

La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels

Doris Bonnet
Agnès Guillaume

Introduction

Le terme « santé de la reproduction »¹ est apparu, à la fin des années 1980, sous l'impulsion des organismes internationaux (Organisation Mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour la Population), sous l'influence non seulement de préoccupations sanitaires et des politiques de population, mais aussi sous la pression de mouvements socio-politiques (associations de lutte pour la défense des Droits de l'Homme...) et de mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes. Il correspond, de fait, à une vision universelle du développement social et sanitaire des populations du Nord et du Sud.

Actuellement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la « santé de la reproduction » en référence au concept de santé, énoncé lors de la conférence d'Alma Ata en 1978 : « la santé de la reproduction n'est pas considérée uniquement comme une absence de maladie ou de trouble dans le processus reproductif, mais plutôt comme une condition par laquelle ce processus s'accomplit dans un état de complet bien-être physique, mental et social. Cela implique que les individus aient la possibilité de se reproduire, que les femmes puissent mener à bien leur grossesse et accoucher sans risques et que la reproduction ait une issue heureuse (survie des enfants et croissance satisfaisante). Cela signifie aussi que les individus soient capables de réguler leur fécondité et d'avoir une sexualité sans danger² » (Fathalla, 1992).

L'attention croissante accordée à la planification familiale et aux droits humains, la prise en considération de relations d'égalité entre les hommes et les femmes, en particulier le droit individuel en matière de sexualité et de fécondité, ont donné une autre vision de la notion de reproduction qui n'est plus uniquement centrée sur le couple mère/enfant et qui dissocie également les questions relatives à la sexualité de

¹ reproductive health.

² traduit par nous-mêmes.

celles de la reproduction. Consécutivement, à la notion de maternité sans risque, s'est ajoutée celle de la sexualité sans risque (lutte contre les violences sexuelles, contre l'excision, contre les maladies sexuellement transmissibles, et les grossesses non désirées, en particulier des adolescentes). Le champ couvert ne prend plus en compte des considérations exclusivement d'ordre médical mais aussi juridique.

Dans ce contexte, ce chapitre s'intéresse tout d'abord à l'évolution du concept de « reproduction humaine » dans son utilisation par les organismes internationaux et à l'émergence du concept de « santé de la reproduction ». L'article considère ensuite les différents acteurs impliqués (populations et médiateurs institutionnels) et analyse leur rôle dans les comportements relatifs à la sexualité et à la fécondité afin de mettre en évidence leur influence dans les choix individuels comme collectifs.

Enfin, l'article aborde le thème de l'avortement pour illustrer l'écart existant entre les décisions prises à un niveau international et les politiques des États, les contraintes des populations confrontées aux choix politiques et à leurs implications législatives ou au respect d'idéaux sociaux et religieux.

De la santé maternelle et infantile à la santé de la reproduction

Historique du concept

Les questions relatives à la reproduction ont été traitées, pendant de nombreuses années, tant au niveau des organismes internationaux que des politiques sanitaires des pays à partir de programmes intitulés « santé maternelle et infantile ». Ces programmes étaient essentiellement centrés sur la lutte contre les morbidités et mortalités maternelles et infantiles. Si la notion d'espacement des naissances était intégrée à ces programmes, elle correspondait à un souci de préserver la santé de la mère et surtout celle de l'enfant : en effet, plus l'intervalle entre deux naissances est court, et plus le risque de mortalité de l'enfant est élevé en particulier à cause du sevrage précoce qui entraîne un risque de malnutrition (Bonnet, 2002).

Jusqu'à la fin des années 1960, la question de la planification familiale était rarement incluse dans les programmes de santé et de population des États. La régulation de la fécondité reposait, alors, essentiellement sur des pratiques d'abstinence après l'accouchement et d'allaitement prolongé et non sur les méthodes modernes de contraception. Cette position reflétait une vision pronataliste des autorités sanitaires et des gouvernements, pour des raisons aussi bien religieuses que démographiques (forte

fécondité par compensation d'une mortalité infantile élevée) ou politiques (besoin de main d'œuvre pour le développement du pays). La planification familiale restait un sujet tabou dans nombre de pays du Sud, en témoignent les réactions empreintes de réticences des États lors de la Conférence mondiale sur la population en 1953, même si en 1951, l'OMS avait été sollicitée par le gouvernement indien pour mener des recherches sur les "méthodes naturelles" de régulation de la fécondité.

À partir des années 1960, les programmes de l'OMS, organisme qui a joué un rôle moteur en la matière, font évoluer le concept de « santé maternelle et infantile » vers celui de la « santé de la reproduction ». Dès 1965, une unité intitulée « Reproduction humaine » est créée au sein de la division de la Santé Familiale où l'on souligne la nécessité de la connaissance des facteurs socio-culturels et économiques de la reproduction humaine. La population cible de ces programmes reste celle des femmes en âge fécond et de leurs enfants. En 1968, une déclaration lors d'une assemblée de l'OMS stipule que « chaque famille doit avoir la possibilité d'obtenir des informations et des conseils sur les problèmes relatifs à la planification familiale, y compris la fécondité et la stérilité » (Kessler, 1992). Un pas est ainsi franchi dans l'appréhension des questions relatives à la reproduction avec ces déclarations en faveur de la planification familiale.

À partir de cette période, un effort est entrepris à l'échelle mondiale pour améliorer les méthodes de planification familiale (efficacité, acceptabilité, coût, sécurité...) et pour en développer de nouvelles (injections, plantes, méthodes liées à la détermination de la période féconde, contraceptifs masculins). De nombreux obstacles à l'utilisation de ces méthodes apparaissent dans les pays en développement : la connaissance insuffisante du processus de reproduction des éventuelles utilisatrices, un manque d'information sur la diversité des méthodes, le dysfonctionnement des services de santé et la crainte, de la part des femmes, des effets secondaires de la contraception sur leur santé.

Au début des années 1970, l'OMS propose d'étendre ses activités et ses recherches relatives à la reproduction humaine. Une commission d'experts est créée pour favoriser la recherche de nouvelles méthodes de planification familiale. Un réseau de services de santé est également mis en place dans différents pays afin de tester un certain nombre de méthodes. Le développement de ces activités passe par la mobilisation d'une masse critique de chercheurs de différentes disciplines (sciences de la vie, sciences humaines et sociales, santé publique), impliqués dans la formation à la recherche, la recherche, et le développement. Ce travail est mené en liaison avec le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). Les programmes relatifs à la reproduction humaine sont indissociables, à cette époque, de l'histoire de la planification familiale et de son introduction progressive dans les pays du Sud. Ils correspondent à un objectif malthusien de contrôle de la population par choix des gouvernements, mais aussi sous la pression des organismes internationaux. Dans ce contexte, il a fallu adapter les politiques sanitaires de mise en place de la planification familiale aux politiques nationales de régulation de la population.

En 1972, est créé, à l'OMS, un programme de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction Humaine (HRP) qui acquiert le statut de « programme spécial », lui conférant un rôle important. De 1976 à 1981, des recherches se développent sur les méthodes masculines de contraception, sur les causes de l'infécondité et sur les maladies sexuellement transmissibles qui en sont les principales causes. À la même époque, l'OMS recommande d'intégrer les programmes de planification familiale aux services de santé maternelle et infantile ; elle met aussi en place des programmes de formation pour les accoucheuses traditionnelles dans le cadre de sa politique des soins de santé primaires, et favorise des recherches socio-culturelles, économiques et psycho-sociales sur l'acceptabilité de la planification familiale.

