

Chapitre introductif : Perspectives globales pertinentes aux réalités marocaines

Introduction : quelques repères et quatre principes

L'importance croissante de la notion de santé de la reproduction en tant que domaine de recherche et axe des politiques de population est inséparable des changements majeurs qui ont eu lieu ces dernières années dans le domaine de la population. En effet, jusqu'aux années 70, les politiques de population étaient dirigées quasi exclusivement vers la planification familiale et principalement justifiées par rapport au développement économique national, la recherche quant à elle étant surtout axée sur les mesures des « besoins » contraceptifs et la satisfaction de la « demande » dans ce domaine.

Dans la décennie suivante, l'aspect santé de la reproduction a acquis plus d'importance grâce d'une part aux études démontrant la relation entre intervalles génésiques et santé de l'enfant - les programmes de planification familiale sont alors justifiés par leur contribution à la survie des enfants - et d'autre part, aux informations sur la mortalité maternelle qui attiraient l'attention sur les liens entre fécondité et santé de la mère. L'initiative de la Maternité Sans Risque a été alors formulée comme une stratégie qui devait contribuer à améliorer à la fois la santé de la mère et celle de l'enfant. Avec l'épidémie du Sida, une autre dimension de la reproduction surgissait : la sexualité et les liens entre reproduction et maladies sexuellement transmissibles. Un intérêt croissant a été porté aux études susceptibles d'éclairer les comportements et les motivations dans le domaine de la sexualité, et d'identifier les obstacles qui empêchent les individus de se protéger contre les dangers des maladies sexuellement transmissibles. Ainsi, plusieurs éléments clés furent mis en place au cours d'une période relativement brève. Ils ont constitué la base de la notion de santé reproductive et ont contribué à

réorienter les politiques de population en fonction de nouveaux principes et à redéfinir le problème de la population au-delà de ses composantes purement démographiques.

La définition de la santé de la reproduction adoptée par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire en 1994 met l'accent sur la santé en tant qu'état positif, plutôt que sur l'absence de maladie, restant par-là dans la ligne des définitions précédentes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle inclut cependant plusieurs éléments nouveaux. Le premier est que la santé de la femme est conçue non comme un moyen d'assurer la santé de l'enfant mais comme une fin pour soi, et par conséquent, les aspects liés à la santé des événements reproductifs y prennent une place de premier plan. Il devient particulièrement important de pouvoir mesurer non seulement la mortalité maternelle, mais aussi la morbidité associée à la reproduction qui, bien qu'elle ne soit pas directement responsable de décès, a des conséquences graves sur la qualité de la vie.

Le deuxième principe qui sous-tend la définition de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) est la notion de liberté dans les choix reproductifs. Les droits des individus à prendre les décisions reproductives qui les concernent, déjà reconnus dans les déclarations des conférences antérieures, prennent une place centrale dans la formulation de 1994. Elle exprime ainsi son opposition aux abus pouvant résulter de programmes de population parfois trop « énergiques », quand ils sont menés dans un cadre national ou régional au mépris des droits des individus.

Le troisième élément qui fait partie de la définition de la santé de la reproduction est celui de la santé sexuelle. Là aussi l'accent est mis, non seulement sur l'absence de maladies sexuellement transmissibles, mais aussi sur la prévention de la violence liée à la sexualité, et sur le lien entre l'activité sexuelle et les relations personnelles satisfaisantes.

Enfin, la notion de santé de la reproduction attire l'attention sur un quatrième élément, à savoir le contexte socio-économique de la reproduction, et en particulier les relations de genre, les différences de pouvoir entre les sexes, le statut de la femme dans la famille et dans la communauté, et la manière dont les institutions sociales influent sur la signification de la reproduction et les choix que font les individus.

