

Doctoriales en Sciences sociales
4^{ème} session
« *Santé de la reproduction et famille* »
Hanoi, 17 septembre 2009

**SANTE DE LA REPRODUCTION ET FAMILLE :
L'APPORT DES SCIENCES SOCIALES**
Myriam de Loenzien

INTRODUCTION

Cette session regroupe des sociologues, des démographes, des médecins, des informaticiens, des spécialistes en santé publique. Beaucoup ont une formation pluridisciplinaire qui comprend parfois d'autres disciplines comme l'économie. Certains travaux relèvent aussi de l'anthropologie. Cette diversité reflète le fait que la santé de la reproduction est un domaine d'étude investi par des disciplines très diverses qui ne relèvent pas toutes des sciences sociales.

Pour cette première présentation, je souhaiterais évoquer quelques questions posées dans ce champ de recherche, les liens que l'on peut faire entre la santé de la reproduction, la famille et les relations de genre. En si peu de temps, je ne peux pas présenter un travail exhaustif sur ce sujet. Je vais donc prendre quelques exemples tirés de travaux de chercheurs et d'étudiants pour voir comment on peut aborder ces questions en tant que chercheur en sciences sociales et en quoi ces travaux peuvent contribuer à améliorer la situation sur le terrain. Je prendrai en particulier des exemples de recherche portant sur la prévention de l'épidémie VIH/sida et la prise en charge des adultes séropositifs.

Ma présentation comprend 4 parties. Je voudrais d'abord situer les interrogations posées par la santé de la reproduction, puis étudier quelques liens entre cette thématique et la famille et quelques liens entre cette thématique et les analyses en termes de relations de genre

SANTE DE LA REPRODUCTION

Situation actuelle et enjeux

Du contrôle de la croissance démographique à la santé de la reproduction

Historique

De façon très résumée, trois conférences intergouvernementales des Nations Unies sur la population et le développement ont marqué une formalisation de la notion de santé de la reproduction.

- La première à Bucarest (1974) a mis en avant les liens entre les problèmes démographiques et les problèmes économiques (George, 1975) à une période où on craignait que la forte croissance de la population ne compromette le développement. La conférence a reconnu aux individus et non plus seulement aux couples le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances (Pelchat, 1995).

- La seconde conférence à Mexico (1984) a confirmé l'importance des politiques de population et prolongé le programme d'action adopté à Bucarest. Dans le plan d'action qui a été adopté à l'issue de cette conférence, la condition féminine a été « érigée en chapitre autonome au lieu d'être une partie du chapitre « procréation, famille et condition de la

femme » » (Levy, 1984). L'une des recommandations de la conférence était de « faire parvenir les femmes à l'égalité avec les hommes dans la vie sociale, politique et économique » (Levy, 1984).

- Et la conférence du Caire (1994) a été marquée par un changement de paradigme. On est passé d'une préoccupation centrée sur l'impact de la croissance de la population à la reconnaissance des droits de l'individu en matière de santé, de sexualité et de reproduction.

Le concept de « Santé de la reproduction » a été défini à l'issue de cette conférence comme un « bien-être général, tant physique que mental et social » qui laisse droit à l'individu à une « vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité » et à une libre procréation.

Thématiques connexes : relations de genre et sexualité

Relations de genre

Le changement de paradigme dans le programme d'Action du Caire avec « l'introduction des notions de santé et de droits reproductifs » qui a eu lieu malgré l'opposition de certains courants, notamment religieux, est lié à l'attention portée à la question de l'égalité entre les sexes et au renforcement du pouvoir des femmes » (Pelchat, 1995).

Puisque « l'univers de la reproduction et de la sexualité » est considéré comme « un lieu d'exercice privilégié des pratiques discriminatoires à l'égard des femmes » (Pelchat, 1995).

Ce changement a « entraîné l'« entrée en scène » des hommes en tant que groupe social qui doit être responsabilisé par les questions de reproduction et d'égalité entre les sexes (Pelchat, 1995).