Depuis 1988, le programme HRP est devenu le principal instrument de recherche des Nations Unies sur la reproduction humaine. Il est patronné conjointement par le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), et la Banque Mondiale. Il met principalement l'accent sur la régulation de la fécondité et sur la capacité des pays du Tiers Monde à développer une recherche pluridisciplinaire sur ce thème. Par exemple, suite à une initiative de chercheurs et de praticiens hospitaliers africains impliqués dans des programmes relatifs à « la maternité sans risque », le Réseau Africain de Recherche en santé de la reproduction est créé, en 1989, à Dakar. Douze pays y adhèrent : le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, la Guinée, Madagascar, le Mali, le Niger, le Togo, le Sénégal et l'ex-Zaïre. Sont impliqués dans ce réseau des chercheurs en sciences sociales, des praticiens universitaires ou hospitaliers en gynécologie-obstétrique, en pédiatrie, en biologie de la reproduction et en santé publique.

Ce réseau a pour objectif de promouvoir des activités de recherche en santé de la reproduction à travers des rencontres scientifiques, des publications et des formations en partenariat. Par exemple, en 1990 et 1991, se sont tenues, au Sénégal, des journées scientifiques sur les « pratiques traditionnelles ayant un effet sur la santé des femmes et des enfants » et sur le thème « adolescence et reproduction » ; en 1992, au Bénin, sur celui de la « stérilité et de la sous-fécondité en Afrique subsaharienne » ; en 1993, à Ouagadougou, sur la « planification familiale en Afrique francophone subsaharienne ». L'inventaire des programmes de ces séminaires témoigne que les activités de ce réseau sur la reproduction humaine ne restent plus centrées uniquement sur le couple mère-enfant et intègrent d'autres thèmes que ceux de la planification familiale. Aux aspects strictement biomédicaux s'ajoutent également des préoccupations d'ordre éthique « pour protéger la santé et les droits des individus dans différents contextes sociaux et culturels » (Barzelatto, 1992).

À partir des années 1990, l'état démographique, sanitaire et socio-économique (programmes d'ajustement structurel) des pays du Tiers Monde a induit des évolutions dans la perception de la reproduction humaine. Ces questions ne se limitent plus ni à la morbidité et à la mortalité maternelles et infantiles, ni à la planification familiale. La

pandémie du Sida et la recrudescence des maladies sexuellement transmissibles ont nécessité des programmes de prévention qui s'adressaient aux hommes comme aux femmes à différents âges de leur vie. A la même époque, la prise en compte du statut de la femme dans les programmes de développement, sous l'influence des associations féministes et des études sur les relations de genre, a conduit à une exigence d'équité dans l'accès aux soins.

La santé sexuelle : une composante de la santé de la reproduction

Dans ce contexte, la notion de santé de la reproduction recouvre, à la fois, le champ « traditionnel » de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi celui de la régulation de la fécondité et celui de la santé sexuelle. Les domaines concernés sont dorénavant : la contraception, les grossesses non désirées, les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, les infections génitales, les maladies sexuellement transmissibles et le Sida, les cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles.

La notion de « santé sexuelle » apparaît en 1975 à l'occasion d'une conférence de l'OMS. Elle ne vise pas uniquement les maladies de l'appareil génital mais aussi les dimensions affectives et sociales des relations sexuelles (Giami, 2002). Cette notion est capitale car elle change radicalement l'approche de la question de la reproduction. En effet, elle dissocie la sexualité de la procréation, ce qui a pour effet d'élargir le champ des personnes concernées, de conférer à la femme le droit de disposer librement de son corps, mais aussi d'introduire une idée de « responsabilité partagée » entre hommes et femmes. La reconnaissance de cette autonomie des femmes et d'une équité entre les femmes et les hommes introduit le concept de « sexualité responsable », puis en 1993, celui de droit sexuel utilisé d'une part dans la revendication du plaisir sexuel (notamment dans le cas des mouvements homosexuels ou dans la lutte contre l'excision), et d'autre part dans le combat des féministes contre le harcèlement et l'exploitation sexuels (Tiefer, 2002).

Le champ couvert par la santé de la reproduction inclut donc différents acteurs, hommes et femmes, à différentes étapes de leur vie sexuelle et reproductive : naissance, adolescence, âge adulte, ménopause (Turmen, 1996). Il oblige à considérer la santé des adolescentes, jusqu'à présent exclues des services de planification familiale, et même celle des petites filles à propos de la question difficile de l'excision. Il prend en compte également les femmes ménopausées dont l'état de santé dépend des antécédents de leur vie génésique. Cette extension à d'autres populations s'applique aussi aux hommes dès leur adolescence, plus particulièrement à ceux qui sont concernés par les maladies sexuellement transmissibles.

Cette notion de santé de la reproduction dépasse donc le strict cadre médical pour poser la question de la liberté et de la responsabilité individuelles dans les comportements sexuels et reproductifs, et donc plus généralement de l'équité entre les hommes et les femmes.

Les droits reproductifs : l'émergence d'un nouveau droit ?

L'idée de droit reproductif, fondée sur la définition des Droits de l'Homme, et influencée par les mouvements féministes, a émergé avec celle de la santé de la reproduction (Gautier, 1996). Si le « droit à la santé » précède le « droit reproductif », la notion de droit reproductif est associée historiquement aux revendications féministes des pays du Nord (liberté sexuelle, droit à la contraception et à l'avortement). Les féministes ont fait accepter l'idée que les droits individuels, politiques, économiques, sociaux et culturels étaient intimement corrélés et non négociables les uns avec les autres. La question du droit reproductif dépasse donc aujourd'hui largement le champ de la santé (Gautier, 2000). En effet, ces droits en matière de reproduction reposent « sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances (...) et du droit d'accéder à une meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction » (Nations unies, 1994 et 1995). Bien que les féministes se fondent sur la revendication d'une liberté en matière de projet parental, soit d'une maternité désirée, elles cherchent aussi, à travers ce droit, à s'émanciper des contraintes de la maternité et de la domination du masculin (Héritier, 1999). Ainsi, le recours à la contraception permet aux femmes d'échapper à ces contraintes mais aussi de s'approprier la maîtrise de leur fécondité, un pouvoir encore souvent du ressort des hommes dans les pays du Sud.

Dans cet état d'esprit, le droit reproductif a pour but d'éviter dans ces domaines toute discrimination, coercition ou violence à l'égard des femmes. La question des violences sexuelles évoquée par les médias dans les différents conflits socio-politiques (viol des femmes sur les boat-people, dans les camps de réfugiés, etc.) contribue à renforcer l'intérêt pour une prise en compte des droits reproductifs. Elle est aussi abordée dans des situations de la vie courante (violences conjugales) soit d'une manière plus générale à l'occasion d'enquêtes démographiques et de santé réalisées dans différents pays du sud³.

³ Une série d'enquêtes avec des protocoles communs de recherches, intitulés « Enquêtes Démographiques et de Santé » (en anglais Demographic and Health Surveys) a été réalisée depuis les années 1980, à une échelle internationale mais en particulier dans les pays en développement afin de comparer les niveaux de fécondité, l'utilisation de la planification familiale et la santé de la mère et de l'enfant. Dans les enquêtes les plus récentes, la question de la violence faite aux femmes a été intégrée.

La question de l'excision a, elle aussi, été étudiée et a fait l'objet de nombreux débats également sous la pression des mouvements féministes et des organisations internationales soulignant notamment les méfaits de cette pratique sur la santé des femmes (Locoh, 1998). Bien que de nombreux pays aient adopté des législations pour interdire ces pratiques, ces lois ne sont pas toujours suivies d'effet sur le terrain.