Cette nouvelle vision de la reproduction représente pour tous les pays ayant adopté le Programme d'Action du CIPD à la fois une opportunité et une contrainte. Une opportunité car, la notion de santé de la reproduction tient compte du vécu de la reproduction, des choix des individus, ainsi que des déterminants et conséquences de la reproduction du point de vue de la santé et de la sexualité. Ce qui permet de formuler des politiques fondées sur une appréciation rigoureuse des réalités sur le terrain, et de garantir une meilleure efficacité des programmes de planification familiale et une approche plus respectueuse de la dimension éthique des questions de la population. Cette vision de la santé de la reproduction présente par ailleurs des contraintes, parce que l'expansion du domaine de la population requiert une mobilisation pluridisciplinaire qui n'est pas toujours possible, et qu'il existe peu d'exemples qui puissent guider les gouvernements et organismes non-gouvernementaux à effectuer la réorientation théorique et pratique des programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile qui s'impose.

Le consensus qui était apparu lors de l'adoption du Programme d'Action du CIPD était fondé sur la promesse qu'en redéfinissant la théorie et la pratique des politiques de population, la notion de santé de la reproduction devenait un puissant moyen d'assurer à la fois les buts démographiques et le bien-être des individus. Dans les mois qui ont suivi la conférence, certains ont émis des doutes quant à la faisabilité des principes souscrits au Caire, et exprimé leurs craintes de voir l'expansion du domaine de la population diluer l'attention que l'on porterait aux problèmes démographiques et diminuer les ressources qui leur seraient

allouées. Pour les partisans de la nouvelle approche, celle-ci loin d'affaiblir les programmes axés sur la réduction de la fécondité, en augmentera l'efficacité, d'autant plus qu'elle requiert non un supplément de ressources, mais leur réorganisation, ce qui en fait à long terme une vision plus efficiente beaucoup plus efficiente que les approches plus pointues.

Pour certains observateurs, la situation suscite en même temps de l'espoir, du fait de la mobilisation autour d'une notion prometteuse de progrès, et une sorte de découragement devant la difficulté de généraliser l'approche. L'issue de ce débat est tributaire des progrès à réaliser, d'une part sur le plan théorique de la recherche pour intégrer la santé reproductive dans les programmes existants, pour en mesurer l'impact sur la santé reproductive ainsi que sur la population, et pour sélectionner les indicateurs qui pourraient être utilisés dans l'évaluation de ces interventions ; d'autre part, sur le plan pratique, par une clarification des coûts et bénéfices de l'approche au niveau des programmes intégrés. C'est pourquoi il est particulièrement important de faire le bilan des progrès accomplis dans divers contextes, surtout dans des pays qui, à l'instar du Maroc, ont souscrit à la nouvelle approche et déployé des efforts pour la mettre en application.

Ce chapitre introductif se propose de faire un rapide tour d'horizon à l'échelle globale afin de noter les progrès accomplis ainsi que le chemin qui reste à faire et de dégager les thèmes pertinents au Maroc.

I. Définition du champ de la santé reproductive

Depuis la conférence du Caire, plusieurs revues de la santé de la reproduction ont été entreprises pour tirer les leçons des réalisations accomplies et des travaux faits par les divers groupes de chercheurs et par les décideurs. Deux questions se posent en particulier. Celles-ci se rapportent d'une part, à la manière de définir le domaine et d'autre part,

au choix des indicateurs qui permettent de mesurer les progrès accomplis.

