



*Equipe de recherche*

*Transition de la fécondité et*

*Santé de la reproduction*

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 8

---

**LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION**  
**Concept et acteurs**

---

Doris BONNET et Agnès GUILLAUME



**Institut de recherche  
pour le développement**





*E*quipe de recherche

*T*ransition de la fécondité et

*S*anté de la reproduction

DOCUMENTS DE RECHERCHE N° 8

---

**LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION**  
**Concept et acteurs**

---

Doris BONNET et Agnès GUILLAUME

**IRD**  
Institut de recherche  
pour le développement

Paris, novembre 1999

Doris Bonnet, anthropologue, directeur de recherche à l'IRD, membre de l'ETS  
Centre d'Études Africaines, Maison des Sciences de l'Homme, 54 Boulevard Raspail, 75006 Paris  
Tél. : 01 48 03 75 81 - Télécopie : 01 49 28 94 81  
E-mail : dbonnet@club-internet.fr

Agnès Guillaume, démographe, ingénieur de recherche à l'IRD, membre de l'ETS  
ENSEA / IRD, 08 BP 3, Abidjan 08, Côte d'Ivoire  
Tél. : (225) 44 08 40 - Télécopie : (225) 44 39 88  
E-mail : Agnes.Guillaume@ird.ci

© ETS/IRD 1999

ISSN 1274-9494

Ce document a été publié grâce à une subvention du programme de l'IRD « Systèmes de santé ».

Éléments de catalogage :

La santé de la reproduction. Concept et acteurs / Doris Bonnet, et Agnès Guillaume - Paris : ETS, Ird, 1999, 20 p. ; 30 cm. (Équipe de recherche Transition de la fécondité et santé de la reproduction. Documents de recherche n° 8, ISSN 1274-9494).

**BONNET Doris et GUILLAUME Agnès : La santé de la reproduction. Concept et acteurs**

RÉSUMÉ : L'article analyse le concept de « santé de la reproduction » dans une perspective historique à partir des déclarations et des actions des organismes internationaux d'où il a émergé sous l'influence des organisations non gouvernementales et des mouvements féministes. Se substituant à la notion de « santé maternelle et infantile », il inclue aujourd'hui la santé sexuelle et la régulation de la fécondité. La santé de la reproduction ne concerne donc plus uniquement la santé de la mère et de l'enfant mais aussi celle des adolescentes, des femmes ménopausées et des hommes. Elle dépasse le strict cadre médical pour poser la question de la responsabilité individuelle et collective dans les comportements sexuels et reproductifs. De cette évolution conceptuelle découle la notion de « droit reproductif » qui implique une liberté de choix en matière de sexualité et de fécondité. Ces déclarations et revendications restent néanmoins en grand décalage avec l'organisation sociale et politique des pays concernés. Même si les États qui ont participé à la conférence du Caire sur la population en 1994 ont manifesté un certain consensus sur les orientations générales en matière de santé de la reproduction, ils ont laissé, malgré tout, transparaître des divergences sur des questions religieuses et politiques. Le cas de l'avortement, décrit ici, en est une bonne illustration.

MOTS-CLÉS : Santé de la reproduction - Droits reproductifs - Planification familiale - Avortement - Femmes - Pays en développement

**BONNET Doris and GUILLAUME Agnès : Reproductive health. Concept and actors**

SUMMARY : Through an historical perspective, this paper analyses the concept of reproductive health through declarations and actions of international organisations, from where it was developed through the impetus given by non governmental organisations and feminist movements. Today, substituting for maternal and child health, it includes sexual health and fertility regulation. Reproductive health is not concerning only maternal and child health but also this of teenagers, menopause women and men. Reproductive health exceeds also the strict medical of framework to investigate the question of individual and collective responsibility concerning sexual and reproductive behaviours. From this evolution appears these of « reproductive rights » which implies the freedom of choice concerning sexuality and fertility. Nevertheless there is a gap between these declarations and aims and the social and political organisation of the concerned countries. Even then in 1994, during the Cairo Conference, political choices of states have shown a certain consensus concerning the general trends about reproductive health, they let appear, despite everything, some divergences for political or religious raisons. The case of abortion described there is a good illustration.