La notion de droit reproductif renvoie aussi au rôle des pouvoirs publics dans la définition de leur politique de population. En effet, confrontés à des problèmes démographiques, certains pays ont adopté des politiques parfois coercitives pour modifier le cours de leur croissance démographique, qu'il s'agisse de mesures pour infléchir ou au contraire pour redynamiser la croissance naturelle. Par exemple, les pratiques de stérilisation adoptées en Inde dans les années 1950 constituent une atteinte à la liberté individuelle. De même, l'instauration du contrôle strict des naissances, comme en Chine, peut aboutir à des pratiques d'avortement ou d'infanticide selon le sexe de l'enfant (Vella, 2003).

Les acteurs de la santé de la reproduction

Les différentes définitions relatives aux droits reproductifs et d'une manière plus générale à la santé de la reproduction impliquent, comme nous l'avons déjà mentionné, les hommes comme les femmes à différentes périodes de leur vie ; mais elles conduisent aussi à s'interroger sur les véritables acteurs ciblés par les programmes relevant de ce domaine : quels sont les différents acteurs concernés, quelle est leur marge de manœuvre effective et leur véritable liberté de choix ? Ont-ils réellement accès aux programmes de santé de la reproduction ? D'autre part, les autorités politiques et sanitaires prennent-elles vraiment en compte les recommandations des conférences internationales ou ont-elles tendances à maintenir des orientations conservatrices par rapport aux populations concernées afin d'éviter un certain nombre de tensions socio-politiques (corporatismes professionnels, opinions religieuses) ? Enfin, peut-on parler d'équité entre les sexes dans des sociétés où la majeure partie des femmes reste sous la domination masculine ?

Comme on l'a vu précédemment, les femmes sont dorénavant placées comme actrices dans le processus décisionnel en matière de reproduction, même si dans de nombreux pays en développement elles ne disposent pas d'une autonomie totale de décision, autrement dit d'un choix individuel, en ce qui concerne leur sexualité et leur fécondité. Selon l'OMS « le concept de santé de la reproduction (...) place les femmes au centre de ce processus, comme sujets et non comme objets, comme fins et non comme moyens. Il impose le respect et répond aux besoins des femmes⁴ » (Fathalla, 1997).

⁴ traduit par nous-mêmes.

Leurs attentes en matière de santé ne sont donc plus uniquement liées à leur rôle maternel.

Pourtant, l'inégalité entre hommes et femmes reste particulièrement évidente dans un certain nombre de domaines : accès aux services de santé, à l'alimentation, à la vie économique et politique, aux droits de succession, à l'éducation. Par exemple, dans la plupart des régions du monde, la femme reçoit une éducation scolaire moins poussée que l'homme (Nations unies, 1994). Selon les Nations unies, 70 % des enfants qui ne sont pas inscrits à l'école primaire sont des filles alors que depuis plus de 40 ans le droit à l'éducation figure dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. En 1990, les gouvernements réunis en Thaïlande, à l'occasion de la Conférence mondiale sur l'éducation pour tous, se sont engagés à universaliser l'accès à l'éducation de base. Pourtant, plus d'un tiers des adultes de la planète, pour la plupart des femmes, ne peut s'informer à partir de supports écrits (Nations unies, 1994). Cette situation a forcément une incidence sur la capacité des femmes à être informées sur les questions relatives à la santé et à la prévention des maladies.

Les femmes sont aussi lésées dans le domaine du droit individuel : dans la vie quotidienne, les pratiques coutumières sont plus souvent appliquées que celles du droit moderne. Nombre d'entre elles n'ont pas le droit d'acquiescer un bien en propre, de demander la garde des enfants en cas de divorce ou de revendiquer un droit de succession. Par exemple, si la pratique du lévirat (remariage de la veuve au décès du conjoint avec l'un des frères du décédé) avait à l'origine pour but de protéger les femmes et de les maintenir au sein d'un groupe familial avec leurs enfants, elle a aujourd'hui l'inconvénient de les assujettir, quelquefois contre leur gré, à une famille dont elles veulent parfois s'émanciper (difficultés de remariage, impossibilité d'hériter des biens du ménage, privation de la garde et de l'éducation des enfants). À l'inverse, là où cette pratique pourrait les protéger, sa fonction est remise en cause. Par exemple, par crainte d'une propagation du sida, le lévirat peut être refusé par certains hommes car les femmes sont souvent suspectées d'être les principales responsables de la contamination des maladies sexuellement transmissibles (Le Palec, 1994). Ainsi, en Ouganda, à propos de familles atteintes par l'infection à VIH, T. Barnett et P. Blaikie (1992) ont constaté, en cas de décès d'un malade du sida, que certaines femmes et leurs enfants étaient privés de tout héritage et obligés d'adopter des stratégies individuelles de survie. Dans d'autres pays, le lévirat reste, malgré tout, une mesure de protection là où les actions sociales sont peu développées (Taverne, 1996). Cet exemple du lévirat est révélateur de l'influence que la famille peut exercer sur la vie des femmes : dans les sociétés où elles sont dans des positions de dépendance économique et sociale, la famille (proche ou élargie) joue un rôle dans les processus décisionnels mais aussi au niveau de la prise en charge de la santé et des comportements en matière de fécondité.

Par exemple, le rôle joué par certains membres de la famille (aînés, tantes, grands-parents) dans les soins aux enfants a été souligné dans différents travaux, notamment en ce qui concerne les grands-mères qui occupent un rôle central dans les soins aux

jeunes enfants (Ouedraogo, 1994). En Ouganda, leur présence a permis à de nombreux enfants, dont les parents sont affectés par le sida ou décédés de cette maladie, de bénéficier d'une prise en charge affective et matérielle même si elle est malheureusement de courte durée (Ankrah, 1994). En revanche, dans d'autres cas, leur présence dans la cour familiale peut être un frein au recours biomédical, les grands-mères ayant tendance à recourir davantage aux soins domestiques (Guillaume *et al.*, 1997).

En matière de fécondité, l'environnement familial peut infléchir certains comportements à travers la pression sociale pronataliste des groupes lignagers, particulièrement en zone rurale. En effet, l'enfant n'est pas considéré comme appartenant uniquement à ses parents biologiques mais à l'ensemble du groupe familial du père ou de la mère selon la filiation. Il est donc soumis à d'autres autorités que celle de ses parents, peut être confié à d'autres membres de la famille ou même à des amis sans que la mère approuve systématiquement cette décision. Ces facteurs familiaux ne sont généralement pas pris en compte dans les services de santé et de planification familiale qui ont tendance à privilégier le couple mère-enfant ou la triade père-mère-enfant. Si l'on parle de santé familiale, il faut donc que ce concept s'adapte à la réalité des différents modèles familiaux observés aujourd'hui : nucléarisation ou famille élargie, monoparentalité, montée du célibat féminin et du nombre de femmes chefs de ménage, familles monogames ou polygames.

De plus, les services hospitaliers ont longtemps fait l'impasse sur le rôle de la famille au cours de l'hospitalisation de l'enfant, là où l'infirmier ne peut se consacrer au soin quotidien comme il est d'usage dans les hôpitaux occidentaux. Il est aussi fréquent que les enfants ne soient pas accompagnés dans les consultations par leur mère biologique (Roger Petit-Jean, 1999). Cette situation est, elle aussi, rarement prise en compte alors qu'elle a un effet indéniable sur l'information et la prévention des maladies. En d'autres termes, la prise en charge de l'enfant en bas âge ne dépend pas uniquement de ses parents biologiques, même si les pères restent dans bien des cas les détenteurs principaux du pouvoir financier et décisionnel et maintiennent les femmes dans des positions de dépendance.