Il apparaît très clairement que le concept de santé de la reproduction ou santé reproductive ne peut pas être défini de manière stricte. Aucune des formulations ne propose de critères d'inclusion ou d'exclusion de sujets qui doivent être placés sous l'ombrelle de la santé reproductive. Mais toutes les formulations sont très claires sur les limites de ces définitions. Par exemple, un critère d'âge et de sexe qui se limiterait aux femmes en âge de se reproduire uniquement négligerait le fait que la capacité de se reproduire est influencée par des facteurs qui agissent sur la santé et l'état nutritionnel des petites filles, et que la fin de la période reproductive marque des changements majeurs dans l'état de santé de la femme. De même, une définition qui partirait de la réalité « organique » de la reproduction pourrait être à la fois trop restreinte si elle se limitait aux organes spécifiquement reproductifs, et trop vaste si elle englobait les autres facteurs qui pourraient affecter ces organes. Une définition sur la base d'événements reproductifs (grossesses, naissances, contraception) serait essentiellement la même que la notion de santé maternelle qui se limitait à l'aspect purement médical et ne considérait les femmes qu'en termes de capacité de reproduction. De plus, la notion de santé reproductive rejette explicitement l'idée que la reproduction et les problèmes qui lui sont liés sont des « affaires de femmes » et affirme qu'il est impératif de reconnaître le rôle et la responsabilité des hommes dans la reproduction, se démarquant par là de la notion de « santé de la femme ».

Ce bref aperçu montre que la force de la notion de santé reproductive ne réside pas dans la rigueur des catégories qu'elle définit, mais plutôt dans la capacité qu'elle représente de mobiliser diverses parties - celles qui érigent le ralentissement de l'accroissement de la population par la dissémination de l'usage des contraceptifs est en une priorité pour le développement au niveau national, et celles qui

considèrent que les politiques de population doivent aider les individus à atteindre leur buts reproductifs, améliorer leur santé et assurer leur bien-être. La nouvelle vision de la population promet que des politiques qui tiendraient compte des besoins des individus, des contraintes émanant des inégalités du genre, et du contexte socio-économique et culturel de la reproduction, seraient plus efficaces que les approches traditionnelles pour atteindre les buts démographiques, tout en respectant les droits des individus.

La santé reproductive ne consiste donc pas en un inventaire précis de sujets spécifiques, mais en une approche fondée sur les principes essentiels présentés ci-dessus. Il revient aux responsables d'élaborer la liste appropriée au contexte où cette approche doit être appliquée. Il existe cependant un noyau de sujets qui seraient essentiels. Il s'agit de la planification familiale et la prévention de la mortalité maternelle (y compris celle due à l'avortement) qui faisaient partie auparavant des programmes de planification familiale (PF) et de la santé maternelle et infantile (SMI); la morbidité reproductive, c'est-à-dire les diverses affections du tractus génital, y compris les maladies sexuellement transmissibles, ainsi que la santé des adolescents et des femmes qui arrivent à la fin de l'âge de se reproduire.

A cette liste essentielle s'ajoutent souvent d'autres sujets moins traditionnels tels que la question de la « santé sexuelle » (ou sexualité saine), la violence contre les femmes, et la santé reproductive des hommes. Ces sujets ont parfois donné lieu à des débats. Par exemple, la sexualité est d'autant plus importante pour les formulations de santé reproductive en Occident que l'émancipation sexuelle des femmes a été un facteur clé dans la lutte féministe pour l'égalité (témoin l'expression anglo-saxonne « *the sexual is political* »). En général, dans les pays du Nord, il est acceptable de traiter le sujet de la sexualité de manière explicite (bien qu'il y ait dans tous ces pays certains groupes minoritaires qui refusent cela au nom de valeurs morales ou religieuses). Dans d'autres

régions du monde, qui ont eu une histoire différente dans les rapports de genre, il n'existe pas de consensus sur la manière d'aborder cette notion de santé sexuelle.

Partout d'ailleurs, l'étude de la sexualité oscille entre deux pôles, l'un appelé essentialisme qui défend une notion universelle du sexe en tant que reflet des caractéristiques biologiques et physiologiques des « organes sexuels » l'autre appelé constructionnisme qui constate la très grande diversité de ce qui constitue l'expérience de la sexualité et insiste sur les influences socioculturelles qui la forment et la soutiennent. La recherche dans ce domaine étant encore à ses débuts, la manière d'inclure ce sujet dans les politiques de population devrait être basée, d'une part, sur une meilleure compréhension de l'expression sexuelle dans la culture où l'on doit appliquer les programmes et, d'autre part, sur un processus quasi politique qui chercherait à atteindre un consensus d'ordre pragmatique sinon théorique entre les diverses parties prenantes dans ce domaine. Ceci requiert d'investir simultanément dans la recherche et dans le développement de mécanismes d'échanges entre les groupes dont le travail touche à ce sujet. Il est clair cependant, indépendamment de ce que l'on pourrait appeler la santé sexuelle - c'est-à-dire le côté positif de la définition - qu'il faudra se pencher au moins sur son côté négatif, c'est-à-dire la prévention des pratiques qui portent atteinte à la santé et à la dignité des personnes.

