

De la planification familiale à la santé de la reproduction : L'évolution des programmes dix ans après les accords du Caire

Arlette Gautier

Le Programme d'action du Caire (PAC), tout en étant dans la continuité des précédentes conférences internationales sur le sujet, s'en démarquait aussi nettement par plusieurs points²⁶. Ainsi, il mettait au centre des politiques démographiques :

- 1) L'individu et non plus les grands équilibres démo-économiques. Les politiques démographiques doivent désormais permettre aux individus et aux couples de réaliser leurs objectifs de fécondité dans les meilleures conditions sanitaires possibles.
- 2) Les femmes et les hommes de tout âge, et non plus seulement les femmes d'âge reproductif. En effet, les morbidités reproductives touchent les individus à tout âge et pas seulement pendant la période de reproduction.
- 3) Tout en réaffirmant le droit à décider du nombre et de l'espacement des naissances, le programme du Caire cible l'ensemble de la santé de la reproduction : c'est-à-dire la santé maternelle mais aussi les autres morbidités, telles les cancers de l'appareil reproductif, l'infertilité, les infections sexuellement transmissibles, et toutes les morbidités de type reproductif²⁷.
- 4) La liberté reproductive est réaffirmée avec force contre les empiétements de l'État ou du conjoint. Il est ainsi conseillé d'abolir la méthode des objectifs quantitatifs dans les programmes car elle a trop souvent conduit à des abus, les professionnels de la planification familiale cherchant à remplir leurs quotas plus qu'à permettre aux individus et aux couples de réaliser leurs souhaits de fécondité.
- 5) La qualité et le respect des patients sont des obligations pour les programmes de santé reproductive, ce qui implique d'offrir une information variée et objective ainsi qu'un choix de méthodes et de traitements.

Ratifié par plus 180 pays, bien qu'avec des réserves, ce programme a été introduit dans les politiques et les programmes d'une quarantaine de pays, au moins au niveau sémantique²⁸. Toute transformation institutionnelle nécessite un certain laps de temps pour développer ces potentialités. Dix ans plus tard, il est cependant possible de vérifier dans quelle mesure les politiques ont avancé dans la réalisation de leurs objectifs. On peut ainsi remarquer que, si des progrès notables ont été réalisés dans le domaine de la planification familiale, l'accès aux services de santé reproductive et à la santé reproductive semblent ne pas s'être autant améliorés, et s'interroger sur les raisons de cet état de fait.

²⁶ FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION, *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5-13 septembre 1994, New York, Nations Unies et CIPD 1994.

²⁷ BONNET Doris et Agnès GUILLAUME, 1999. « La santé de la reproduction. Concept et acteurs », Paris, IRD, équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction, *Documents de recherche* 8.

²⁸ GAUTIER Arlette, 2001, « Politiques, programmes et droits en matière de santé de la reproduction », in Guillaume Agnès, *Rapport des experts français à la 35^e commission population et développement* ; GAUTIER Arlette, 2002, « Les politiques de planification familiale : du malthusianisme au féminisme ? », *Lien social et politique*, 47, printemps : 67-81

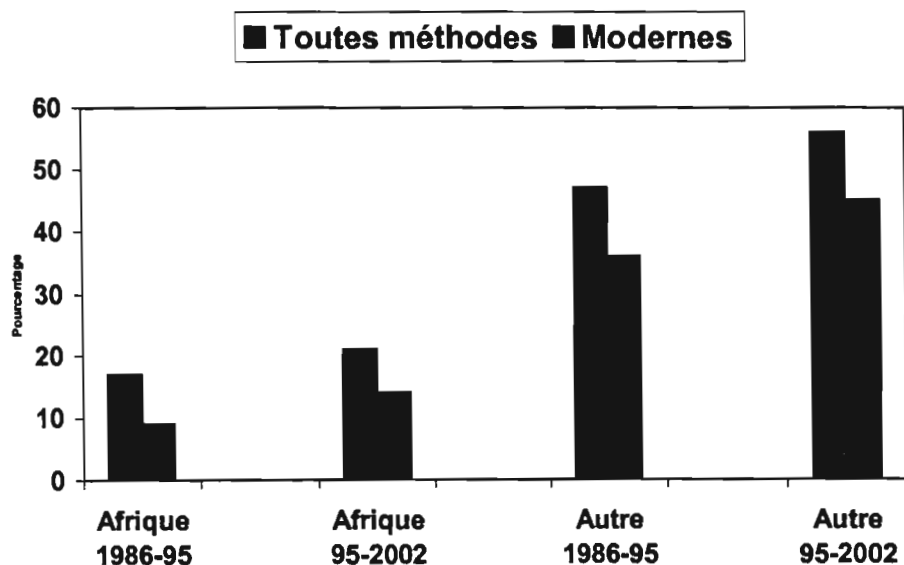
Réorienter les programmes de planification familiale

Les enquêtes démographiques et de santé d'ORC-Macro-international permettront de mesurer les changements quantitatifs et qualitatifs intervenus dans la planification familiale. En effet, leurs questionnaires sont identiques et se prêtent donc bien à des comparaisons. Nous comparerons les trente-trois pays qui ont été enquêtés au moins deux fois, en 1987-1995 puis en 1995 à 2002. Ainsi, ce sont deux groupes semblables qui seront comparés et non des ensembles dont les caractéristiques peuvent être différentes. Dix sept pays se situent en Afrique subsaharienne et les seize autres « ailleurs ». Leur population totale représente un tiers de la population mondiale et 44 % de celle des pays en développement. Toutefois, comme le signalent Desgrées du Loû et Vimard²⁹ (2000), les pays en crise sont sous représentés dans les EDS, ce qui est encore plus le cas pour les enquêtes répétées. Aussi nos résultats ne peuvent être extrapolés à tous les pays et particulièrement pas à la quarantaine de pays qui vivent des situations de fort conflit, voire de guerre.

Les indicateurs traditionnels

Les indicateurs utilisés traditionnellement vérifient que les objectifs anti-malthusiens des programmes étaient bien réalisés. De fait, la fécondité a légèrement baissé, passant de 6 enfants par femme en Afrique au Sud du Sahara à 5,5 et de 3,9 à 3,3 ailleurs. L'augmentation de l'âge à la première maternité est un des déterminants de la baisse de la fécondité. L'autre est l'intensification de la prévalence contraceptive, qui a eu lieu dans presque tous les pays étudiés. Alors qu'en 1986-1995, 17 % des Africaines vivant au Sud du Sahara pratiquaient une contraception, pour la moitié moderne, dans la dernière période une Africaine sur cinq pratique une contraception, pour les deux tiers moderne. Dans les autres pays enquêtés, la proportion des utilisatrices de contraception est passée de 47 % à 56 % des femmes, dont respectivement 75 % et 80 % ont choisi une méthode moderne.

Graphique 1. L'évolution de l'utilisation de toutes les méthodes de contraception et des méthodes modernes dans les 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002 en %. Source EDS.



²⁹ DESGRÉES DU LOÛ Annabel et VIMARD Patrice, 2000, « La santé reproductive : nouvelle approche globale en Afrique subsaharienne », *Afrique contemporaine*, 3^e trim : 119

La légère augmentation de la moyenne de l'utilisation de la contraception entre les deux périodes masque des évolutions divergentes selon les pays. Ainsi le Malawi a connu une forte augmentation de l'utilisation de toutes les méthodes contraceptives (+15) mais surtout des méthodes modernes (+20) et notamment de la ligature des trompes, généralement peu pratiquée en Afrique subsaharienne, où la contraception est surtout utilisée pour espacer les naissances. La pratique de la contraception a diminué au Rwanda, ce qui n'est pas étonnant vu la désorganisation lié à la guerre civile, mais aussi au Togo et au Burkina Faso. Ailleurs aussi les évolutions peuvent être diversifiées : ainsi la pratique contraceptive générale a également diminué en Turquie.