KEY WORDS: Reproductive health - Reproductive rights - Family planning - Abortion - Women - Developing countries



## INTRODUCTION

Le terme « santé de la reproduction »<sup>1</sup> 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), et des mouvements et organisations non gouvernementales axés sur la défense du droit des femmes. Il correspond, de fait, à une certaine vision du développement social et sanitaire des populations.

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 danger<sup>2</sup> » (FATHALLA, 1992 : 3).

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 a 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 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 exclusivement en compte des considérations d'ordre médical mais aussi juridique.

Dans ce contexte, l'article s'intéresse tout d'abord à l'évolution de l'étude de la « reproduction humaine » par les organismes internationaux. Il montre l'émergence du concept de « santé de la reproduction » sous l'influence non seulement de préoccupations sanitaires mais aussi de mouvements socio-politiques (Droits de l'Homme, mouvements féministes, politiques de population). L'article considère ensuite les différents acteurs impliqués (populations et médiateurs institutionnels) et analyse leur rôle dans la gestion de la sexualité et de la fécondité afin de mettre en évidence leur influence dans les choix individuels comme collectifs.

Enfin, l'article choisit 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 à ces choix politiques et à leurs implications législatives ou au respect d'idéaux sociaux et religieux.

---

<sup>1</sup> traduction du terme « reproductive health »

<sup>2</sup> traduit par nous-même

## **DE LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE À LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION**

Les questions relatives à la reproduction ont été traitées, pendant de nombreuses années, à partir de programmes intitulés « santé maternelle et infantile ». Ces programmes étaient essentiellement centrés sur la lutte contre les morbidité et mortalité maternelles et infantiles. Si la notion d'espacement des naissances était intégrée à ces programmes, elle correspondait surtout à un souci de préserver la santé de la mère et de l'enfant. Cette régulation de la fécondité reposait, alors, essentiellement sur les pratiques d'abstinence durant le post-partum et d'allaitement. La question de la planification familiale était rarement incluse. 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).

À partir de cette position, une évolution est intervenue à partir des années 1960 : les programmes de l'OMS, qui a joué un rôle moteur en la matière, fournissent un bon exemple de l'évolution du concept de « santé maternelle et infantile » vers celui de la « santé de la reproduction ». En 1951, l'OMS est sollicitée par le gouvernement indien pour mener des recherches sur la planification familiale, en particulier sur les méthodes naturelles de régulation de la fécondité. Malgré cette demande, la planification familiale reste un sujet tabou compte tenu des réactions empreintes de réticences des États membres lors de la Conférence mondiale sur la population en 1953.

Mais 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, même si la population-cible de ces programmes reste celle des femmes en âge fécond et de leurs enfants. Et en 1968, une déclaration à 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 : 45). 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 de la part des éventuelles utilisatrices, un manque d'information sur la diversité des méthodes, le dysfonctionnement des services et la crainte des effets secondaires de la contraception sur la santé de la femme.

Au début des années 1970, l'OMS propose d'étendre ses activités et ses recherches relatives à la reproduction humaine. Une « task force » 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).

L'introduction progressive de la planification familiale dans les programmes concernant la reproduction humaine, d'un point de vue international comme national, révèle un changement de politique, dans certains pays avec un objectif sanitaire ou dans d'autres avec une visée malthusienne de contrôle de la population par choix des gouvernements ou sous la pression des organismes internationaux.

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 ; l'Organisation 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. 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 : 61).

À partir des années 1990, l'état démographique, sanitaire et socio-économique (programme 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, probablement

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.

Dans ce contexte, la notion de santé de la reproduction s'est imposée, recouvrant, à la fois, le champ « traditionnel » de la santé de la mère et de l'enfant, mais aussi celui de la santé sexuelle et de la régulation de la fécondité : 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 sont désormais du domaine de la santé de la reproduction.

L'introduction de la notion de « santé sexuelle » 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, mais aussi d'introduire une idée de « responsabilité partagée » entre hommes et femmes : les notions de « parenté responsable » et de « sexualité responsable » sont largement évoquées dans les déclarations des organismes internationaux.

Le champ couvert par la santé de la reproduction inclue donc différents acteurs, hommes comme femmes, à différentes étapes de leur vie. 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 et collectives dans les comportements sexuels et reproductifs.