Un processus similaire serait nécessaire pour arriver à une politique appropriée sur la question de la violence contre les femmes, question qui commence à recevoir l'attention des responsables et des organisations non-gouvernementales dans de nombreux pays. Là aussi, quelle que soit la position que l'on adopte, vis-à-vis de la définition de ce qui constitue la violence contre les femmes et de ses causes fondamentales, il est indispensable que les services de santé et de planification familiale sachent que leurs clientes pourraient être victimes de violence, et qu'ils

puissent en identifier les signes et leur prodiguer les soins et conseils appropriés.

La question du rôle de l'homme dans la santé de la reproduction semble susciter moins de polémique au nom de la spécificité culturelle, puisque partout on s'accorde à reconnaître l'importance d'impliquer les pères dans l'éducation des enfants et le rôle des hommes comme partenaires s'agissant des programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Ces dernières années, des enquêtes démographiques et de santé ont inclus des hommes pour cerner les perceptions, attitudes et comportements masculins dans ce domaine.

II. Buts, priorités et indicateurs des programmes de santé reproductive

Au cours des dernières années, plusieurs revues de la santé reproductive ont été élaborées. En 1995, le groupe Evaluation Project (1995) s'était penché sur les indicateurs susceptibles d'aider au suivi des activités et à l'évaluation des progrès accomplis. Inspiré de l'approche utilisée pour le suivi des programmes de planification familiale et de prévention des MST, le groupe a proposé plusieurs listes d'indicateurs résumant les recommandations des diverses commissions qui avaient travaillé sur la maternité sans risque, les MST, la nutrition et l'allaitement, et les services pour les adolescents. La Banque Mondiale a elle aussi produit une compilation d'indicateurs pour la santé, la nutrition, la planification familiale, les MST, la grossesse et l'accouchement.

Ces revues essaient de lier les principes de la conférence du Caire à une nouvelle vision des politiques et programmes de population et à des actions pratiques susceptibles d'aider à atteindre ces buts, comme l'illustre l'ouvrage intitulé *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, publié en 1997. Il est le résultat du travail d'un groupe établi aux Etats-Unis en 1994 par le Conseil National de la Recherche, et constitué de chercheurs de différentes régions du

monde. L'ouvrage résume les buts de la santé reproductive en trois points : premièrement tout acte sexuel devrait être libre de toute coercition et protégé de toute infection ; deuxièmement toute grossesse devrait être désirée ; et troisièmement toute naissance devrait être saine. Aucun pays n'a pleinement atteint ces buts et les problèmes sont particulièrement aigus dans les pays en voie de développement, avec un tiers des naissances sont non désirées ou mal planifiées, près de 50 million d'avortements, souvent dans des conditions malsaines, plus d'un demi million de femmes qui meurent des suites de problèmes de grossesse ou d'accouchement, et l'apparition de centaines de millions de cas de maladies sexuellement transmissibles chaque année.

Pour que les actes sexuels soient volontairement consentis et résultent de choix informés, l'ouvrage préconise plusieurs mesures :

- mettre en place des stratégies de communication pour encourager les comportements responsables dans ce domaine,
- protéger les victimes de violence sexuelle en leur facilitant l'accès aux structures légales et en leur offrant des services d'assistance,
- éduquer le public quant aux effets néfastes de certaines pratiques,
- afin de prévenir et traiter les infections du tractus génital, une double approche est recommandée : assurer que les services de planification familiale puissent traiter les infections existantes parmi les clients qu'ils servent, et mettre en place les moyens de surveillance pour les groupes à hauts risques d'infections sexuellement transmissibles, afin de détecter les infections et les traiter rapidement.