Certains aspects de la santé reproductive qui n'avaient pas été mis en avant ont été mis en exergue lors de la conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995), par exemple les questions liées à l'avortement, la sexualité des adolescents et violence envers les femmes (Pelchat, 1995).

Sexualité

Ces évolutions sont intervenues au moment de changements importants dans la société.

Le développement de la contraception dans les pays industrialisés dans les années 70 a contribué à une dissociation des enjeux sexuels et reproductifs.

De la même façon, le thème de la santé sexuelle s'est progressivement développé séparément de celui de la santé de la reproduction. Et on parle aujourd'hui de « santé sexuelle et de la reproduction ».

Cette évolution est liée à plusieurs phénomènes : d'une part la révolution sexuelle de la fin des années 60 avec la diffusion du préservatif, le traitement des maladies sexuellement transmissibles suite à la découverte des antibiotiques, la diffusion de la contraception via l'utilisation du stérilet et de la pilule, et d'autre part une « révolution du droit » en Occident où les femmes ont acquis progressivement une égalité législative, avec l'obtention du droit de vote, l'égalité au sein du couple, le droit à la contraception et à l'avortement.

Cette libéralisation des mœurs et certains problèmes de santé publique, en particulier l'épidémie VIH/sida ont fait prendre conscience de l'importance de la santé sexuelle, et des comportements et attitudes qui permettent de la conserver et de l'améliorer.

Dispositif actuel

Institutions sanitaires

Dans la plupart des pays du Sud, les institutions gouvernementales ont été restructurées en fonction des recommandations qui ont découlé de la conférence de Bucarest, puis de celle du Caire, avec des départements, des grands programmes et des services de « santé maternelle et

infantile, de planification familiale, regroupés ensuite sous la mention « santé de la reproduction » avec une intégration des questions liées aux maladies sexuellement transmissibles et au VIH/sida.

A partir de 2002, le Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a été créé comme un partenariat entre les gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés affectées pour financer les programmes de santé. Les actions de santé sont donc maintenant davantage orientées vers ces trois problèmes.

Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

A l'issue du Sommet du Millénaire des Nations Unies (2000), les Etats membres de l'ONU se sont fixé 8 objectifs à atteindre d'ici 2015. Ce sont des objectifs quantitatifs considérés comme un « plus petit dénominateur commun » à atteindre par les différents pays (Sen, 2009).

Parmi eux 4 sont plus spécifiques à la santé de la reproduction : « promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes », « réduire la mortalité infantile », « améliorer la santé maternelle », « combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies ».

Ces objectifs sont décomposés en sous-objectifs chiffrés et datés. Par exemple la lutte contre le VIH/sida comprend 2 objectifs : arrêter voir inverser la progression de l'épidémie d'ici 2015 et atteindre l'accès universel aux traitements pour les personnes séropositives qui en ont besoin (Asian Development Bank, 2009). Voilà donc le dispositif actuel dans la plupart des pays.

Santé de la reproduction, famille et relations de genre au Viêt-Nam

Croissance démographique, santé et politique de planification familiale

La population du Vietnam est estimée à 87 millions d'habitants. Selon les projections démographiques moyennes, elle atteindra les 100 millions au cours des 20 années à venir et se stabilisera aux alentours de 120 millions vers 2050.

La baisse de la fécondité est l'un des principaux changements démographiques des dernières années. L'indice synthétique de fécondité (ISF), soit le nombre moyen d'enfants par femme en fonction des taux de fécondité actuels est descendu sous le seuil de remplacement des couples, à 2,08 enfants par femme en 2008 (General Statistical Office, 2009) alors qu'il était de près de 5 enfants par femme en 1979 (Haub et al., 2003).

L'utilisation de la contraception a connu une croissance continue depuis la fin des années 80. Aujourd'hui, le taux d'utilisation des méthodes modernes est relativement élevé : il concerne 69% des femmes (General Statistical Office, 2009). Elles utilisent surtout le stérilet.

