciones forzadas a la espera de justicia. Signos. 2015;35(6):6-7.
50. Centro de Derechos Humanos de la Montaña 'Tlachinollan'. Luchar para construir el amanecer de la justicia / El veredicto final. XVI Informe / XVII Informe. Tlapa: Tlachinollan; 2011.
51. Herrera F, Cedillo A, éditeurs. Challenging Authoritarianism in Mexico: Revolutionary Struggles and the Dirty War. New York: Routledge; 2012.
52. Aviña A. Specters of Revolution: Peasant Guerrillas in the Cold War Mexican Countryside. New York: Oxford University Press; 2014.
53. Sierra J. El enemigo interno: contrainsurgencia y Fuerzas Armadas en México. Plaza y Valdés, Mexico; 2007.
54. Montemayor C. La guerrilla recurrente. Mexico: Random House; 2007.
55. Orraca M. Narrativas en torno a la presencia del Ejército mexicano en Ayutla de los Libres. Tesis de licenciatura en Relaciones Internacionales. Universidad de las Américas, Puebla; 2010.
56. Schatz S. Murder and Politics in Mexico: Political Killings in the Partido de la Revolución Democrática and its Consequences. New York: Springer; 2011.
57. Centro de Derechos Humanos de la Montaña 'Tlachinollan'. Contra el silencio y el olvido. X Informe. Tlapa: Tlachinollan; 2004.
58. Amnistie Internationale. Mexique: Femmes indigènes et injustice militaire; 2004.
59. Gutmann M. Scoring men: vasectomies and the totemic illusion of male sexuality in Oaxaca. Culture, Medicine and Psychiatry. 2005;29:79-101.
60. Rojas O. Los hombres mexicanos y el uso de anticoncepción. Iztapalapa. 2014;77(2):77-95.
61. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Conavim). Estudio nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres. Ciudad de México: Conavim; 2012.
62. Piña G, Rodríguez D. Alma, víctima de esterilización forzada en Guerrero. La Silla Rota. 20 août 2017.
63. Romero H, Ortega B. Vulnerabilidad impuesta y violación sistemática a los derechos de las mujeres indígenas en México. Revista Médica Electrónica. 2017;39(4):933-945.
64. Smith-Oka V. Shaping the Motherhood of Indigenous Mexico. Nashville: Vanderbilt University Press; 2013.