La volonté d'impliquer les hommes dans la santé de la reproduction en est d'autant plus justifiée : il convient néanmoins de s'interroger sur les capacités des services de santé à renforcer la participation des hommes à leurs activités par rapport à leurs modes de fonctionnement actuel. En effet, certains services sont très cloisonnés et spécialisés dans des domaines d'intervention particuliers, amenant à une répartition des lieux de consultations entre hommes et femmes. Ainsi, les services de planification familiale sont souvent intégrés aux activités de santé maternelle et infantile et ils excluent généralement la population masculine. Cette situation ne peut que conforter certains comportements masculins réfractaires à la régulation des naissances, aussi bien ceux qui considèrent la fécondité comme un domaine réservé aux femmes que ceux qui sont favorables à une forte descendance et qui refusent l'accès à leurs épouses

à la planification familiale car ils y voient souvent une prise de liberté des femmes et un risque d'infidélité conjugale.

Ces observations amènent donc à repenser l'organisation des services de santé même si ces situations évoluent puisque les résultats des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) font apparaître qu'une proportion non négligeable d'hommes manifestent leur intention d'utiliser la contraception dans le futur et approuvent les programmes de planification familiale (Ezeh *et al.*, 1996). Ainsi dans les pays d'Afrique de l'Est, plus de la moitié des hommes déclarent leur intention d'utiliser la contraception dans le futur (cette proportion atteint 65 % au Malawi et seulement 30 % en Tanzanie). En Afrique de l'Ouest, ces proportions sont beaucoup plus faibles : 6 % au Mali, entre 20 et 30 % au Burkina Faso, Cameroun et Niger, mais 5 % des hommes au Ghana en 1993. Quant à la planification familiale, entre 90 et 97 % des hommes en Afrique de l'Est déclarent y être favorables (seulement 78 % en Tanzanie), entre 70 et 90 % manifestent leur approbation en Afrique de l'Ouest (Burkina, Ghana et Niger), seulement 48 % au Cameroun, 44 % au Sénégal et 23 % au Mali. Ainsi, tous les hommes ne sont pas opposés à la planification familiale, mais leurs déclarations d'intention se traduiront-elles par des pratiques effectives ?

Cependant dans bien des situations, les programmes, encore une fois, s'adressent prioritairement aux femmes et la planification familiale reste dans bien des cas une « affaire de femmes ». Jusqu'à présent, les méthodes contraceptives les plus utilisées (pilule, stérilet, injection, diaphragme, spermicide, norplant) sont essentiellement féminines. Elles peuvent être vécues comme une contrainte pour les femmes, mais elles leur permettent en même temps de les utiliser sans l'implication ni l'autorisation de leur conjoint et les rendent ainsi plus indépendantes dans la gestion de leur sexualité et de leur fécondité.

La situation est différente pour les méthodes préventives (essentiellement le préservatif masculin) qui supposent, pour leur utilisation, un accord de l'homme et donc une négociation des relations sexuelles qui n'est pas toujours facile pour les femmes, surtout pour les femmes mariées très touchées par le sida en Afrique : une telle négociation risque de jeter une certaine suspicion sur les comportements de l'homme comme sur ceux de la femme. La diffusion du préservatif féminin va peut-être permettre d'améliorer cette situation, même s'il ne s'agit pas pour l'instant d'une méthode grand public.

L'accès à la santé pour les femmes et les types de soins qui leur sont prodigués sont largement dépendants de la qualification des personnels de santé et des conditions d'accès aux soins (consultations surchargées, mauvaises conditions d'accueil, manque de matériel, etc.). De plus, certains services n'offrent pas un libre accès aux femmes puisqu'une autorisation maritale peut, parfois, leur être exigée pour accéder aux soins : dans les centres de planification familiale, l'accord du mari pour que les femmes obtiennent une contraception est parfois exigé ou vivement souhaité par les personnels de santé (Adjmagbo et Guillaume, 2001). Ces contraintes ne permettent pas une bonne information, et le développement d'une prise de décision autonome des femmes.

En 1998, les Taliban d'Afghanistan demandaient aux médecins afghans « de ne pas examiner et de ne pas soigner les femmes sans la présence de leur tuteur légal » (*Le Quotidien du Médecin*, n° 6312 du 29/06/1998). Certaines activités de formation et de visites à domicile avaient été interrompues à cause de cette mesure. Plusieurs ONG médicales installées à Kaboul s'étaient tournées vers l'ONU et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) pour les interpeller sur la conduite à tenir face à ces directives.

Ces conditions d'accès à la santé posent la question des choix et des droits laissés aux patients dans des contextes sociaux et politiques qui ne favorisent pas la liberté individuelle.

Le libre choix : utopie ou réalité ?

Bien souvent les patients ne disposent pas d'informations suffisantes sur le système de soins, sur la prévention et le traitement de nombreuses maladies, sous prétexte qu'ils ne seraient pas en mesure d'accéder à la connaissance médicale ou simplement parce que le personnel ne dispose pas suffisamment de temps pour mener à bien une sensibilisation de qualité : consultations surchargées, manque de moyens pour les campagnes d'information et pour les séances d'Information, Éducation, Communication (IEC), insuffisance de formation spécialisée du personnel, etc. Dans ce contexte, les patients sont dans une position de dépendance par rapport aux personnels de santé (Jaffré et Olivier de Sardan, 2002).

Quel sens peut-on, alors, donner à la notion de « liberté de choix » quand les décisions sont prises par les prestataires de service, ou à celle de « choix éclairé » lorsque les informations ne sont pas communiquées aux intéressées ?

Pour des raisons sanitaires, sociales ou économiques, les personnels de centres de planification familiale ne laissent pas toujours le libre arbitre aux femmes dans les choix relatifs aux méthodes contraceptives. Par exemple, au Togo, K. Kotokou (1994) a démontré que les prescriptions dépendaient de la familiarité de la prestataire (et non de celle de la patiente) avec les différentes méthodes. Cette prescription peut être aussi guidée par un choix déterminé selon le profil socio-culturel de la femme. Ainsi, la méthode injectable sera-t-elle plus facilement prescrite que la pilule à une femme ayant été peu scolarisée. La prescription d'une méthode peut également dépendre de la qualification du personnel, des stocks et du matériel médical disponibles : ainsi le stérilet n'est pas prescrit dans certains dispensaires car les personnels n'ont pas reçu de formation pour les poser (Guillaume, 1999).

L'information dispensée aux femmes dans les centres de planification familiale n'aborde pas suffisamment les avantages et inconvénients des différentes méthodes (risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible de certaines d'entre elles), sous prétexte dans certains cas qu'elles ne seraient pas en mesure de les comprendre. Cette situation a pour conséquence de maintenir les femmes dans une dépendance par rapport aux personnels de santé et contribue à véhiculer de fausses idées sur ces méthodes (par exemple, risque de stérilité et de cancer lié à la contraception).