Une des particularités du Viêt-Nam est son fort taux d'avortement, en raison de l'insuffisance d'informations, de moyens contraceptifs et de l'échec de méthodes contraceptives. Ce taux est en baisse mais selon les estimations, chaque femme au Vietnam aura en moyenne 1,3 avortement pendant son existence (Haub et al., 2003).

88% des naissances se déroulent en présence d'un personnel de santé qualifié (OMS, 2008).

L'espérance de vie à la naissance, a atteint un niveau élevé de 72 ans, ce qui place le Vietnam au même niveau qu'un pays tel que la Thaïlande (OMS, 2008).

Sous-objectifs du Millénaire pour le Développement

Le Viêt-Nam a adapté les Objectifs du Millénaire pour le Développement à son contexte.

Pour la santé maternelle, il met l'accent sur les zones isolées et désavantagées et sur les soins post partum. Etant donné les progrès faits depuis quelques années, il est possible qu'il parvienne à atteindre son objectif de diminuer de 75% la mortalité maternelle (Ministère du Plan et des Investissements, 2009).

L'épidémie VIH/sida est un domaine où les prévisions sont plutôt pessimistes.

L'objectif d'une réduction du taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes est considéré comme ne pouvant probablement pas être atteint (Ministry of Planning and Investment, 2008). Cet échec est à relativiser car le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 0,38% en 2006, ce qui est relativement faible, mais l'incidence de l'épidémie a été forte au cours des dernières années. Sur l'ensemble de la population, 0,5% des adultes âgés de 15 à 49 ans sont séropositifs.

Contrairement au cadre proposé, le Viêt-Nam n'a pas inscrit dans ses objectifs spécifiques l'accès universel au traitement des personnes séropositives qui en ont besoin.

Parmi les obstacles qui expliquent les échecs de la lutte contre le VIH/sida, sont cités le manque de coordination des actions, le besoin de développer des campagnes d'information auprès des jeunes et de la population qui n'est pas considérée comme à risque, le besoin de développer les centres de prévention du VIH et de traitement des personnes séropositives, d'améliorer la formation et d'augmenter les effectifs du personnel de santé, d'accroître la mobilisation des diverses organisations et associations susceptibles d'intervenir dans le domaine.

Ces propositions constituent une partie de la solution. Elles concernent surtout l'offre de soins. Il faut également prendre en compte les demandes individus. C'est en partie à ces questions que cherchent à répondre les recherches sur la famille et les relations de genre.

Voilà donc pour le contexte. Je vais maintenant passer au deuxième point et voir le contenu de quelques recherches qui mettent en avant l'étude de la famille et l'analyse des relations de genre

FAMILLE ET RELATIONS DE GENRE

La famille, entité sociologique centrale

Santé et VIH/sida

Dans les études de population, la famille est en général appréhendée par le biais du ménage comme unité d'observation. Le ménage est défini comme une unité physique d'habitation avec des liens entre ses membres qui partagent en général les mêmes repas et mènent en commun un certain nombre d'activités quotidiennes.

Certaines études menées dans différents pays portant sur la prise en charge d'adultes séropositifs VIH montrent le rôle important que joue la famille dans des contextes où cette prise en charge n'est pas assumée de façon continue par des institutions sanitaires. Par exemple des études menées en Thaïlande ont montré que les parents âgés apportaient une aide tout à fait essentielle à leurs enfants adultes séropositifs pour faire face à des difficultés économiques, sociales, psychologiques, médicales liées à la séropositivité VIH (Kespichayawattana et al. 2003, Vanlandingham et al. 2000, Vithayachockitikhun et al., 2006). Certaines études mettent l'accent sur l'impact de cette aide sur les parents âgés.

Les recherches portant plus spécifiquement sur l'apport aux personnes séropositives de ce soutien montrent que l'aide de la famille permet une meilleure observance des traitements, c'est-à-dire des prises de médicament dans des conditions qui permettent leur efficacité, ce qui est essentiel pour lutter contre le développement de résistances aux traitements, sachant que ces résistances sont transmissibles avec le virus (Knodel et al.)