Ainsi, 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 la notion de « droit à la santé » précède celle du « droit reproductif », l'accent mis sur ce droit reproductif a introduit l'idée d'une revendication féminine (liberté sexuelle, droit à l'avortement) qui dépasse largement le champ de la santé. Aujourd'hui, 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 : 45). Il a pour but d'éviter dans ces domaines tous risques de discrimination, de coercition ou de violence.

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.

Cette notion de droit reproductif renvoie aussi au droit à un niveau collectif et plus spécifiquement 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 constituent une atteinte à la liberté individuelle. De même, l'instauration du contrôle strict des naissances peut aboutir à des pratiques sexistes en éliminant les fœtus ou enfants de sexe féminin tel que cela s'est produit en Chine. L'adoption de ce type d'intervention peut avoir des conséquences sur la santé des femmes et être une entrave à leur liberté dans la constitution de leur descendance.

Ces différentes déclarations relatives à la santé de la reproduction et aux droits reproductifs posent, néanmoins, de nombreuses questions quant aux acteurs : se sentent-ils effectivement concernés, quelle est réellement leur marge de manœuvre et leur véritable liberté de choix ? Elles nous interpellent également sur le rôle des autorités politiques et sanitaires dans la gestion des problèmes de la santé de la reproduction : est-il conforme aux déclarations politiques faites lors des conférences internationales ou bien reste-t-il basé sur les propres convictions de chaque État ?

Cette nouvelle notion de santé de la reproduction implique, maintenant, les hommes comme les femmes à différentes étapes de leur vie, mais aussi d'autres acteurs du domaine de la santé et du politique.

## **LES ACTEURS DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION**

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 : « le concept de santé de la reproduction (...) place la femme au centre de ce processus, comme sujets et non comme objets, comme fins et non comme moyens. Il impose le respect et répond au besoin des femmes<sup>3</sup> » (FATHALLA, 1997 : 23). Leur besoin de santé n'est donc plus uniquement lié à leur rôle maternel mais intègre toutes les étapes de leur vie sexuelle et reproductive : naissance, adolescence, âge adulte, ménopause (TURMEN, 1996 : 32).

L'amélioration des conditions de vie de la femme, tant au point de vue social qu'économique et sanitaire est jugée indissociable d'une égalité entre conjoints. En effet, la disparité entre hommes et femmes est 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 alors que ses connaissances, aptitudes et facultés d'adaptation sont souvent méconnues (NATIONS UNIES, 1994 : 25). Selon les Nations unies, 70 % des enfants qui ne sont pas inscrits à l'école primaire sont des filles alors que ce même rapport stipule 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 peuvent s'informer à partir de supports écrits (NATIONS UNIES, 1994 : 25). 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.

---

<sup>3</sup> traduit par nous-même.

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'acquérir 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 des veuves au décès du conjoint) 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, BARNETT et 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 dans la prise en charge de la santé et la gestion de la fécondité.

Ce rôle joué par certains membres de la famille (aînés, tantes, grands-parents) dans les comportements sanitaires et nutritionnels à l'égard des 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). Dans certains 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). Dans d'autres cas, notamment 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 même si elle est malheureusement de courte durée (ANKRAH, 1994).

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.

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. 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.

Certes, dans de nombreuses familles, les pères restent les détenteurs principaux du pouvoir financier et décisionnel et maintiennent les femmes dans des positions de dépendance. De plus, traditionnellement écartés des problèmes relatifs à la grossesse et à l'accouchement, ils ne sont pas toujours informés de l'attitude à adopter face à certaines pathologies (par exemple, l'hémorragie du post-partum). 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 les insérer vu 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-ils souvent intégrés aux activités de santé maternelle et infantile et excluent-ils 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 de 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 manifeste leur intention d'utiliser la contraception dans le futur et qu'ils 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, Cameroun et Niger, mais la moitié au Ghana en 1993. Quant à leurs opinions par rapport 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. 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 total 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.

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 : par exemple, le manque de personnel, dans certaines structures sanitaires, peut amener des infirmiers à effectuer des actes qui ne sont

pas de leur ressort. En matière de santé, une des disparités encore prégnante est celle des conditions d'accès aux soins (consultations surchargées, mauvaises conditions d'accueil, manque de matériel, etc.). Or, on sait que les difficultés d'accès aux soins ont non seulement un effet négatif sur la santé des femmes mais aussi sur celle de leurs enfants (TURMEN, 1996 : 32).