La stérilisation des hommes comme des femmes, constitue, à ce titre, une atteinte aux droits reproductifs. En effet, elle est faite dans certains cas à l'insu des personnes ou sans les informer de leurs conséquences définitives. Des compensations matérielles ou financières sont parfois utilisées pour inciter les populations à de telles pratiques, par exemple la distribution de radio transistors en Inde. Au Mexique, la pratique de la ligature des trompes a considérablement augmenté puisqu'elle est passée de 8,9 % des utilisatrices de contraception en 1970 à 35 % en 1986 puis à 43% en 1992. « Cette pratique est souvent critiquée comme étant imposée aux femmes soit indirectement par l'absence d'information sur d'autres méthodes ou sur son caractère définitif soit directement par la force » (Gautier et Quesnel, 1993). Cette stérilisation est parfois réalisée lorsque les femmes ont atteint un niveau de descendance supérieur à trois enfants. Dans ce pays, comme d'ailleurs dans la plupart des pays dans le monde, la stérilisation reste essentiellement féminine : elle est rarement pratiquée chez les hommes, sauf en cas de politiques interventionnistes comme cela a pu se produire en Inde.

Enfin, la stérilisation forcée des personnes handicapées a été et est toujours pratiquée dans certains pays pour éviter que des enfants à naître ne deviennent une charge pour la société. Ainsi en Amérique du Nord, des stérilisations forcées ont été faites à des femmes dont la fécondité présentait un « danger social » (McLaren, 1990). Dès le début du 20^{ème} siècle, de telles opérations ont été pratiquées dans des asiles dans un souci d'eugénisme pour limiter la reproduction des personnes « inaptes ». De même, dans les années 1970, des médecins ont pratiqué des stérilisations sur des femmes de condition modeste dans des minorités ethniques d'Amérique du Nord, alors qu'elles voulaient pratiquer un avortement ou avaient besoin d'une césarienne (McLaren, 1990).

La pratique abusive des césariennes, dans quelques pays d'Amérique Latine, est un autre exemple d'une absence de libre choix. Ainsi, au Mexique, en milieu hospitalier, les accouchements par césarienne sont-ils devenus très fréquents et pour « des raisons qui ne sont pas uniquement d'ordre médical » (Lerner et *al.*, 1997). Selon les données de l'enquête nationale de fécondité et de santé de 1987, on observe que le taux d'accouchement par césarienne a plus que doublé en passant de 12,4 % à 28,7 %, et la justification de la raison empêchant un accouchement par voie naturelle n'est pas toujours spécifiée aux femmes, du moins lors de leur première césarienne. D'après les auteurs de cette étude, cette pratique « n'est pas liée à des compensations financières

dans le secteur public, mais plutôt à l'attitude des jeunes médecins en formation en milieu rural, qui, anticipant les risques de complications d'un accouchement par voie naturelle, pratiquent la césarienne ». Par ailleurs, cette intervention chirurgicale permet une certaine gestion des accouchements (jours, heures...); enfin, elle induit des trajectoires reproductives, en limitant le nombre d'accouchements possibles et en facilitant la stérilisation qui a lieu (avec l'accord des femmes) dans le prolongement de la césarienne. En effet, la répétition de ces césariennes lors des accouchements avec les lésions qu'elles provoquent, rend pratiquement inévitable la stérilisation de la femme après trois césariennes, la femme n'étant physiquement plus capable de supporter une nouvelle grossesse (Gautier et Quesnel, 1993).

Le libre choix des individus mis à l'épreuve du sida

Au début de l'épidémie de Sida, la question du libre choix des individus a été au cœur des débats à propos du dépistage du virus : les médecins s'interrogeaient sur la nécessité et l'intérêt de dépister les individus et de communiquer les résultats des tests en l'absence de traitement et plus globalement de prise en charge (Gruénais, 1995).

En effet, à la fin des années 1980 et au début des années 1990, les dépistages à l'insu des personnes ont été une pratique courante pour plusieurs raisons⁵ : d'une part pour protéger les personnels de santé des risques de contamination lors d'actes médicaux et chirurgicaux, d'autre part pour palier à la difficulté d'annoncer la séropositivité, surtout quand aucun traitement n'était accessible et en l'absence de prise en charge psychosociale. Pourtant, à cette époque les autorités nationales et internationales de lutte contre le Sida soulignaient la nécessité d'annoncer la séropositivité aux personnes infectées par le VIH dans une perspective de santé publique (prévention des risques de contamination et modification des comportements sexuels).

L'annonce de la séropositivité posait et pose encore diverses questions : le consentement libre et éclairé des personnes au moment du dépistage, un *counselling* adapté au contexte et le droit à la connaissance du statut sérologique (Collignon et al., 1994).

La création de cellules de prise en charge des personnes atteintes du Sida a permis d'améliorer considérablement cette gestion de l'annonce et ainsi de limiter les dépistages à l'insu. En Côte d'Ivoire, par exemple, « les premières unités spécifiques de soins et de conseils aux séropositifs ont vu le jour dans les années 1990-91 pour faire face au nombre de cas croissants de séropositifs et pour réduire les problèmes de confidentialité auxquels étaient confrontés les personnels de santé » (Blibolo, 1996).

⁵ Au début des années 1990, au Congo, ce type de dépistage était fréquemment réalisé dans les banques de sang ou dès l'arrivée des patients à l'hôpital (Gruénais, 1995).

Les traitements contre le Sida (AZT, antirétroviraux...) ont permis de réduire la transmission du virus, notamment celle de la mère à l'enfant et d'améliorer la vie des personnes porteuses du VIH. Ils ont changé les attitudes du personnel de santé et des patients par rapport au dépistage : la possibilité de bénéficier d'un traitement en cas de séropositivité facilite, en effet, l'acceptabilité du dépistage, puisqu'une alternative s'offre aux patients. Mais une nouvelle question se pose quant aux inégalités d'accès à ces traitements.

Aujourd'hui, un consensus s'est établi pour dire que chacun, au Nord comme au Sud, doit pouvoir bénéficier des traitements, mais des barrières économiques, sanitaires et sociales s'érigent et remettent en cause ce droit universel à la santé. En effet, les traitements sont onéreux dans la plupart des pays où la majorité des citoyens ne bénéficie pas d'une protection sociale. Pourtant la mobilisation, dans certains pays, des acteurs politiques mais aussi des associations de malades ou des organisations non gouvernementales, a amené les laboratoires pharmaceutiques à produire à moindre coût dans quelques pays du Sud (Brésil, Inde, Thaïlande) des médicaments génériques, les rendant ainsi accessibles à un plus grand nombre.

Si les risques de transmission materno-fœtale du virus ont diminué grâce à l'effet de certains traitements, ils persistent avec la pratique de l'allaitement maternel. La recommandation de l'arrêt de l'allaitement au sein risque, dans des contextes de précarité, de favoriser une malnutrition sévère de l'enfant (Desclaux, dans cet ouvrage). D'autre part, les femmes qui suivent ces recommandations sont susceptibles d'être stigmatisées par leur entourage et parfois même par les personnels de santé. Cette situation amène la femme à révéler à son conjoint son statut sérologique, ce qui n'est pas systématiquement fait lors du dépistage par crainte d'un rejet (voir Desgrées du Loû dans cet ouvrage).

Le contexte du sida conduit à des changements dans les relations conjugales et dans les projets familiaux des couples affectés par le VIH : négociation des relations sexuelles, gestion de la prévention, questionnement du désir d'enfant, abandon des pratiques traditionnelles d'allaitement, etc.

Ces quelques éléments relatifs au libre choix des individus par rapport à la santé de la procréation montrent des situations de dépendances par rapport aux politiques de population, aux systèmes de santé et à l'institution familiale. Dans ce contexte, on peut s'interroger sur la nature réelle des droits reproductifs et leur application face à cet ensemble de contraintes économiques, sanitaires et sociales. A ce titre, le recours à l'avortement est un autre exemple des droits des femmes, eu égard au respect de la loi et aux normes sanitaires en vigueur selon les pays.