Pour cette prise en charge par la famille, la co-résidence des parents et de leurs enfants séropositifs adultes est déterminantes, ce qui confirme la pertinence d'une étude au niveau du ménage. Les études faites au Viêt-Nam sur ce même sujet confirment ces résultats (Loenzien).

A partir des résultats de ces recherches, des recommandations sont faites pour un appui à la famille sous forme d'informations, de conseils pour compléter des interventions individualisées vers les patients.

Institution familiale et institution sanitaire au Viêt-Nam

Dans le cadre de notre étude sur le VIH/sida au Viêt-Nam, une étudiante en master de sociologie, Léa Belkhir (2007) a montré les interactions entre la famille et le système de santé.

Ce travail propose une façon de problématiser cette situation de prise en charge des séropositifs adultes VIH par la famille et par les institutions sanitaires.

Léa Belkhir (2007) a « mis en perspective l'institution sanitaire et l'institution familiale à travers une problématique qui questionne l'évolution des solidarités collectives dans un contexte socio-économique qui favorise l'émergence de l'individualisme ». Elle a montré comment les problèmes posés par l'épidémie VIH/sida donnent lieu à un jeu de dynamiques complexes et parfois contradictoires. D'un côté « le secteur de la santé vietnamien a une tradition d' « exception », avec l'accès aux soins pour tous en accord avec la préservation des idéaux communistes mais il est entré dans une crise » qui compromet sa capacité à financer les services publics. Le secteur privé « essentiellement motivé par le profit » se développe avec l'amélioration du niveau de vie de la population. Et donc, « contrairement à d'autres pays en transition on n'observe pas d'effondrement du système social ni de recul significatif de l'état de santé de la population ». La question est donc de savoir jusqu'à quand cet équilibre fragile aux raisons complexes va tenir. De l'autre côté, « la famille constitue le premier soutien à l'égard des personnes séropositives VIH. On observe un glissement progressif de l'isolement du malade vers une ouverture et une attitude d'entraide plus « volontaire » de la part de la famille et par extension de la communauté. Certaines valeurs familiales traditionnelles prônent un devoir de soutien à l'égard de la personne malade au-delà de toute condamnation morale de la maladie. Le niveau de connaissance générale de la communauté à propos du VIH/Sida, la propagation de l'épidémie au sein de populations de plus en plus diverses, l'évolution de la représentation sociale du VIH/Sida au sein de la société entraînent le développement d'une solidarité collective effective dans un contexte d'individualisme émergent » (Belkhir, 2007).

Ce travail permet de saisir les tensions qui traversent l'institution familiale et l'institution sanitaire à travers la mise en place de la prise en charge des personnes séropositives. Il suggère que « les forces de changement à l'œuvre et les difficultés de la période de transition que traverse le Viêt-Nam se donnent à voir dans l'expérience faite de l'épidémie VIH/sida ». Donc cette étude a une portée beaucoup plus large que l'épidémie elle-même. Elle donne un éclairage sur la société vietnamienne contemporaine. C'est un travail introductif qui est prolongé par des approfondissements en cours.

L'instrumentalisation de la famille par l'Etat

Depuis le Dôï Moi, « le ménage est utilisé pour mobiliser les citoyens pour la cause de l'Etat » (Werner, 2006) dans divers domaines (Barbieri et al., 2009), notamment la santé.

Dans le cadre de l'étude que nous avons menée sur la prise en charge hospitalière des patients séropositifs VIH, nous avons pu rendre compte de ce phénomène (Loenzien, 2009).

Dans le contexte de l'ouverture progressive du pays et de la restructuration du système de santé, la lutte contre le VIH/sida fournit des éclairages sur l'évolution des relations entre l'Etat et la famille.

Le VIH/sida a commencé à se propager au Viêt-Nam dans les années 1980. Progressivement, il a été considéré comme un problème sérieux, en partie en raison de son impact sur le développement économique.