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 : par exemple au Togo dans les centres de planification familiale. Ces contraintes ne permettent pas une bonne information, et le développement d'une prise de décision autonome des femmes. Récemment, les Taliban d'Afghanistan ont ordonné 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 ont d'ores et déjà été interrompues à cause de cette mesure. Plusieurs ONG médicales installées à Kaboul se sont donc tournées vers l'ONU et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) pour les interpeller sur la conduite à tenir.

Ces pratiques médicales et, plus largement, le rôle des médiateurs institutionnels dans certaines décisions en matière de santé posent la question des choix et des droits laissés aux patients, et plus spécifiquement aux femmes dans les conduites préventives ou thérapeutiques.

## **LE LIBRE CHOIX : UTOPIE OU RÉALITÉ ?**

Pour des raisons sanitaires, sociales ou économiques, les personnels de santé ne laissent pas toujours le libre arbitre dans les choix qui s'offrent à leurs patients. Ainsi, le rôle des prestataires de services dans la diffusion des méthodes contraceptives a été largement démontré. Le choix de ces méthodes n'est, en effet, pas toujours offert aux patientes pour différentes raisons (disponibilité des stocks, manque de formation des personnels, absence de matériel médical, etc.). Certes, elles ignorent parfois le fonctionnement de ces méthodes, les risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible. Mais bien souvent, les femmes ne disposent pas d'information sur leur diversité sous prétexte qu'elles ne seraient pas en mesure de les comprendre 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.

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 ?

Au Togo, KOTOKOU (1994) a démontré que les prescriptions médicales dépendaient de la familiarité de la prestataire (et non de celle de la patiente) avec les différentes méthodes et de la disponibilité des produits. 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. Même pour des méthodes à caractère irréversible, l'information n'est pas toujours communiquée.

La stérilisation des hommes comme des femmes, constitue, à ce titre, une atteinte aux droits reproductifs. En effet, bien souvent, elle est faite 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. « 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 réalisée dès que les femmes ont atteint un niveau de descendance supérieur à trois enfants.

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<sup>ème</sup> siècle, de telles opérations ont été pratiquées dans des asiles dans un souci d'eugénisme pour limiter la reproduction des personnes « inaptés ». 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 sud-américains, 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).

La question de la liberté du choix des individus s'est posée également avec acuité face au problème du sida, en particulier par rapport au dépistage. Les dépistages à l'insu ont été une pratique courante de la part des médecins pour plusieurs raisons<sup>4</sup> : d'une part pour se protéger contre certains risques (notamment celui de la contamination lors d'interventions chirurgicales), d'autre part à cause de la difficulté d'annoncer un tel verdict, surtout quand aucun traitement n'est accessible<sup>5</sup> révélant ainsi les limites de leur exercice. Ces dépistages à l'insu empêchent aussi tout

---

<sup>4</sup> Au début des années 1990, au Congo, ce type de dépistage était fréquemment réalisé dans les banques de sang ou dès l'entrée des patients à l'hôpital (GRUÉNAIS, 1995 : 165).

<sup>5</sup> Si les traitements par les trithérapies sont porteurs d'espoirs, ils resteront de par leur coût inaccessibles à une large frange de la population.

conseil de prévention envers les personnes malades, ainsi qu'à l'adresse de leurs partenaires qui ont un risque de contamination. Pourtant, « les instances nationales et internationales de lutte contre le sida s'accordent généralement sur l'obligation d'annoncer la séropositivité aux personnes infectées par le VIH » (GRUÉNAIS, 1995).

L'annonce de la séropositivité pose diverses questions : la question de la proposition du dépistage, qui suppose le consentement éclairé des personnes (et donc un travail de *counselling*), mais aussi celle du droit (et du risque) de connaître son statut sérologique. La création de cellules de prise en charge des personnes atteintes 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). Depuis, d'autres structures ont été créées à travers notamment des ONG et des associations de personnes vivants avec le VIH qui ont un rôle très actif dans le soutien aux personnes infectées et affectées par le virus. Ces associations qui dans un premier temps « se sont souvent imposées aux programmes nationaux de lutte contre le sida (PNLS) » (...), ont ensuite souvent servi de « "relais" auprès des populations pour la diffusion des messages de prévention puis s'est instauré un partenariat entre PNLS et acteurs non gouvernementaux » (DELAUNAY, 1997).