De la déclaration politique à la pratique : le cas de l'avortement

La question de l'avortement est particulièrement exemplaire des divergences qui peuvent exister entre différents pays quant à la légitimité de cette pratique et à la gestion que les populations en font. Il n'existe pas de droit universel appliqué à l'avortement, chaque pays légiférant selon ses convictions religieuses, ses législations relatives au droit de la personne ou ses politiques familiales. Le recours à l'avortement expose donc ceux qui le pratiquent à des risques tant sanitaires que juridiques.

Les politiques adoptées ont des conséquences sur la santé et la liberté des individus. Ainsi, dans certains pays d'Europe de l'Est, l'avortement a été pendant longtemps libéralisé et intervenait en lieu et place de la contraception : l'avortement a précédé la contraception dans la régulation de la fécondité, la contraception moderne étant peu diffusée dans ces pays (Bajos et Guillaume, 2002). En Pologne, libéralisé en 1956, l'avortement servait de mode de régulation de la fécondité. Mais depuis l'entrée en vigueur, en 1993, de la loi interdisant l'interruption volontaire de grossesse (sauf quelques cas précis comme l'inceste, le viol, ou la malformation du fœtus...), le nombre d'interruptions volontaires légales a diminué. Consécutivement, celui des avortements clandestins n'a cessé de croître et les abandons dès la naissance des nouveau-nés dans les hôpitaux également. Cette mesure n'a donc pas abouti à l'objectif escompté, à savoir un accroissement de la fécondité.

En Roumanie, à l'époque de Ceausescu, dans le but d'accroître la fécondité, une politique a été mise en place, basée essentiellement sur une interdiction de l'avortement (pourtant couramment pratiqué) et un contrôle de la fécondité des femmes. Cette politique a eu aussi pour effet un important développement des avortements clandestins avec nombre de conséquences néfastes sur la santé des femmes, mais aussi des abandons d'enfants dans des orphelinats. La mortalité maternelle a durant ces périodes de restrictions de l'avortement connu une augmentation due à l'augmentation des avortements clandestins (Johnson, Horga and Andronache, 1996).

Dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les législations relatives à l'avortement restent très restrictives et « émanent le plus souvent d'une législation ancienne réminiscence d'un passé colonial désormais révolu. Il s'agit notamment de la loi britannique de 1861 sur les délits contre la personne et de la loi française de 1920 » (Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique, 1994). Seuls quelques pays les ont modifiées dans le sens de la libéralisation mais malgré cela, la pratique illégale de l'avortement reste très courante : en Afrique, l'accès ne se pratique à la demande que dans trois pays, l'Afrique du Sud, la Tunisie et le Cap-vert (Guillaume, 2000). Lors de la conférence sur « les avortements à risque et la planification familiale post-abortum » qui s'est tenue à Maurice en 1994, l'étendue de ce problème a été soulignée par différents pays. Ces différents exemples révèlent les difficultés d'accès à la planification familiale, et les risques encourus par les femmes

qui, même lorsqu'elles ne sont pas dépourvues d'informations, sont insuffisamment prises en charge par le système de santé de leur pays. L'avortement illégal est donc bien « une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle et pose un problème de santé publique d'une importance croissante » (Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique, 1994). En Afrique 13 % des décès maternels sont dus à des avortements à risques (World Health Organisation et *al.*, 1998).

Ceci dit, dans certains pays où l'avortement a été légalisé, les conditions sociales et sanitaires ne permettent pas toujours un libre accès à l'avortement, et peuvent même conduire à des situations d'illégalité. Par exemple, en Inde où l'avortement a été légalisé en 1972 (Khan et *al.*, 1993), une large proportion des avortements reste toujours illégale car souvent réalisés hors du cadre des cliniques habilitées par l'État (l'accord de deux médecins est nécessaire, et seulement 10 % des cliniques seraient autorisées à pratiquer l'acte en zone rurale). Autre exemple, en Zambie où l'avortement est légal si la santé mentale de la femme est menacée, un psychiatre doit donner son avis (Koster-Oyekan 1998). En Côte d'Ivoire, en cas d'avortement pour protéger la vie de la mère, il est nécessaire d'avoir l'accord de deux médecins assermentés par la justice. Des raisons d'ordre culturel s'ajoutent aux précédentes, notamment le désir de confidentialité et la désapprobation sociale de cet acte à l'égard des adolescentes et des célibataires.

Ces quelques illustrations concernant différents pays montrent la diversité des situations par rapport à l'avortement et l'enjeu politique et sanitaire qu'il représente pour les gouvernements (libéralisation, répression, obstruction). Dans un contexte mondial où l'on prône le droit reproductif, il convient de s'interroger sur la capacité des États à modifier leurs politiques sanitaire et familiale pour gérer les problèmes relatifs à l'avortement : en 1999, l'avortement est pratiqué à la demande de la femme dans 65 % des pays développés et 14 % des pays en développement (United Nations and Population division, 2001-2002).

À l'occasion de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s'est tenue au Caire en 1994, où la plupart des États ont accepté la notion de « droit reproductif », certains gouvernements ont émis des réserves sur les déclarations relatives à l'avortement. Se référant à la doctrine du Saint-Siège ou à la charia islamique, nombre d'entre eux ont posé la question du statut de l'embryon et ont refusé d'adhérer aux déclarations sur la pratique de l'avortement. Ainsi, la délégation salvadorienne a déclaré que « s'agissant des droits et de la santé en matière de reproduction et de planification familiale, nous souhaitons, tout comme les autres pays d'Amérique Latine, émettre des réserves : l'avortement ne saurait en aucun cas, ni en tant que service, ni en tant que méthode de régulation des naissances, faire partie de ces notions » (Nations unies, 1994). Le Nicaragua a accepté, quant à lui, la notion de planification familiale sous réserve qu'elle n'inclut pas l'avortement. Enfin, pour le Paraguay « l'interruption de grossesse ayant été incluse dans la notion de régulation des naissances, dans la définition proposée par l'OMS au cours de la conférence, cette notion devient inacceptable. Cette position n'empêche pas la reconnaissance, dans la

constitution, de la nécessité d'œuvrer à la santé de la population en matière de reproduction afin d'améliorer la qualité de la vie familiale » (Nations unies, 1994).

Le Vatican dans ses déclarations a également émis certaines oppositions concernant l'avortement en affirmant que « la vie humaine commence au moment de la conception, (...) et qu'elle doit être défendue et protégée ». Le Vatican ne peut, par conséquent, accepter l'avortement ou les politiques qui le favorisent (Nations unies, 1994).

Différents pays islamistes ont aussi exprimé des réserves sur ces déclarations jugées non conformes à la charia. Par exemple, la délégation des Émirats Arabes Unis a déclaré ne pas considérer « l'avortement comme une méthode de planification familiale » (Nations unies, 1994). La délégation de la Jamahiriya arabe libyenne n'approuve pas le choix des expressions employées dans le document (en particulier le terme de « comportement sexuel ») et s'oppose à la façon dont sont traitées les questions relatives à l'activité sexuelle extraconjugale (Nations unies, 1994). Quant à la délégation yéménite, elle mentionne que certaines formulations sur les droits et la santé de la reproduction sont en contradiction avec leurs convictions religieuses. Elle déclare notamment que « dans la charia islamique, certaines dispositions précises concernent déjà l'avortement et le moment auquel il doit être pratiqué ». Elle s'oppose donc au passage du document qui fait allusion à « l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité » et émet des réserves sur l'utilisation de l'expression « comportement sexuel responsable » (Nations unies, 1994).