Récemment il a été considéré comme un problème de santé plutôt qu'un problème purement social relevant de la politique des fléaux sociaux. Ce changement a montré que ce n'est qu'en intégrant ces deux dimensions, sociale et médicale, que l'on peut aboutir à une lutte efficace. Car jusqu'à fin 2003, les messages fondés sur la peur ont surtout contribué à faire du VIH le problème d'une population spécifique et marginalisée.

L'Etat a appelé à une large mobilisation contre l'épidémie. Trois entités principales sont apparues dans le discours étatique et on les retrouve dans les discours des personnels de santé et des personnes séropositives : la société, la communauté et la famille. La famille est un recours essentiel et l'intervention de la famille a des implications complexes sur le plan social pour les personnes séropositives. La famille permet l'accès aux soins et aux organisations d'aide aux séropositifs mais peut aussi constituer une barrière à certains contacts. Elle protège de la communauté, des voisins mais est aussi un lieu d'exposition à des comportements de discrimination. Elle procure un soutien économique mais contrôle le pouvoir de ses membres. Elle ancre ses membres dans des rôles mais doit assumer l'évolution de ces rôles et les tensions qui surgissent en cas de séropositivité VIH, par exemple quand la séropositivité d'un homme compromet la possibilité d'envisager de perpétuer une lignée familiale.

L'épidémie VIH/sida illustre le fait que la famille occupe une place centrale car elle articule une grande partie des différents rôles que jouent les individus dans la société.

Bien que la prise en charge du VIH/sida progresse relativement rapidement, cette place centrale de la famille reste d'actualité. Dans le cadre du suivi des OMD par exemple, le besoin de développer la coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le VIH/sida est mis en avant. Parmi ces acteurs, la famille est considérée par le gouvernement comme un « participant clé » pour la mise à disposition de traitements de qualité en faveur des personnes vivant avec le VIH/sida (Ministry of Planning and Investment, 2009). Par exemple, il est prévu que le Ministère de la Santé coopère avec les agences gouvernementales centrales et locales pour la mise à disposition de services de diagnostics, de traitements et de conseils aux personnes vivant avec le VIH/sida et à leurs familles (Ministry of Planning and Investment, 2009).

Les perspectives de genre : des approches transversales

Santé et VIH/sida

L'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2008 un rapport qui synthétise un effort international et pluridisciplinaire pour comprendre les inégalités sociales en matière de santé dans le monde. C'est un document qui sert de référence pour la mise en place d'actions. Il comprend un chapitre entier consacré à l'importance des relations de genre parmi les déterminants sociaux de la santé (OMS, 2008).

Dans ce rapport, les relations de genre sont conçues comme des phénomènes qui vont au-delà des normes, des valeurs, des rôles et des comportements prescrits. Elles sont conçues comme un phénomène structurel qui est ancré dans des relations sociales de pouvoir. Cette approche des relations de genre repose sur l'idée qu'on ne peut pas traiter de façon isolée les catégories qui sont au fondement des hiérarchies sociales. Il faut au contraire étudier les interactions entre ces hiérarchies parce que leurs effets ne sont pas simplement additionnels (Bates et al., 2009).

Par exemple, une étude réalisée en Chine a montré que dans le contexte de l'injection de drogue, la stigmatisation est plus forte pour les femmes que pour les hommes. C'est-à-dire que le fait de s'injecter de la drogue induit une stigmatisation beaucoup plus forte lorsque l'on est une femme que lorsque l'on est un homme (Deng et al., 2007).

Donc s'intéresser au lien entre les relations de genre et la santé ne signifie pas s'intéresser uniquement à la santé des femmes (Bates et al., 2009).

Cela suppose de s'interroger aussi sur les normes sociales et les attentes culturelles liées à la masculinité. Puisque ces attentes expliquent en partie le fait que par exemple les hommes ont tendance à avoir moins recours aux soins de santé et à s'engager davantage dans des comportements à risque que les femmes.