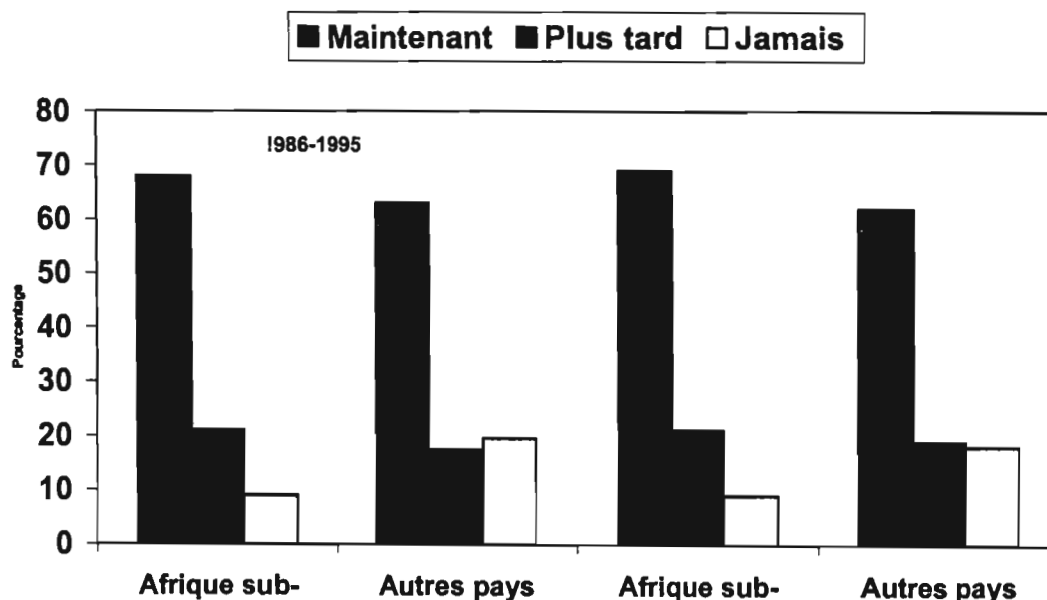
De nouveaux indicateurs pour de nouveaux objectifs

Si l'on ne se préoccupe plus de la baisse de la fécondité mais, selon le programme d'action du Caire, de la liberté de choix, c'est à dire de réalisation des désirs de fécondité, il est nécessaire d'utiliser d'autres indicateurs.

Permettre aux individus de réaliser leur désir de fécondité

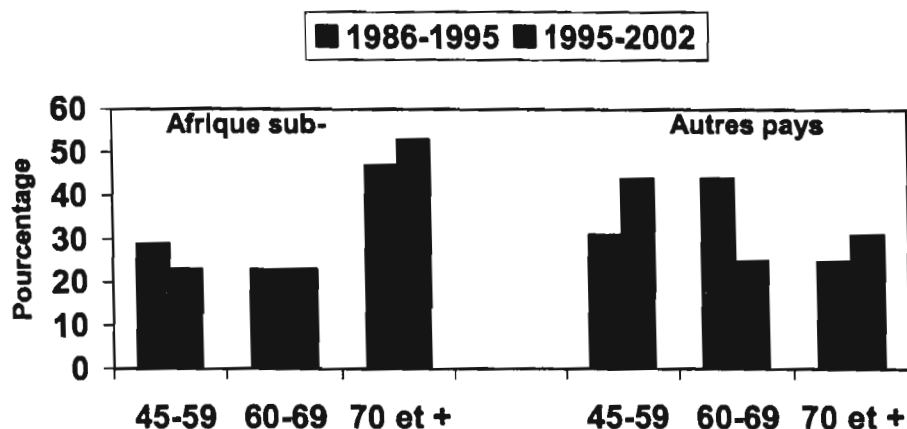
Les EDS ne permettent qu'imparfaitement de mesurer la réalisation de leurs souhaits de fécondité par les individus et les couples. En effet, la question posée sur la dernière naissance permet de préciser si elle a été voulue à ce moment, si elle était souhaitée plus tard ou pas du tout. Il n'est pas possible de répondre que cette naissance était attendue depuis longtemps ou que l'on voudrait un autre enfant sans y arriver.

Graphique 2. Le pourcentage des naissances arrivées au bon moment, trop tôt ou non souhaitées, 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002. Source : EDS.



C'est en Afrique subsaharienne que les couples réussissent le mieux à réaliser leur choix de fécondité. Dans la moitié des pays, plus de 70 % des femmes déclarent que la dernière naissance était souhaitée alors que ce ne l'est le cas que du quart des autres pays. En sens inverse, les femmes sont moins de 60 % à déclarer que les dernières naissances étaient bienvenues dans le quart des pays africains et près de la moitié des autres pays.

Graphique 3. Le pourcentage de naissances souhaitées et arrivées au bon moment, 33 pays. Source : EDS.



Deux pays africains affichent une très forte satisfaction : le Niger et le Nigeria où la fécondité est supérieure à 6 enfants par femme, C'est aussi le cas au Kazakhstan où la fécondité est de 2,5 enfants par femme. C'est à dire que l'on trouve à la fois :

- des pays où la transition de la fécondité n'a pas encore commencé et où les individus souhaitent avoir de nombreux enfants, pour toutes sortes de raisons économiques, sociales ou culturelles. Ainsi au Rwanda où la satisfaction a augmenté parallèlement à l'indice de fécondité.
- des pays où les individus souhaitent peu d'enfants et arrivent à leur fin. Au Kazakhstan, la généralisation de l'accès à la contraception a permis de remplacer le recours à l'avortement³⁰.

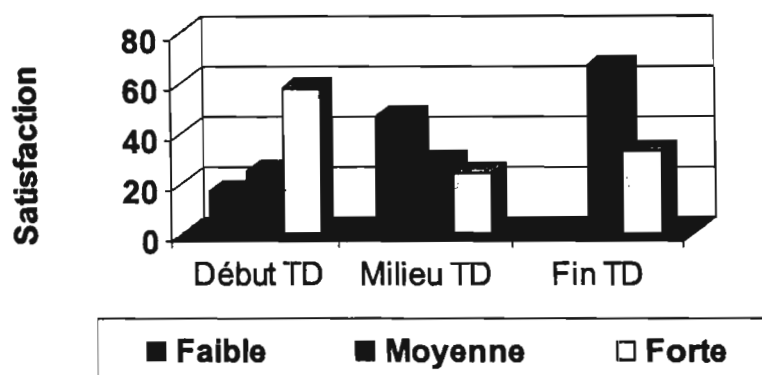
Comme on peut le voir dans le graphique suivant, les pays intermédiaires, où le désir de fécondité a commencé à diminuer, connaissent le plus fort taux d'insatisfaction. En effet, les couples ne connaissent pas encore bien ou maîtrisent insuffisamment les méthodes de contraception pour qu'elles soient totalement efficaces, ce qui est souvent lié à un programme de planification familiale peu adapté aux besoins des populations. En revanche, la satisfaction est la plus forte au début de la transition démographique³¹, c'est-à-dire quand la fécondité est supérieure à six enfants par femme, alors qu'elle est intermédiaire quand la fécondité est inférieure à trois enfants par femme.

³⁰ Westoff CF. The substitution of contraception for abortion in Kazakhstan in the 1990s. Calverton, Maryland, ORC Macro, MEASURE DHS+, 2000 Dec. vii, 30 p. (DHS Analytical Studies No. 1)

³¹ On peut parler de début de la transition démographique parce que la mortalité a commencé à baisser.

Graphique 4. La satisfaction par rapport à la dernière naissance en fonction du stade de la transition démographique (TD), 33 pays.