Toute personne a, en principe, le droit de choisir si elle veut ou non effectuer ce test, en connaître le résultat et en informer ou non son entourage : sa divulgation étant lourde de conséquences tant au niveau sanitaire que familial, professionnel et social. En effet, annoncer sa séropositivité peut amener à découvrir certains comportements ignorés jusque là (par exemple, l'adultère) et à être ainsi source de rejet de la part de son entourage. Révéler son statut sérologique suppose aussi d'adopter des pratiques préventives mais aussi de renoncer à certains projets notamment celui d'avoir des enfants pour limiter les risques de transmission materno-foetale.

Ces quelques réflexions sur les pratiques médicales montrent comment elles interviennent dans la gestion de la santé des patients et comment elles peuvent parfois constituer une atteinte aux droits des individus dans la gestion de leur corps et de leur santé.

À ce titre, le recours à l'avortement est un bon exemple des droits et obligations qu'il peut représenter pour les femmes et les autres acteurs impliqués, eu égard au respect de la loi et aux normes sanitaires en vigueur.

## **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 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. 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 pour 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 Ceaucescu, 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.

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 réminiscente 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. 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. Par exemple, au Kenya, où la loi est très restrictive, dans l'hôpital Kenyatta, 30 à 60 femmes sont traitées par jour pour des complications d'avortements à risque. En Éthiopie, 54 % des décès obstétricaux directs sont estimés être causés par des avortements illégaux. A Madagascar, en 1988, une enquête menée par le Ministère de la Santé et l'OMS, dans la capitale Antananarive, révèle que 18 sur 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans, 80 entre 20 et 24 ans, 136 entre 25 et 29 ans, 171 entre 30 et 34 ans et 162 entre 35 et 39 ans ont subi un avortement ; cette progression des chiffres, selon l'âge, montre que l'avortement s'accroît au fur et à mesure de la descendance et qu'il ne concerne donc pas uniquement les femmes en début de vie féconde. Au Bénin, 70 % des femmes qui ont pratiqué un avortement étaient mariées, et en majorité catholiques (58 %), malgré les interdits de cette religion. Au Sénégal, la pratique de l'avortement n'est pas uniquement liée à une méconnaissance de la contraception puisque 85 % des femmes traitées pour des complications d'avortement avaient connaissance d'au moins une méthode contraceptive ; près de trois-quarts de ces femmes avaient au maximum 25 ans et 25 % d'entre elles étaient encore scolarisées. Ainsi le cas du Sénégal est révélateur : bien qu'une majorité de femmes connaissent les méthodes contraceptives, peu d'entre elles y ont accès pour des raisons sociales (contrôle familial) ou sanitaires (inadéquation de l'offre). En Côte d'Ivoire, 58 % des avortements ont lieu dans des centres de santé et 24 % par les femmes elles-mêmes (sondes végétales, lavements, purges, etc.) et 14 % par des tradipraticiens (ovules végétales, etc.). Ces données montrent l'importance des avortements faits dans de mauvaises conditions sanitaires mais aussi, malgré l'illégalité, la volonté de les faire pratiquer par des personnels de santé. À Abidjan, la pratique de l'avortement se généralise aux jeunes âges et dès les premières grossesses et « explique vraisemblablement une part de la baisse de la fécondité observée » (DESGRÉES DU LOÛ *et al.*, 1999).

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).

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 (KAHN *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). 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.

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 relatives aux pratiques d'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 : 151). Le Nicaragua a accepté, quant à lui, la notion de planification familiale sous réserve qu'elle n'inclue 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, ajoute-t-il, 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 : 154).

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 : 154).

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 : 155). 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 : 153). Quant à la délégation yéménite, elle mentionne que certaines formulations sur les droits et la santé de la reproduction sont en contradiction avec ses 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 : 153).

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 : 162).

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 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, en Côte d'Ivoire, une division Santé de la Reproduction/Planification Familiale (SR/PF)

## *La santé de la reproduction : concept et acteurs*

a été créée au sein du Ministère de la Santé. Enfin, 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.

La notion de santé de la reproduction a aussi fait apparaître la nécessité d'une équité entre homme et femme au niveau de la gestion de leur sexualité et de leur fécondité. La femme n'est plus considérée uniquement à travers son rôle maternel mais aussi en qualité de citoyenne, susceptible de revendiquer des droits. 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 ?