Pourtant, le document final de la Conférence du Caire, à l'inverse de ceux de Bucarest (1974) ou de Mexico (1984), reconnaît que l'avortement est un aspect des politiques démographiques et, de fait, des soins de santé primaires, même s'il souligne que l'avortement ne doit pas être promu comme un moyen de contraception et appelle les nations à trouver d'autres solutions. Le préambule laisse entendre que le document ne contient pas l'affirmation d'un nouveau droit international à l'avortement (Nations unies, 1994).

Même si l'intégration d'une politique universaliste dans les programmes nationaux est loin d'être effective et si certaines déclarations des pays précités restent très hostiles à l'égard de l'avortement, il faut reconnaître que l'ensemble des objectifs et des mesures adoptés témoigne d'un relatif consensus entre les États membres et d'un progrès sur toutes ces questions en matière de population et de reproduction. Ces avancées politiques vont-elles réellement se traduire par un meilleur accès aux soins, une évolution de la législation et un libre choix dans la gestion de la reproduction ? L'évolution du statut de la femme sera-t-il suffisant pour contribuer à l'amélioration de cette situation ? Les positions politiques et religieuses de certains pays permettront-elles ou même favoriseront-elles ces changements, ou bien seront-elles un frein qui ne fera qu'accentuer les disparités entre pays ?

Conclusion

L'analyse de l'émergence de la notion de « santé de la reproduction » a permis de montrer comment les organismes internationaux et consécutivement les gouvernements ont progressivement modifié leurs perceptions de la reproduction humaine. Le fait d'englober cette question dans une perspective plus large et plus complète de la vie des individus et de considérer l'évolution de leurs besoins au cours de leur cycle de vie a suscité une extension du groupe des « personnes à risque » : au couple mère/enfant, se sont ajoutés les adolescentes, les femmes ménopausées et les hommes. On ne considère plus les individus uniquement à partir d'une fonction biologique ou sociale, mais dans l'intégralité de leur personne et de leur vie, révélant ainsi une autre appréhension de la personne humaine.

D'un point de vue médical, on a vu qu'un plus grand nombre de pathologies est également pris en compte, en plus des problèmes habituels de santé de la mère et de l'enfant : cancers du sein et de l'utérus, maladies sexuellement transmissibles, Sida, traitement de l'infécondité, conséquences des avortements. Cette prise en charge s'associe à un meilleur suivi considérant les différents événements de la vie : par exemple, l'étude de la stérilité par rapport aux antécédents (infections, MST, avortements) qu'une femme a pu avoir. Cette vision plus globale de la santé des personnes a parfois conduit à une restructuration des services et des administrations de la santé. Par exemple, les personnels de santé ont été formés pour exercer de nouvelles activités : ainsi, des sages-femmes d'Afrique subsaharienne ont bénéficié de formation en planification familiale. Mais les systèmes de santé ne sont pas toujours en mesure de gérer les nouvelles situations qui se présentent, comme l'accès aux tri-thérapies dont l'utilisation nécessite une formation du personnel et une meilleure gestion des coûts.

La notion de santé de la reproduction a aussi fait apparaître la nécessité d'une équité entre homme et femme au niveau de la sexualité et de la procréation. La femme n'est plus considérée uniquement à travers son rôle maternel mais aussi en qualité de citoyenne, susceptible de revendiquer des droits. « Le droit à la contraception, avec ce qu'il implique en amont - consentement, droit de choisir son conjoint, droit au divorce réglé par la loi et non simple répudiation, interdiction de donner en mariage des fillettes prépubères, etc. -, celui de disposer de son corps, constitue le levier essentiel » de l'émancipation des femmes (Héritier, 2002). Mais les pouvoirs publics s'inscrivent souvent dans un certain conservatisme face à l'évolution du statut de la femme et des modes d'organisation socio-familiale. Cette situation fait apparaître l'écart qui existe entre les recommandations relatives à la santé de la reproduction et les politiques mises en place. On sait que les interventions en matière de santé sont parfois davantage conditionnées par des décisions politiques que par des impératifs sanitaires.

Par exemple, dans le cas de la planification familiale et du dépistage du Sida, elles ne correspondent pas toujours à une demande sociale mais répondent à des exigences de bailleurs de fonds. A quoi correspond alors la notion de « droit reproductif » si elle ne se base que sur des prises de position politiques ? En revanche ces positions politiques permettent aussi d'accompagner le changement social.

La santé de la reproduction qui sous-tend une vision universelle des valeurs et des normes, en référence aux Droits de l'Homme, est parfois considérée par quelques pays du Sud comme le véhicule de valeurs occidentales inadaptées à leurs contextes politiques et religieux. Pourtant ce concept de « santé de la reproduction » permet d'aborder la santé d'une manière globale⁶. D'un point de vue politique, il engage les États et les organismes internationaux à prendre des positions lors des conférences internationales ; il révèle la manière dont les gouvernements s'approprient ces recommandations et définissent leurs politiques de population et de santé. D'un point de vue médical, il permet la prise en compte d'un large spectre de pathologies. D'un point de vue juridique il fait valoir les compatibilités et les disjonctions entre le droit dit « coutumier » et le droit moderne. Enfin, d'un point de vue éthique, il conduit à une prise en compte individuelle de la personne et intègre les notions de responsabilité et de citoyenneté.

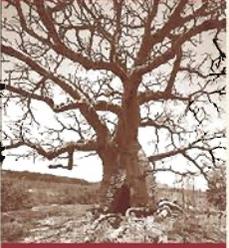
⁶ En 2001, un débat a vu le jour en France à propos du terme de "santé de la reproduction" dans la perspective de le remplacer par celui de "santé de la procréation", considérant l'usage du terme de "reproduction" comme un néologisme du français par rapport à la langue anglaise. Cette nouvelle appellation a été proposée par la délégation à la langue française du ministère de la santé à l'Académie de Médecine puis à l'Académie française. Aucun texte officiel ne permet aujourd'hui de savoir si les deux termes englobent les mêmes champs.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A. et GUILLAUME A., 2001 - "Relations de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien". *Autrepart*, 19 : 11-27.
- ANKRAH M., 1994 - The impact of HIV/Aids on the family and other significant relationships. The African can revisited, in R. Bor, J. Elford (éds). *The Family and HIV*, London, Cassel.
- BAJOS N. et GUILLAUME A., 2002 - "Reproductive health: Contraceptive practices and use of abortion among adolescents and young adults in Europe (Item III.d.i)". European Population Committee (CAHP), Strasbourg, 63 p. + graph.
- BARNETT T. et BLAIKIE P., 1992 - AIDS in Africa. Its present and future impact, Belhaven Press, London, 193 p.
- BARZELATTO J., 1992 - «Establishment and development of the program - Continuity and change : the years 1984-1989» in Khanna J., Van Look P.F.A and Griffin P.D. (éds). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organisation, Geneva : 60-65.
- BLIBOLO A.D., 1996 - «La prise en charge de l'infection à VIH/Sida dans des structures étatiques de soins en Côte d'Ivoire : évolutions et difficultés générales». Communication au colloque *Sciences sociales et sida en Afrique, Bilan et perspectives*. Sally Portudal, novembre, CODESRIA, CNLS, ORSTOM, Dakar, vol. 2 : 593-604.
- BONNET D., 1996 - Introduction au numéro spécial, La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social ? *Sciences sociales et santé*, vol. 14 (1) : 5-16.
- COLLIGNON R., GRUENAISS M.-E. et VIDAL L., 1994 - «L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique». *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI (2) : 149-291.
- EZEH A., SEROUSSI M. et RAGGERS H., 1996 - Men's Fertility, Contraceptive use and reproductive preferences. *Demographic and Health surveys, Comparative Studies*, n° 18, Macro International, Maryland.
- FATHALLA M.F., 1992 - «Reproductive health in the World : two decades of progress and the challenge ahead» in Khanna J., Van Look P.F.A and Griffin P.D. (éds). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organisation, Geneva : 3-31.
- FATHALLA M.F., 1997 - From obstetrics and gynecology to women's health, The road ahead. The Partenon publishing group, 290 p.
- FEDERATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE, 1994 - La conférence de Maurice : les avortements à risque et la planification familiale post-abortum en Afrique, Maurice, 38 p.
- GAUTIER A., 2000 - «Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?». *Autrepart*, 15, Automne : 167-180.
- GAUTIER A. et QUESNEL A., 1993 - Politique de population, médiateurs institutionnels et régulation de la fécondité au Yucatan (Mexique). Éditions de l'ORSTOM, Paris.
- GAUTIER A., 1996 - «Les droits reproductifs, une quatrième génération de droits ?» in *Le genre des droits*. Athènes, Diotima.
- GIAMI A., 2002 - Sexual health: the emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of sex research*, vol. XIII : 1-35.