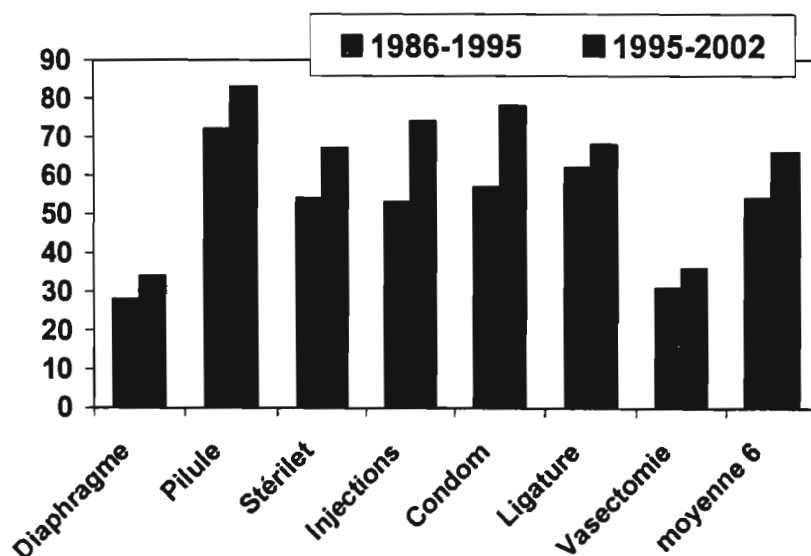
Début TD = 6 enfants par femme, milieu TD = 3 à 5,9, « fin » TD = moins de 3 enfants par femme. Satisfaction, faible = 45-59 %, moyenne = 60-69 %, forte = 70 % et +. Source : EDS.



Un accès à l'information encore faible mais en progression

Lors de la première période, seule une méthode, la pilule, était connue par plus de 70 % de la population dans les 33 pays étudiés. Le diaphragme et la vasectomie n'étaient connus que par un tiers des femmes. La situation s'est améliorée pour presque toutes les méthodes lors de la deuxième enquête, particulièrement pour les injections et le condom. Certaines politiques en Inde et en Indonésie ou au Maroc, se sont contentées de faire la promotion d'une méthode. Ce n'est pas le cas de toutes cependant : le Bangladesh, le Malawi ou le Yémen apportent une information diversifiée.

Graphique 5. Niveau de connaissances de différentes méthodes de contraception en 1986-95 et 1995-2002, 33 pays. Source : EDS.



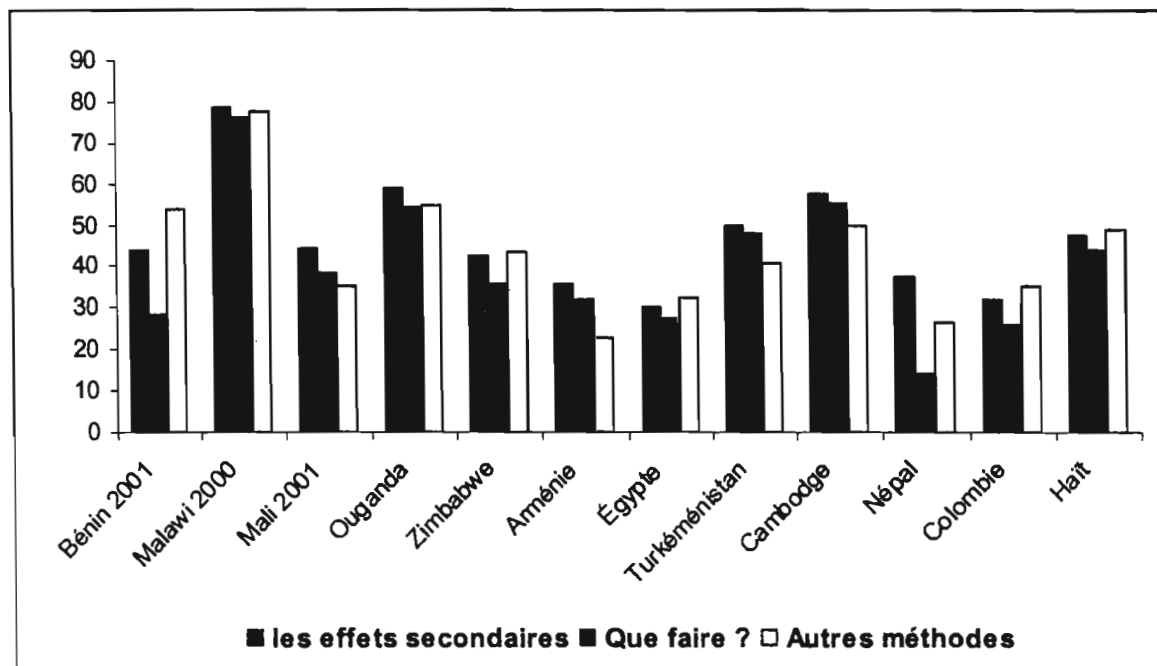
Les Africaines ont des niveaux de connaissances particulièrement faibles, cependant la progression y a été plus forte. Alors que 68 % puis 74 % des enquêtées des autres pays connaissent six méthodes, ce n'est le cas que de 41 % des Africaines au sud du Sahara lors de la première enquête et de 59 % lors de la dernière enquête. Pourtant, le cas du Malawi

manifeste que de fortes progressions sont possibles lorsque le pays mène des actions bien adaptées à la population. La connaissance moyenne de six méthodes (hors diaphragme) a progressé de 50 % à 60 % en huit ans. Ce sont le condom et les injections qui ont le plus augmenté, même si la pilule reste la méthode la plus connue.

Il faut aussi que cette information -soit honnête et évoque les effets secondaires éventuels des méthodes, -explique que faire s'ils se produisent et -présente plusieurs méthodes. Or, c'est loin d'être toujours le cas. Ainsi, d'après douze enquêtes démographiques et de santé réalisées entre 1999 et 2001, il n'y a que trois pays où la moitié des femmes ont bien eu toutes ces informations. Plus souvent, le tiers des femmes n'ont pas informées des effets secondaires, ni des actions à entreprendre, ni sur d'autres méthodes. La ligature des trompes est particulièrement l'objet de fausses informations particulièrement dommageables. 64 % des Maliennes interrogées, 74 % des Népalaises et quand même 3 % dans le pays le mieux loti, la Colombie, n'avaient pas été informées de ce risque.

Graphique 6. L'information sur les effets secondaires, 1999-2001.

Source : EDS.



L'information sur la contraception a donc progressé, mais elle reste limitée et biaisée. Le Malawi est un des rares exemples où, d'après les EDS, le choix est à la fois varié et informé.

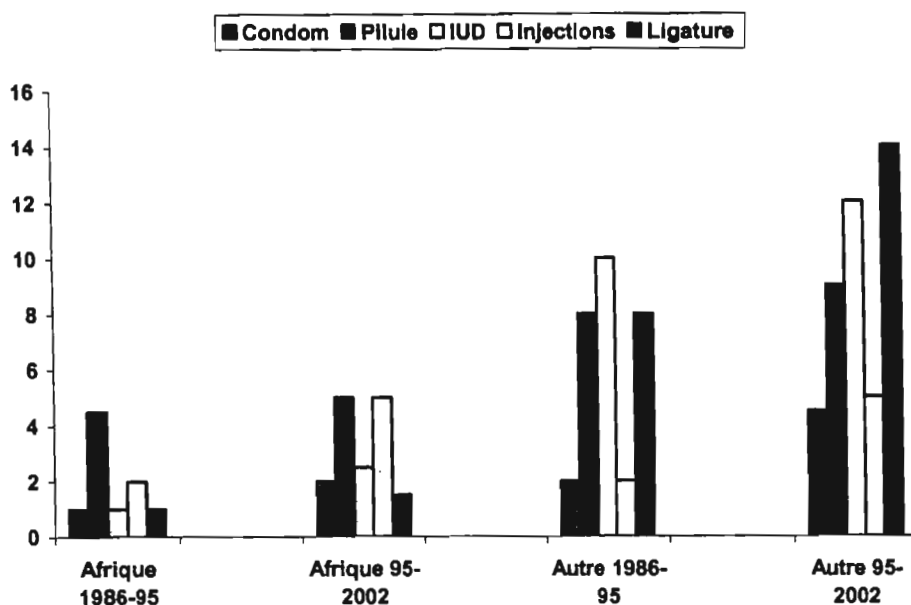
L'offre des méthodes s'est elle élargie ?