Cette notion, 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 inadaptées à leurs contextes politiques et religieux. Elle révèle pourtant qu'aucune société au monde, aujourd'hui, ne peut faire de choix sociaux et sanitaires sans qu'un pays voisin soit lui-même concerné.

Le concept de « santé de la reproduction » présente donc plusieurs facettes. Il a une dimension politique comprenant les prises de position des États et des organismes internationaux lors des conférences internationales et la manière dont les gouvernements s'approprient leurs recommandations et définissent leurs politiques de population et de santé. Il a une dimension médicale puisqu'il considère un plus large spectre de pathologies. Il a une dimension juridique par la coexistence du droit coutumier et du droit moderne, et l'introduction du droit reproductif. Et, enfin, il a une dimension éthique de par sa prise en compte de la personne humaine dans son intégralité et l'intégration des notions de responsabilité et de citoyenneté.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANKRAH (M.) 1994, « The impact of HIV/Aids on the family and other significant relationships. The African can revisited », in BOR (R.) and ELFORD (J.) (éds), *The Family and HIV*, London, Cassel.
- BARNETT (T.) et BLAIKIE (P.), 1992, *AIDS in Africa. Its present and future impact*, Belhaven Press, London, 1992, 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 20<sup>th</sup> 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, Sénégal, Codesria, CNLS, Orstom, Dakar, vol 2 : 593-604.
- DELAUNAY (K.), 1997, De la volonté officielle d'impliquer la « société civile » dans les programmes de lutte contre le sida (cas ivoiriens et sénégalais), Communication présentée à la CISMA, Abidjan, décembre 1997.
- DESGRÉES DU LOÛ (A.), MSELLATI (P.), VIHO (I.) et WELFFENS-EKRA (C.), 1999, « L'évolution du recours à l'avortement provoqué à Abidjan depuis 10 ans : une cause de la récente baisse de fécondité ? », *Population*, 54 (3), 1999, 427-446.
- 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 20<sup>th</sup> anniversary issue*, World Health Organisation, Geneva : 3-31.
- FATHALLA (M.F.), 1997, *From obstetrics and gynecology to women's health, The road ahead*, The Parthenon publishing group, 290 p.
- FÉDÉRATION INTERNATIONALE POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE, 1994, *La conférence de Maurice : les avortements à risque et la planification familiale post-abortionum en Afrique*, Maurice, 38 p.
- 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 ? », *Le genre des droits*, Athènes, Diotima.
- GRUÉNAIS (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 , 1995 : 167-173.
- GUILLAUME (A.), KASSI (N.) et KOFFI (N.), 1997, « Morbidité, comportements thérapeutiques et mortalité à 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, 1997 : 287-310.

- 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 20<sup>th</sup> 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.
- 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.) (éds.), *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 n° 4, ETS, Orstom, Paris, 29 p.
- MCLAREN (A.), 1990, *A history of contraception. From antiquity to the present day*, Blackwell. Oxford UK and Cambridge USA., 1990, 275 p.
- NATIONS UNIES, 1994, *Rapport de la Conférence Internationale sur la population et le développement*, Le Caire, 5-13 septembre 1994, 138 p.
- NATIONS UNIES, 1995, *Rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, 4-15 septembre 1995, 212 p.
- OUEDRAOGO (C.), 1994, *Éducation de la mère et soins aux enfants à Ouagadougou*, Les dossiers du CEPED n°27, CEPED, Paris, 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.
- TURMEN (T.), 1996, « Reproductive health. More than biomedical interventions », *Integration*, spring 1996 : 32-36.

L'ETS regroupe des chercheurs et des chercheurs associés de l'IRD, de différentes disciplines (démographie, anthropologie, épidémiologie...), qui se sont réunis sur des problématiques relatives à la transition de la fécondité et à la santé de la reproduction.

L'ETS publie deux séries de documents. Les *Notes et Projets* présentent les thèmes et les méthodes des programmes en cours. Les *Documents de Recherche* proposent des analyses de cas, des études comparatives et des réflexions théoriques.



ETS, IRD/LPE, Case 10, Centre St. Charles,  
3 place Victor Hugo, 13331 Marseille Cedex 3, France.

Tél./fax : (33) 4 42 22 46 31

Email : [vimard@newsup.univ-mrs.fr](mailto:vimard@newsup.univ-mrs.fr)