Ce qui complique l'approche, c'est que les normes de masculinité et de féminité varient selon les groupes sociaux et évoluent dans le temps. Les hommes et les femmes négocient en permanence leurs statuts sociaux et leurs relations de pouvoir, ce qui fait que ce type d'analyse est assez complexe. La masculinité par exemple se négocie dans les relations avec les femmes mais aussi dans les relations entre hommes (Bates et al., 2009).

Au Viêt-Nam, la réponse à la question de l'égalité entre hommes et femmes est en général tranchée par une ambivalence : d'une part on a une relative égalité dans les activités extérieures, d'autre part l'inégalité est beaucoup plus forte au détriment des femmes dans les relations domestiques. C'est-à-dire que le socialisme a favorisé un plus grand accès des femmes à la scolarisation, à des postes de responsabilité. Il a entraîné une réforme du mariage, l'interdiction de la prostitution mais les relations au sein du ménage ont peu changé (Werner, 2006). Alors que l'égalité dans le travail et le revenu sont censée favoriser l'égalité entre les sexes, les femmes continuent de se charger de la plus grande partie du travail domestique et des soins aux enfants (Werner, 2006). Ces inégalités sont très prégnantes dans les relations intimes où les normes qui s'imposent aux femmes sont beaucoup plus sévères que celles qui s'imposent aux hommes, notamment les normes de fidélité, de contrôle des naissances.

Pour analyser l'influence des relations de genre sur la santé, Gita Sen qui a coordonné le rapport de l'OMS, propose un schéma inspiré du schéma des variables intermédiaires de la fécondité (Davis et Blake, 1956).

Le schéma des variables intermédiaire de la fécondité date des années 1950. Il repose sur une idée simple : les déterminants qui agissent sur la fécondité passent tous par au moins une des variables intermédiaires. Il y a 3 variables intermédiaires : l'exposition aux rapports sexuels, la conception, et puis la grossesse et l'accouchement. Ces 3 variables ont un rapport quasi tautologique ou entre guillemets « mécanique » avec les naissances. Il faut donc chercher les facteurs en amont pour expliquer les différences de fécondité entre deux populations, par exemple voir en quoi le niveau d'instruction augmente l'âge au mariage, donc l'âge à la première grossesse, ou comment la religion influence l'âge aux premières relations sexuelles, ou en quoi l'activité détermine des conditions d'accouchement.

A partir de ce schéma, Bongaarts a présenté un modèle du processus de reproduction en relation avec la fécondité légitime, c'est-à-dire la fécondité des gens mariés. Il a quantifié l'impact des déterminants proches les plus importants. Et son travail a permis de rendre opérationnel le schéma des variables intermédiaires. Sa méthode a été très utilisée pour la collecte de données dans le cadre des Enquêtes Mondiales Fécondité qui ont précédé les Enquêtes Démographiques et de Santé qu'on utilise aujourd'hui. Donc dans la recherche d'explications en sciences sociales, on se situe en amont des variables intermédiaires.

Ce schéma a été utilisé pour l'analyse des déterminants de divers phénomènes. Son utilisation pour les déterminants de la mortalité infantile visait à dépasser la fausse opposition entre facteurs socio-économiques et facteurs sanitaires (Mosley et Chen, 1984). Pour les auteurs, la synergie entre la malnutrition et les infections est à la base du processus morbide qui conduit à la mort. Je ne vais pas détailler ce schéma ici, on peut simplement retenir que le facteur principal déterminant la santé des enfants est le niveau d'instruction de la mère.

Dans une recherche précédente, on avait ce schéma utilisée pour l'étude des connaissances, opinions et attitudes relatives au VIH/sida en Afrique subsaharienne. Les résultats ont montré que les relations de genre ont une influence très forte sur l'accès aux sources d'information

dans les pays à faible prévalence de VIH/sida et que cet accès aux sources d'information conditionne fortement les connaissances et attitudes de la population à l'égard de l'épidémie (Loenzien, 2002)

Le schéma des variables intermédiaires a été proposé aussi pour l'étude des facteurs de la transmission du VIH/sida (Boerma, 2005).