Un choix varié de méthodes permet de répondre aux besoins des individus, qui varient selon l'âge, le nombre d'enfants et les caractéristiques propres. Il limite les effets secondaires et favorise la continuation de la pratique contraceptive.

Le graphique suivant montre que la fréquence mais aussi la distribution des méthodes de contraception sont très différentes en Afrique subsaharienne et dans les autres pays. Dans la première région, la pilule était utilisée par la moitié des femmes utilisant une méthode moderne en 1986-1995 alors que par la suite les injections sont devenues aussi populaires que la pilule. La ligature n'est presque pas utilisée, en moyenne, alors qu'elle l'est par 8 % des habitantes des autres pays pendant la première vague d'enquêtes et 14 % dans la seconde, ce

qui en fait la méthode la plus utilisée. Alors que le stérilet (DIU) était la méthode la plus utilisée en 1986-1995, suivie par la pilule et les injections au même niveau, il est désormais second, suivi par la pilule. Les injections ont été critiquées parce qu'elles étaient mal supportées et elles ont été retirées de certains programmes de planification familiale. Néanmoins, les femmes les demandent parfois parce qu'elles sont pratiques, étant prises en une fois pour trois mois.

Graphique 7. Distribution des méthodes modernes de contraception pour 100 femmes mariées d'âge reproductif, 33 pays, 1986-1995 et 1995-2002. Source : EDS.



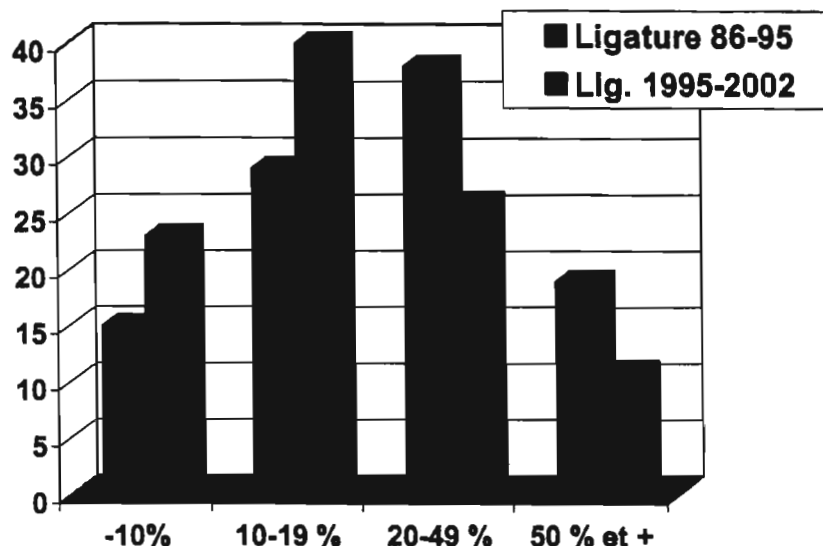
On a particulièrement critiqué l'imposition de stérilisations, masculines puis féminines, en Chine ou en Inde. On peut donc s'inquiéter de l'augmentation de la prévalence de cette méthode, surtout lorsqu'elle est majoritaire parmi les méthodes pratiquées. En effet, comme nous l'avons vu beaucoup de femmes ne souhaitent utiliser une contraception que pour espacer les naissances. Or, plus de 50 % des femmes sont ligaturées dans huit des 33 pays étudiés. Cependant, la part de la ligature dans les méthodes modernes utilisées a décliné dans l'échantillon étudié. Certes, l'Inde et la République dominicaine continuent de détenir les records de stérilisation féminine, qui représente dans ces pays plus de 70 % des méthodes modernes. Le Guatemala et le Brésil se maintiennent également à des niveaux élevés, alors que la part de la ligature diminue légèrement au Népal et aux Philippines. Cette prédominance de la ligature peut être un effet des programmes de planification familiale qui, en Inde par exemple, ne proposent que la ligature des trompes, alors que du fait notamment de la forte mortalité infanto-juvénile les femmes retardent le moment de pratiquer des méthodes définitives³². De nombreuses femmes ne vont donc pas pratiquer de contraception ou utilisent l'avortement comme mode de contraception³³. Bien que celui-ci soit permis depuis 1971 pour de nombreux motifs, il y a peu de centres qui le réalisent et les médecins insistent pour pratiquer ensuite une stérilisation. Aussi ces Indiennes continuent à subir des avortements dans de mauvaises conditions, alors même qu'elles seraient prêtes à utiliser d'autres méthodes

³² IYENGAR Kriti et IYENGAR Sharad D., 2000, "The copper T 380 A IUD: a 10 year alternative to female sterilization in India", *Reproductive Health Matters*, 8(16), nov. : 125-133.

³³ Verkey et al., 2000

de contraception. D'autres pays, comme le Mexique, tout en proposant également d'autres méthodes, insistent fortement en faveur de la ligature, moins chère et plus définitive³⁴.

Graphique 8. Part des ligatures des trompes parmi l'ensemble des méthodes modernes, 33 pays. Source : EDS.



Il serait néanmoins faux de penser que des abus n'ont lieu que dans le cadre de programmes de planification familiale. Des pays latino-américains qui ont des niveaux élevés³⁵ ou très élevés³⁶ de ligature des trompes ne mènent pas de telles politiques. Les Brésiliennes ont subi des essais de Norplant qui ne respectaient pas les procédures habituelles, notamment le consentement éclairé et des tests préliminaires sur les animaux³⁷. Avoir une césarienne ayant été longtemps le seul moyen pour obtenir une ligature des trompes, qui n'était autorisée que pour un motif thérapeutique, le taux de césariennes est extrêmement fort et il est une des causes du taux de mortalité maternelle anormalement élevé, sans doute avec l'avortement. L'autre moyen était, notamment dans le Nord Est, de la faire payer par un politicien si l'on votait pour lui. Une loi vise à empêcher ces abus qui perdurent à cause des difficultés dans la généralisation de l'accès à la contraception.

Même des pays qui offrent des méthodes variées de contraception, comme le Bangladesh ou le Malawi, ont été critiqués pour leur focalisation sur la baisse de la fécondité au détriment de l'ensemble de la santé des femmes. Ainsi, la mortalité maternelle reste très élevée dans ces deux pays. Aussi, le programme d'action du Caire propose-t-il la transformation des programmes de planification familiale en programme de santé de la reproduction.

³⁴ Gautier Arlette et Quesnel André, 1993, *Politiques de population et médiateurs institutionnels au Yucatan*, Paris, Éditions de l'ORSTOM

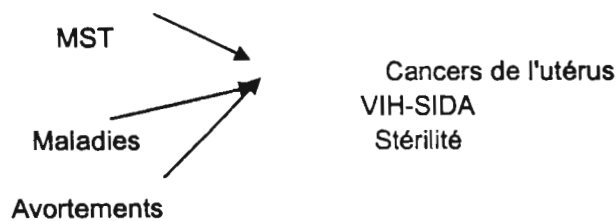
³⁵ Bolivie et Colombie.

³⁶ Guatemala, Brésil, République dominicaine.

³⁷ Pitanguy, Jacqueline, 1994, "Feminist politics and reproductive rights: the case of Brazil", dans Gita Sen et Rachel C. Snow, eds. *Power and decision: the social control of reproduction*, Harvard, Harvard University Press/Center for Population and Development Studies: 101-121. CORRÊA et ARILHO, « La politique de santé de la reproduction au Brésil », à paraître, dans Gautier Arlette, *Politiques et programmes de planification familiale*. Paris, CEPED.