- GRUENAI M.-E., 1995 - «Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité au Congo» in Dozon J.-P. et Vidal L. (éds). Les sciences sociales face au sida, cas africains autour de l'exemple ivoirien. GIDIS-CI/ORSTOM. Comité sciences sociales et sida, Éditions de l'ORSTOM, Bingerville, Côte d'Ivoire : 167-173.
- GUILLAUME A., 1999 - Planification familiale et pratique de l'avortement : une étude dans quatre FSU-Com d'Abidjan. Rapport d'enquête. Abidjan, ENSEA-IRD, 59.
- GUILLAUME A., KASSI N. et KOFFI N., 1997 - «Morbidity, therapeutic behaviors and mortality in Sassandra» in Guillaume A., Ibo J. et Koffi N. (éds.). Croissance démographique, développement agricole et environnement à Sassandra (Sud-ouest de la Côte d'Ivoire). ENSEA, ORSTOM, GIDIS, Paris : 287-310.
- GUILLAUME A., 2000 - "L'avortement en Afrique mode de contrôle des naissances et problème de santé publique". *La Chronique du CEPED*, n° 37 : 4.
- HERITIER F., 2002 - Masculin/féminin II. Dissoudre la hiérarchie. Ed. Odile Jacob, Paris, 443 p.
- HERITIER F., 1999 - Vers un nouveau rapport des catégories du masculin et du féminin. in Beaulieu E.E., Héritier F. et Leridon H. *Contraception : contraintes ou liberté ?* Ed. Odile Jacob, Paris : 37-52.
- JAFFRE Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. et al., 2002 - Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique, Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'ouest, UNICEF-Coopération française, multigr., 289 p.
- JOHNSON B., HORGAN M. and ANDRONACHE L., 1996 - "Women's perspective on abortion in Romania". *Social Science and Medicine*, 42 (4) : 512-530.
- KESSLER A., 1992 - «Establishment and development of the program - Establishment and early development of the programme» in Khanna J., Van Look P.F.A. and Griffin P.D. (éds.). Reproductive health : a key to a brighter future, Biennial report 1990-1991, Special 20th anniversary issue, World Health Organization, Geneva : 43-59.
- KHAN M.E., PATEL B.C. et CHANDRASEKHAR R., 1994 - «Abortions acceptors in India. Observations from a prospective study». Congrès de l'UIESSP, Montréal : 253-267.
- KOSTER-OYEKAN W., 1998 - "Why resort to illegal abortion in Zambia ? Findings of a community-based study in western province". *Social Science and Medicine*, 46 (10) : 1303-1312.
- KOTOKOU K., 1994 - Les facteurs d'utilisation des méthodes contraceptives à Lomé. in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou B., (éds.). Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique, Colloques et séminaires, ORSTOM, Paris : 251-266.
- LE PALEC A., 1994 - «Bamako, taire le sida» in Collignon R., Gruénais M.-E. et Vidal L. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine*, vol. XXVI, n° 2 : 211-234.
- LERNER S., QUESNEL A. et SAMUEL O., 1997 - Intégration des femmes au système biomédical par la constitution de la descendance. Une étude de cas en milieu rural mexicain. *Document de recherche*, ORSTOM, Paris, n° 4, 29 p.
- LOCOH T., 1998 - Pratiques, opinions et attitudes en matière d'excision en Afrique. *Population*, novembre-décembre, n° 6 : 1227-1239.
- MCLAREN A., 1990 - A history of contraception. From antiquity to the present day. Blackwell. Oxford UK and Cambridge USA, 275 p.
- NATIONS UNIES, 1994 - «Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement». Le Caire, 5-13 septembre, 138 p.
- NATIONS UNIES, 1995 - «Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes». Beijing, 4-15 septembre, 212 p.

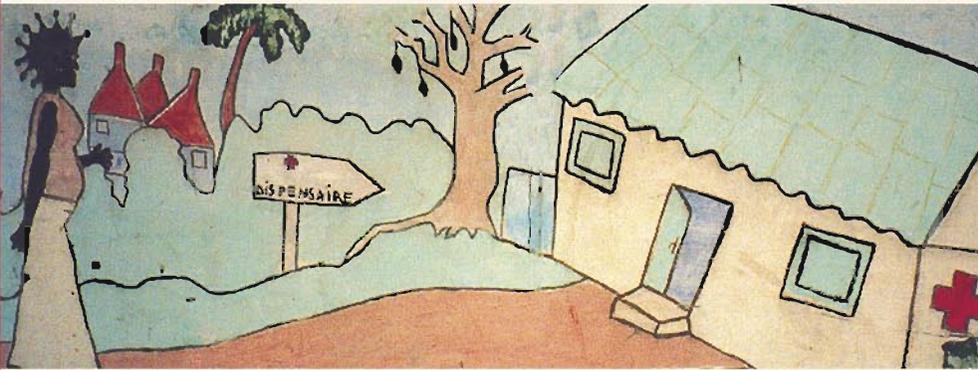
- OUEDRAOGO C., 1994 - Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou. *Les Dossiers du CEPED*, Paris, n° 27, 37 p.
- ROGER PETIT-JEAN M., 1999. - «Accès aux soins des enfants confiés en milieu urbain africain». in Adjamagbo A., Guillaume A. et Koffi N. (éds.). *Santé de la mère et de l'enfant : exemples africains*. IRD Éditions, Paris : 17-36.
- TAVERNE B., 1996 - «Stratégie de communication et stigmatisation des femmes : lévirat et sida au Burkina Faso». *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n° 2 : 87-104.
- TIEFER L., 2002 - «The Emerging Global Discourse of Sexual Rights». *Journal of Sex and Marital Therapy*, Brunner Routledge, 28 : 439-444.
- TURMEN T., 1996 - «Reproductive health. More than biomedical interventions». *Integration*, spring : 32-36.
- UNITED NATIONS, POPULATION DIVISION, 2001-2002 - Abortion Policies. A global review. New York, United Nations.
- VELLA S., 2003 - «Éthique et pratiques reproductives : les techniques de sélection sexuelle en Inde». *Autrepart*, numéro spécial, L'éthique médicale dans les pays en développement (éditeur scientifique : Doris Bonnet), éd. De l'Aube, novembre, 28 : 147-163.



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>