Globalement, c'est un schéma utilisé surtout pour des recherches sur des événements qui relèvent à la fois de phénomènes biologiques et de phénomènes comportementaux. Son utilisation permet de mettre en évidence des processus qui conduisent au phénomène étudié. Dans le cadre des déterminants sociaux de la santé, Gita Sen a adapté ce schéma à l'influence des relations de genre sur la santé.

Les résultats sanitaires et leurs conséquences sociales et économiques sont liés à 4 facteurs intermédiaires :

- les valeurs, normes, pratiques et comportements discriminatoires à l'égard des femmes et des filles. Cela peut être par exemple le fait de prêter moins attention à la santé d'une fille qu'à celle d'un garçon ou de faire faire des activités sportives aux garçons et de ne pas en faire bénéficier les filles.

- les différentiels d'exposition et de vulnérabilité aux maladies, infirmités et blessures. Le fait de charger les femmes de certaines tâches peut les exposer à certains problèmes de santé, par exemple les tâches domestiques. Les systèmes d'assurance bénéficient souvent davantage à celui qui exerce un travail formel, et c'est souvent un homme, son épouse est désavantagée.

- des biais dans les systèmes de santé : les femmes contribuent souvent beaucoup aux soins informels lorsque le patient est un époux, un fils mais cette contribution n'est pas reconnue.

- des biais dans la recherche sur la santé. Ils concernent le contenu des recherches mais aussi la façon dont les recherches sont menées. Par exemple les femmes sont souvent sous-représentées dans les essais cliniques. Elles sont également en minorité dans les comités d'éthique, les comités pour le financement ou la publication des résultats des recherches.

En amont, les déterminants structurels concernent par exemple l'accès à la propriété, les règles d'héritage qui dans certains pays sont en défaveur des femmes. Ils concernent aussi les partages des tâches selon le sexe, ou les différences de participation aux prises de décisions locales et nationales entre les hommes et les femmes. Les processus structurels peuvent être des processus de prise de décision, par exemple au sein du foyer. Les stratifications sociales et de genre : par exemple les possibilités de mobilité sont souvent réduites pour les femmes par rapport aux hommes. Certains comportements sexistes peuvent être valorisés et favoriser des comportements violents envers les femmes. Les hommes qui occupent des postes clés fonctionnent souvent en réseau pour les prises de décision.

Le schéma comprend des effets retour qui permettent d'éviter une détermination simpliste. Par exemple, une forte mortalité maternelle peut susciter des recherches, ou des conditions difficiles de contraception pour les femmes peuvent renforcer des pratiques de contrôle de la sexualité des filles en amont.

Conclusion

Dans le domaine de la santé de la reproduction, le politique et le scientifique sont fortement imbriqués.

Les sciences sociales et sciences médicales sont très liées. Par exemple, devant les limites des traitements VIH et la difficulté à élaborer un vaccin, on réaffirme l'importance des politiques de prévention, d'information.

Les relations de genre et la famille expliquent chacune une partie des comportements de santé. Comme les autres déterminants sociaux de la santé et de la reproduction, elles sont à mettre en lien les unes avec les autres en tenant compte de leurs interactions.

Les programmes de planification familiale visaient à promouvoir la baisse de la fécondité en assurant le bien-être des femmes et des enfants, tandis que la nouvelle approche proposée par la santé de la reproduction suppose l'autonomisation des femmes au sein de leurs couples, leurs familles et leurs communautés.

Au Viêt-Nam, les études montrent comment les relations de genre et la famille façonnent et sont façonnées par le processus du Renouveau. Le Dôï Moi peut être saisi au niveau macrosocial mais aussi de façon microsociale à travers les relations interindividuelles et jusque dans des aspects très intimes de la vie quotidienne.

En ce sens, les études microsociales peuvent éclairer des aspects beaucoup plus généraux de la société.

Loenzien Myriam de (2009)

Santé de la reproduction et famille : l'apport des sciences sociales

Hanoi : IRD, 9 p.

Doctoriales en Sciences Sociales : Quatrième Session : Santé de la Reproduction et Famille, Hanoi (VNM), 2009/09/17