Élargir les programmes à l'ensemble de la santé de la reproduction

La prise en compte des morbidités reproductives est nécessaire car ces morbidités constituent 13 % du fardeau global sanitaire, pourcentage qui monte à 44 % pour les femmes de 15 à 49 ans et même plus de 50 % pour les Africaines de cet âge vivant au Sud du Sahara. Le PAC propose d'y remédier en développant la prévention dans le cadre de la santé pour tous et en intégrant les différents services relevant de la santé de la reproduction. En effet, ces différentes composantes sont souvent liées.



Ainsi, la stérilité primaire est souvent liée à un âge trop jeune aux premiers rapports sexuels alors que la stérilité secondaire, est la conséquence d'avortements réalisés dans de mauvaises conditions ou de maladies gynécologiques, dont les MST non traitées. La stérilité a des conséquences plus graves pour les femmes et les hommes. Elle peut se traduire en effet pour les premières, souvent jugées coupables de la stérilité du couple, par la répudiation et l'appauvrissement, et de toute façon par une perte de statut social³⁸.

La difficile intégration des services

De nombreux pays ont entamé l'intégration des divers services, de façon cependant très variée. L'intégration varie parfois selon le lieu : l'hôpital de district est intégré mais pas le dispensaire rural; d'autres selon le niveau administratif : tous les services sont disponibles sur le même lieu mais l'administration des différents programmes reste séparée.

La situation varie aussi selon les continents :

- L'intégration est plus avancée en Amérique latine où les services étaient souvent déjà intégrés. Ainsi, au Mexique, le programme de planification familiale s'est déployé au sein des institutions de santé.
- Elle est peu effective en Asie, continent des grands programmes verticaux³⁹. Les quelques avancées effectuées au Bangladesh ou en Inde sont remises en question depuis 2001. Néanmoins, le Cambodge et la Thaïlande ont mis en place une réelle intégration des services qui s'appuie sur un réseau d'organisations non gouvernementales représentées au niveau institutionnel, comme le préconisait le PAC.
- L'Afrique est dans une situation intermédiaire. L'Afrique francophone a plutôt en théorie des programmes intégrés mais peu présents en zone rurale. Au Ghana, au Kenya et

³⁸ United Nations and Economic and Social Council, 2001, *Concise report on world population monitoring, 2002 : Reproductive rights and reproductive health with special reference to human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS)*. New York, United Nations : 47-49.

³⁹ Philip GUEST, "Reproductive Health including Family Planning", *Asia Pacific Population Journal*, juin 2003 : <http://www.unescap.org/pop/journal/2003/Jour18-2-p5.pdf>

en Zambie, les programmes de planification familiale sont souvent gérés par des offices de population en dehors des ministères de la santé. De plus, les groupes de femmes, en général favorables à la santé reproductive, sont peu représentés au niveau décisionnel, au contraire des groupes religieux, qui y sont souvent opposés. Les donateurs internationaux, qui financent dans les trois pays mentionnés précédemment respectivement 40 %, 74 % et 50 % des dépenses de santé, et même 96 % en Tanzanie, favorisent plutôt des programmes séparés et un modèle de décision sans concertation.

Le PAC préconise également l'intégration de la prévention des MST et du VIH. En effet, il y a chaque année cinq millions de nouveaux cas de VIH, dont 70 % en Afrique, et 340 millions de nouveaux cas de maladies sexuellement transmissibles. Aussi la proposition du programme d'action du Caire d'intégrer les services de prévention des MST-VIH aux autres programmes de santé de la reproduction a-t-elle été bien accueillie⁴⁰. Cette intégration paraît logique puisque, notamment en Afrique, la transmission est largement hétérosexuelle. De plus, une étude expérimentale en Tanzanie a confirmé les liens entre MST et HIV puisque le traitement des premières a permis de réduire de 40 % le second. En 1995, selon une enquête menée dans quatorze pays, quelques services de planification familiale vérifiaient que leurs patientes n'avaient pas de MST, notamment avant de poser un stérilet, mais les services materno-infantiles ne le faisaient pas. Les services ne proposaient pas une protection duale : contre les grossesses non désirées et contre les MST.

Une revue récente de la littérature⁴¹ indique que l'intégration a été préconisée sans que sa faisabilité et son efficacité aient bien été mesurées. Les études sur ce sujet ne suivent généralement pas de procédures expérimentales rigoureuses ou ne sont pas randomisées. Ainsi, la stratégie la plus utilisée d'intégration a été la formation des infirmières travaillant dans les cliniques pour qu'elles puisse détecter les malades en questionnant les patientes sur leurs symptômes, et notamment sur les décharges vaginales. Or cette technique, efficace en ce qui concerne les hommes et les ulcères vaginaux des deux sexes, ne l'est pas pour détecter la plupart des infections cervicales, qui sont souvent asymptomatiques chez les femmes. Selon une enquête expérimentale au Zimbabwe, le tiers des femmes détectées de cette façon l'ont été faussement. Ce qui veut dire qu'elles ont subi à tort un traitement médicamenteux, diminuant son efficacité future et risquant des reproches infondés de leur partenaire. De plus, la moitié des femmes réellement malades n'avaient pas été détectées. Enfin, les tests en laboratoire coûtent très cher : il aurait été plus économique de traiter toutes les femmes sans s'inquiéter de leur état. Une recherche au Mexique a montré que les femmes, formées aux symptômes des MST, choisissaient plus judicieusement que les médecins le type de contraception en cas de risque de MST⁴². Alors que la syphilis affecte la survie des fœtus et des nouveaux-nés, les programmes de santé materno-infantile et les donateurs internationaux ne la prennent pas en compte. Au maximum 38 % des femmes enceintes ont été testées dans 22 pays africains, ce qui correspond à un million de femmes non traitées et des conséquences négatives pour 600 000 fœtus et nouveaux-nés.

Enfin, alors que l'intégration concerne surtout la prévention, les messages de prévention des MST et du VIH sont en fait très rares dans les dispensaires et les cliniques et sont de qualité

⁴⁰ LUSH Louisiana, 2002, « Service integration: an overview of policy developments », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 71-76.

⁴¹ ASKEW Ian et MAGEWA Ndugga Baker, 2002, « Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in Sub Sahran Africa: What more do we need to know ? », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 77-86. LUSH Louisiana, 2002, « Service integration: an overview of policy developments », *International Family Planning Perspectives* 28(2), juin : 71-76.

⁴² PONCE Lazcano et al., 2000, « The power of choice of information and contraceptive choice in a family planning setting in Mexico », *Sexually transmitted infections* 76(4) : 277-281.

très inégale. Il est nécessaire de donner une formation aux personnels de santé et de proposer des protocoles adéquats. Néanmoins, l'observation des interactions entre soignants et soignés dans cinq capitales de l'Ouest africain⁴³ conduit à penser que des réformes en profondeur sont nécessaires pour que les messages, qu'ils soient de prévention des grossesses non désirées ou des MST, soient entendus. En effet, les femmes interrogées dans des salles d'attente n'avaient souvent pas écouté les messages qui leur étaient adressés, soit parce qu'ils étaient dispensés dans une langue qu'elles ne comprenaient pas, soit parce les conditions d'attente étaient telles que les patientes étaient excédées et guère disposées à écouter quoique que ce soit. Il n'y a en effet pas de rendez-vous et les patients doivent attendre que leur tour arrive, alors que des personnes passent devant eux, simplement parce qu'ils sont bien habillés ou connus du personnel. Pendant ce temps les individus perdent une journée de travail ou doivent laisser des enfants seuls ou chez des voisins. De plus, ils sont souvent humiliés et maltraités.

Le préservatif est présenté comme une des stratégies de prévention tant des grossesses non désirées que de la transmission des MST. Néanmoins, selon une enquête au Ghana, les hommes étudiés n'utilisent pas le préservatif pour la protection de leur partenaire mais pour la leur ; ils refusent donc de l'utiliser avec leurs épouses⁴⁴. Par ailleurs, tant les hommes que les femmes mentent sur leurs autres partenaires. Avant de diffuser la norme du préservatif comme protection duale, il faudrait donc transformer les rapports de pouvoir entre les genres.

Des auteurs considèrent également qu'il n'est pas rentable de tester toutes les patientes des services materno-infantiles et de planification familiale, qui sont généralement des mères mariées qui ont peu de MST. Il ne serait rentable de tester toutes ces patientes que dans les contextes de forte prévalence des MST. Or, d'après 17 études portant sur 11 pays menés entre 1985 et 1998, la prévalence de la gonorrhée et de la chlamydia ne dépasse pas 10 % dans onze des enquêtes, atteint 10 à 20 % dans cinq autres et ne dépasse 20 % que dans un pays⁴⁵. Cela dit l'augmentation de la prévalence du HIV peut rendre indispensable l'intégration. Néanmoins, les premières cibles des programmes de prévention des MST et du HIV devraient être les hommes et les adolescents. Or ces deux catégories de population préfèrent des services qui leur soient spécifiques, avec du personnel masculin pour les hommes.

Enfin, une des propositions du PAC était d'améliorer la qualité des services de santé en Inde ou en Afrique subsaharienne, marquée par la pauvreté des équipements et des interactions entre médecins et soignants qui, par exemple ne daignent jamais expliquer le mode de prise des médicaments et se contentent d'un examen des plus sommaires. Néanmoins, une observation anthropologique menée dans cinq capitales de l'Afrique de l'Ouest permet d'aller plus loin et suggère des pistes d'analyse intéressantes. Ainsi, ce sont rarement les personnes qualifiées pour un certain acte qui le réalisent mais plutôt les personnes dont la qualification est inférieure. Ce sera une fille de salle, recrutée après avoir occupé ces fonctions gratuitement pendant un certain temps, qui finira par réaliser les accouchements. La sage-femme est en effet trop occupée à travailler pour une ONG, qui a des financements au contraire de l'hôpital, ou à suivre des formations. La perpétuation d'une médecine coloniale « vétérinaire », l'absence de moyens, les politiques de privatisation qui obligent les soignants à ne pas soigner si les patients ne peuvent pas payer, sont quelques unes des explications proposées par les auteurs. Ils proposent de remédier à cette situation en partant du local et

⁴³ JAFFRÉ Y. et SARDAN O. de, 2003, *La médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.

⁴⁴ N'GOM Pierre et al., 2003, "Gate-Keeping and Women's Health Seeking Behaviour in Navrongo, Northern Ghana" *African Journal of Reproductive Health*, 7[1]: 17-26.

⁴⁵ FLEISCHMAN Foreit Karen et al., 2002, "When does it make sense to consider integrating STI and HIV services with family planning services ?" *International family planning services* 28(2), juin : 105-.

notamment des dilemmes qui se posent aux soignants et non par une nouvelle réforme technocratique.

La difficile mesure de la santé de la reproduction

Il ne semble pas que la situation se soit améliorée depuis dix ans, du moins si l'on prend l'indicateur le plus dramatique, mais aussi le seul où l'on ait des informations sur plusieurs années : la mortalité maternelle. En effet, l'Amérique latine est la seule région en développement qui ait publié des données, sur une seule année pour le moment, sur d'autres morbidités reproductives, dont les cancers de l'appareil reproductif⁴⁶. Pourtant 446 000 femmes en meurent chaque année de part le monde.

La mortalité maternelle ne diminue guère⁴⁷

La mortalité maternelle serait passée de 430 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1995 à 400 en 2000⁴⁸. Cependant, les comparaisons sont trompeuses tant les sources et les méthodes d'estimations sont différentes d'un pays à l'autre. Ainsi les EDS indiquent des niveaux de mortalité maternelle nettement plus faibles, parfois confirmés par d'autres observations démographiques. Selon ces enquêtes, la mortalité maternelle a augmenté en Afrique subsaharienne. Ainsi au Malawi, elle serait passée à 1,221 décès pour 100,000 naissances vivantes, soit une augmentation de 80 % par rapport à la précédente enquête. Cette hausse peut être liée au développement de la pandémie du VIH⁴⁹, à la détérioration du système sanitaire, ou à des erreurs dans l'estimation de la mortalité maternelle⁵⁰.

Le maintien d'une forte mortalité maternelle n'est pas tellement surprenante alors que la moitié des femmes accouchent sans l'aide de personnel qualifié. L'accouchement par du personnel qualifié stagne à 44 % depuis dix ans en Afrique et n'a augmenté dans l'ensemble des pays en développement que de 45 % à 52 %⁵¹. Il faut de plus souligner que ce taux reste très diversifié socialement. Ainsi, en Inde, 70 % des 20 % les plus riches bénéficient de l'assistance de personnel qualifié pour l'accouchement pour seulement 10 % des 20 % les plus pauvres. L'accès aux soins s'est même parfois dégradé comme au Cameroun⁵². En 1991, ce pays se situait, avec une fréquence de la prise en charge de la grossesse de 78 % et de l'accouchement de 64 %, très largement au-dessus des moyennes africaines, estimées respectivement à 61 % et 40 %. Toutefois, on notait d'importantes disparités selon le milieu d'habitat au détriment du milieu rural et seule près d'une femme sur quatre respectait toutes les recommandations pour le suivi pré-natal. En 1998, la situation s'est fortement détériorée à tous les niveaux pour arriver à la moyenne africaine. Les fortes inégalités, notamment

⁴⁶ « Gender, Health and Development in the Americas 2003 »

<http://www.paho.org/english/DPM/GPP/GH/GenderBrochure.htm>

⁴⁷ Jacqueline DESFORTS, 2001, *Violences et corps des femmes du Tiers-Monde. Le droit de vivre pour celles qui donnent la vie*, Paris, L'Harmattan.

⁴⁸ *La mortalité maternelle en 2000 : Estimations développées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP*. 2003, http://www.who.int/reproductive-health/publications/maternal_mortality_2000/maternal_mortality_2000.pdf

⁴⁹ GRAHAM Wendy et HUSSEIN, 2003, "Measuring and Estimating Maternal Mortality in the Era of HIV/AIDS", Workshop on HIV/AIDS and adult mortality in developing countries, organisé par la division de la population de l'ONU, http://www.un.org/esa/population/publications/adultmort/GRAHAM_Paper8.pdf

⁵⁰ ADAMSON S.M., 2003, "Did Maternal Mortality Ratio Increase in Malawi between 1992-1998? Review of Malawi Demographic and Health Surveys and Other Data", *Trop Doct.* 2003 Jul;33(3):182-185.

⁵¹ Nations and Council 2001: United Nations and Council 2001

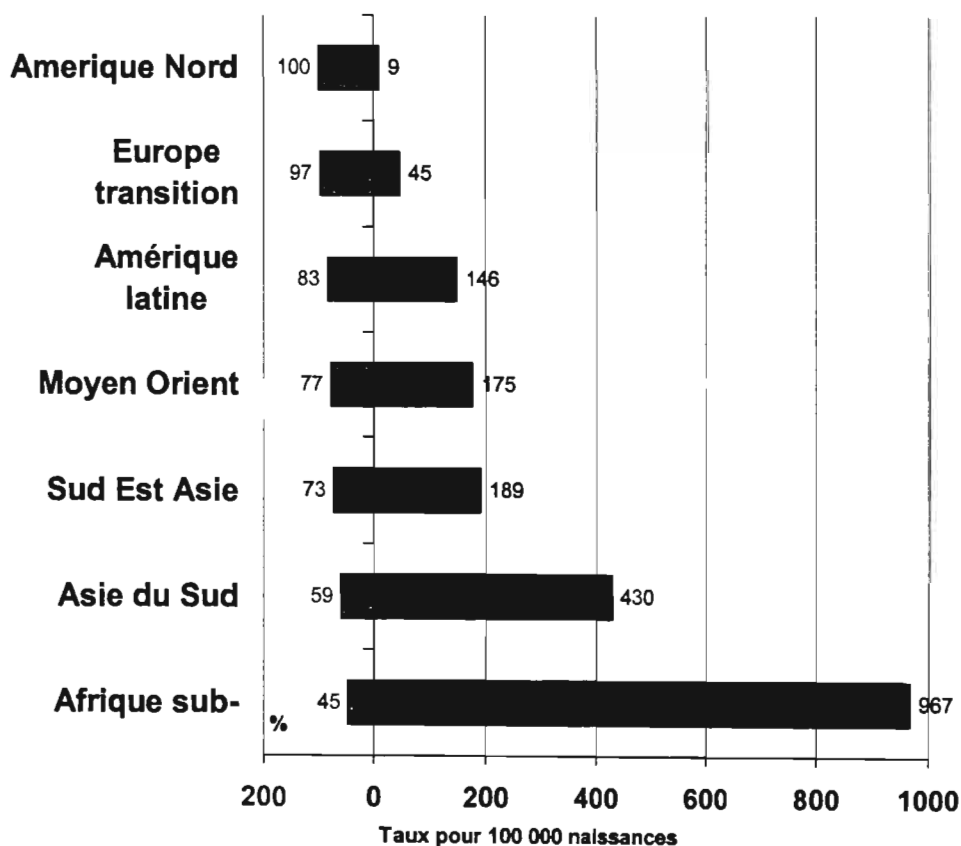
⁵² Gervais BÉNINGUISSÉ, 2002, *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris et Louvain-La-Neuve, L'Harmattan-Academia Bruylant.

économiques et géographiques (entre les zones urbaines et rurales), qui s'étaient accentuées de 1978 à en 1991 se sont réduites, mais par le bas. Ce sont surtout les catégories sociales faisant auparavant le meilleur usage des services obstétricaux qui ont été les plus touchées par la baisse. Celle-ci est de 40 % entre 1979 et 1998 pour les catégories les plus aisées.

Pourtant le rapport entre mortalité maternelle et accouchement par du personnel qualifié est manifeste, comme le montre le graphique suivant. D'après une enquête en population générale menée dans 16 sites de 8 pays d'Afrique de l'Ouest⁵³, la mortalité maternelle (sans tenir compte des décès maternels précoces) atteint 601 pour 100,000 naissances vivantes en zone rurale et de 241 en zone urbaine. En effet, en zone urbaine 83 % des naissances ont lieu dans des structures sanitaires ou avec du personnel qualifié alors que 80% des femmes rurales donnent naissance à la maison sans aucune aide qualifiée. 65% des différences de mortalité s'expliquent par les variations dans le pourcentage des naissances assistées par du personnel qualifié et 59 % par les variations dans le taux de césariennes. Cependant, une partie des variations des taux de mortalité maternelle reste inexplicée. La qualité des soins, la formation des personnels, l'équipement des services, les facilités de transport jouent également. La pratique excessive de césariennes dans certains pays, comme le Brésil, conduit également à des taux élevés de mortalité maternelle.

Graphique 9. Pourcentage d'accouchement par du personnel qualifié et taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes.

Source : ONU, Division de la Population, 2003.



⁵³ RONSMANS et al. , 2003, « Maternal Mortality and Access to Obstetric Services in West Africa », *Trop. Med. Int. Health*, oct 8(10) : 940-948.

Des raisons multiples

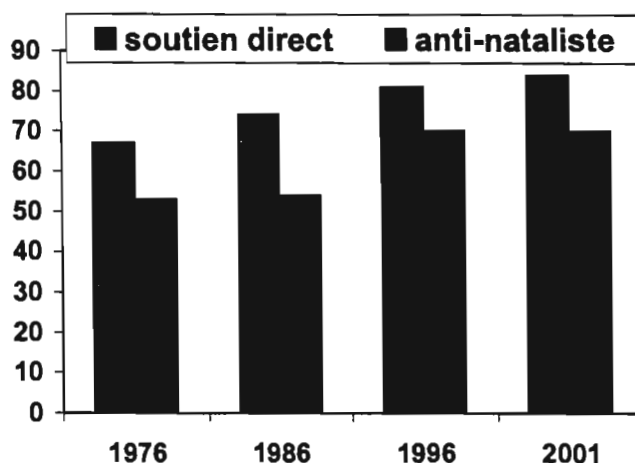
Quels ont été les obstacles rencontrés dans la mise en oeuvre du programme d'action du Caire ? Des études de cas permettent de répondre en partie à cette question. Au Brésil et en Côte d'Ivoire⁵⁴ l'instabilité administrative a rendu difficile le suivi des programmes, de même que les contraintes budgétaires et, dans le premier pays, l'activité de groupes opposés à la perspective ouverte par le programme d'action du Caire. Cependant, au Brésil, la décentralisation et l'expansion du système de soins de santé primaire ainsi que la pression d'associations, d'institutions et d'élues féministes ont permis des progrès notables. La santé reproductive doit devenir une priorité du système de santé et faire l'objet d'une vigilance systématique et d'un contrôle épidémiologique pour être véritablement mise en oeuvre.

Les habits neufs de l'empereur

De nombreux auteurs craignaient – et d'autres souhaitaient- que le terme de santé de la reproduction ne fasse que remplacer celui de planification familiale. De fait, si le soutien à la contraception s'est généralisé, c'est très souvent dans un but anti-nataliste. Alors que c'était le cas de la moitié des pays soutenant la contraception en 1976, c'est le cas des deux tiers en 1996 et 2001. L'augmentation, présente dans tous les continents, est nettement plus forte en Afrique.

Graphique 10. Pays soutenant directement l'accès à la contraception et parmi ceux-ci ceux qui ont un objectif anti-nataliste, en pourcentage, 1976-2001.

Source : United Nations, Population Division, 2001, *National population policies*.



La ratification du programme d'action du Caire n'a donc rien changé⁵⁵. Les droits reproductifs ont constitué les « habits neufs de l'empereur », faute d'être fermement inscrits dans la problématique de l'accès aux services de santé pour tous.

Toutefois, on peut également s'interroger sur la réalité du soutien à la perspective de la santé de la reproduction dans les pays du Nord. Ainsi, les pays donateurs n'ont engagé que le tiers des fonds promis alors que les pays en développement, pourtant soumis à de graves crises

⁵⁴ AMOAKON Anoh, FASSASSI Raimi et VIMARD Patrice, 2002, « Politique de population et planification familiale en Côte d'Ivoire », *dossiers du CEPED* 68, janvier.

⁵⁵ PETCHESKY Rosalind, 2003, *Global prescriptions, gendering reproductive health and human rights*, Londres, Zed Books.

économiques, financières et sanitaires, en ont versé les deux tiers⁵⁶. Les investissements des pays du Nord favorisent souvent la planification familiale plus que la santé reproductive. D'ailleurs, la santé reproductive n'est pas incluse dans l'ensemble d'indicateurs clefs pour mesurer le progrès des programmes de développement publié par l'ONU le 19 septembre 2001, qui ne tient compte que de la mortalité maternelle. Enfin, l'arrivée au pouvoir des Républicains aux États-unis a marqué la fin du soutien de ce pays au programme du Caire. Le nouveau président a réintroduit des limitations à l'aide internationale à la planification familiale le lendemain de son élection contestée. Les groupes qui veulent bénéficier de l'aide américaine doivent désormais prouver qu'ils ne prennent pas parti en faveur de l'avortement, même dans le cadre d'activités qui ne sont pas financées par les États-unis. En conséquence, des associations ont dû arrêter certaines activités et leur liberté de parole a été réduite, ce qui a eu des conséquences négatives dans plusieurs pays où l'avortement est une cause importante de mortalité maternelle. Puis l'administration américaine a annoncé à une conférence régionale asiatique qu'elle s'opposerait à toute mention de « droits reproductifs », qu'elle assimile à l'avortement, à tort, suivant en cela les intégristes chrétiens⁵⁷. Enfin, elle a lancé une initiative en faveur de la lutte contre le VIH, le paludisme qui marque le retour des grands programmes verticaux. Elle se caractérise aussi par la préférence pour l'abstinence sexuelle comme moyen de lutter contre la propagation du VIH.

L'impact délétère des réformes de la santé

Le programme du Caire s'est d'ailleurs réalisé dans le contexte du programme de privatisation des services de santé et de décentralisation promu par différentes institutions internationales, dont la Banque mondiale.

La privatisation était supposée rendre plus efficace les systèmes sanitaires et générer des revenus en faisant payer ceux qui le pouvaient alors que les autres recevraient des subventions. Au contraire, l'accès aux soins modernes s'est souvent réduit car les personnes ne pouvaient plus payer. Les subventions ont été détournées, n'ont pas été mises en place ou restent inconnues des populations. Au Cameroun comme au Sénégal⁵⁸, du fait de la crise économique et des programmes d'ajustement structurel, la part du budget national consacré à la santé a diminué de 1961-65 à 1992-93, ce qui a d'importantes conséquences sur les dysfonctionnements actuels du système de santé (longues files d'attente, compartimentage des interventions, corruption). Le moral des personnels de santé a souvent été atteint par l'impossibilité de soigner ceux qui n'ont pas d'argent.

La décentralisation des services ainsi que la participation des usagers et des ONG ont été préconisés par la Conférence du Caire pour permettre une plus grande efficacité et une plus grande proximité avec les usagers. Elle aurait été mise en oeuvre par presque tous les pays selon leurs déclarations⁵⁹. Cependant, la décentralisation peut aussi marquer simplement un désengagement financier de l'État ou avoir pour conséquence un abandon de la santé de la reproduction, jugée peu importante par les notables locaux. Aussi ses effets peuvent diverger, comme le montrent les exemples des Philippines et du Ghana. Aux Philippines⁶⁰, la décentralisation n'a pas amélioré l'efficacité et l'équité du secteur de la santé. Au contraire,

⁵⁶ ASHFORD, Lori S. 2001, "New population policies: advancing women's health and rights", *Population Bulletin* 56(1), mars : 34.

⁵⁷ FOURREST Caroline et Fiametta VENNEN, 2003, *Tirs croisés*, Paris, Calmann-Levy.

⁵⁸ Francine SAILLANT et Manon BOULIANNE (eds), 2003, *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*, Paris-Québec, L'Harmattan et les Presses de l'Université Laval.

⁵⁹ United Nations, 2001, opus cité : 120.

⁶⁰ Rama LAKSHMINARAYANAN, 2003, "Decentralisation and its Implications for Reproductive Health: The Philippines Experience", *Reproductive Health Matters*, 11(21) : 96-107.

elle a exacerbé les inégalités, affaibli l'engagement local envers les priorités sanitaires et sapé l'efficacité des services en bouleversant les systèmes d'aiguillage des malades. Ces effets menacent particulièrement les services de santé génésique, dont certains, par exemple la planification familiale, sont controversés et donc sensibles aux pressions locales, et d'autres, par exemple les soins obstétricaux d'urgence, exigent un système de santé efficace. L'expérience philippine montre aussi que l'autorité doit être partagée entre le centre et les unités locales afin d'atteindre les objectifs nationaux et répondre aux besoins locaux. Au contraire au Ghana⁶¹ d'après des recherches qualitatives, la décentralisation a été positive. Des programmes disparates de planification familiale, de santé maternelle et infantile, d'infections sexuellement transmissibles et de VIH/SIDA ont été intégrés dans un cadre national de santé génésique et les donateurs ont coordonné leur financement. Certaines décisions sur l'allocation des ressources demeurent contrôlées centralement, ce qui peut être une précaution nécessaire pour les services de santé génésique. Les fonds réservés par les donateurs garantissent un approvisionnement régulier de contraceptifs et de médicaments pour les d'infections sexuellement transmissibles. Le personnel de santé génésique représente une forte proportion du personnel de soins de santé primaires, mais, surtout en zone rurale, les conditions de travail sont mauvaises, avec un fort taux de rotation. La création de mécanismes locaux de définition des priorités et de plaidoyer pourrait être bénéfique pour les soins de santé génésique.

La participation des usagers a parfois été mise en oeuvre, par exemple au Brésil⁶² où les associations de femmes sont intégrées au plus haut niveau dans l'élaboration des politiques. Au Bangladesh⁶³, au milieu des années 90, la participation de la société civile à la conception a été encouragée, ce qui a permis à beaucoup de femmes, en majorité pauvres, de s'y associer. En revanche, pendant la phase d'application, la réforme est devenue un programme dirigé par le gouvernement et les donateurs, coupé de la société civile. L'espace pour la voix des femmes a été réduit. Lors du changement de gouvernement en 2001, les opposants aux réformes ont réussi à arrêter la restructuration du système de santé, en partie parce que la société civile n'était plus engagée dans le processus de réforme et a opposé peu de résistance.

Conclusion : retrouver le cap du programme d'action du Caire

La comparaison de deux enquêtes démographiques et de santé réalisées dans 33 pays en 1986-1995 et 1995-2002 a permis de montrer des progrès dans les indicateurs de planification familiale. L'information sur les différentes méthodes de contraception et la prévalence contraceptive ont progressé aussi bien en Afrique subsaharienne que dans les autres pays. Une certaine diversification des méthodes s'est également produite, bien que dans sept pays la ligature soit la méthode majoritaire de contraception alors que de nombreuses femmes ont une demande d'espacement des naissances. On peut également regretter que les améliorations aient été légères, alors que certains pays, comme le Bangladesh ou le Malawi, ont connu des progrès nettement plus significatifs. De plus, les données ne permettent pas de vérifier les avancées dans la qualité des informations fournies sur les différentes méthodes de contraception, qui était très insuffisante là où elle a pu être mesurée.

⁶¹ Susannah H MAYHEW, 2003, "The Impact of Decentralisation on Sexual and Reproductive Health Services in Ghana", *Reproductive Health Matters*, 21 : 74-87.

⁶² CORRÉA et Arilha, à paraître, opus cité.

⁶³ ROUNAQ Jahan, 2003, "Restructuring the Health System: Experiences of Advocates for Gender Equity in Bangladesh". *Reproductive Health Matters*, 11 (21) : 183-191.

La transformation des services de planification familiale en services de santé reproductive a été réalisée plus souvent en Amérique latine qu'en Afrique et surtout qu'en Asie. Elle s'est souvent limitée à l'adjonction de la planification familiale aux services de santé materno infantile et parfois d'activités de prévention des MST et VIH. Les enquêtes démographiques et de santé ne permettent d'ailleurs que de mesurer ces actions, les infertilités, les cancers et autres morbidités reproductives n'étant pas prises en compte. Il faut souligner cependant l'absence de progrès réalisés depuis dix ans dans l'accès des parturientes à de bonnes conditions d'accouchement. « Sauver la vie de celles qui donnent » la vie n'est manifestement toujours pas une priorité des politiques publiques, ce qui augure mal de la volonté de mettre en oeuvre le reste du programme d'action du Caire.

La dégradation de la situation économique de certains pays, la poursuite de programmes d'ajustement structurels qui réduisent leurs marges de manœuvre et leurs dépenses sociales, les réformes de la santé qui ont parfois réduit l'accès aux soins sont quelques unes des explications avancées. Il serait donc nécessaire de réaffirmer les principes du Caire en les inscrivant fermement dans l'objectif de la santé pour tous qui reste une nécessité absolue.