Pour atteindre le deuxième but, à savoir que toute grossesse soit désirée, il faudrait améliorer la manière dont les services de planification familiale prodiguent informations et conseils à leurs clients afin de s'assurer que leur choix soit fait en connaissance de cause sur les modalités d'utilisation des contraceptifs et les avantages et inconvénients

des différentes méthodes. Il faudrait aussi élargir le champ de ces services pour qu'ils incluent les soins post-partum, et la prévention des infections du tractus génital et des MST. De plus, comme l'avortement continue partout à causer des décès, les services de santé doivent avoir les moyens d'intervenir à temps pour traiter les complications ; là où l'avortement est légal, la qualité et l'accès aux services de santé devraient être améliorés, et là où il ne l'est pas, assurer néanmoins une prise en charge correcte des avortements septiques. Ceci est d'autant plus important que l'avortement peut être lui-même cause de nombreux cas d'infécondité et de stérilité.

Enfin pour assurer une naissance saine, la priorité doit être accordée aux soins obstétricaux. Assurer les soins essentiels requiert l'établissement d'unités de soins là où elles font défaut, et l'amélioration de leur qualité sur le plan matériel et humain dans les unités existantes. De plus, dans les pays où une grande partie des accouchements a lieu à domicile, l'accent doit être mis sur des stratégies qui sensibilisent les femmes, leurs familles, ainsi que les accoucheuses traditionnelles sur les signes de danger et la nécessité de conduire l'accouchée dans un service de santé sans tarder, ce qui requiert à son tour une infrastructure et des moyens de transport adéquats.

La conceptualisation du groupe de travail du Conseil National de la Recherche illustre bien l'importance de la tâche, les recoupements entre ses diverses composantes et la manière de lier les buts généraux de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) à des stratégies particulières. Pour les gestionnaires de programmes, ce rapport ainsi que d'autres peuvent être très utiles pour comparer les choix et les regroupements des indicateurs et décrire les avantages et limites des différentes options. Ils classifient les indicateurs selon qu'ils ont trait aux mesures sur les programmes eux-mêmes (tels que résultats (« output ») fonctionnels, de processus ou de couverture) ; ou bien aux mesures d'impact (« outcome ») sur la population comme les

changements démographiques, de santé ou de comportement. Les rapports clarifient aussi les critères à utiliser dans le choix d'indicateurs particuliers, qui doivent prendre en considération les buts spécifiques des programmes et la nature des interventions qu'ils prônent, la disponibilité de données au niveau de la communauté ou des services eux-mêmes, ainsi que la validité des mesures.

III. Santé reproductive : quelques approches innovatrices

Pour les décideurs cependant, l'abondance de listes d'indicateurs et d'informations sur leurs avantages et limites respectifs est loin de résoudre la question fondamentale : comment étendre le domaine de la santé reproductive aux nouvelles dimensions préconisées, sans diluer l'attention qu'on porte aux programmes traditionnels de planification familiale et de santé maternelle - qui sont eux-mêmes loin d'avoir réalisé leurs objectifs. L'on se trouve alors dans une sorte de dilemme où, d'un côté, la valeur de l'approche de santé reproductive ne peut être démontrée que par des projets innovateurs qui établiraient la manière optimale de combiner divers éléments et de mobiliser les ressources humaines et matérielles, mais d'un autre côté l'on hésite à prendre le risque de changer la manière de procéder tant que l'efficacité de l'approche n'a pas été démontrée.

Il importe de souligner qu'un certain nombre d'expériences sont en cours dans diverses parties du monde, y compris le monde arabe, qui devraient, dans un avenir proche, donner un début de réponse aux questions de faisabilité, d'efficacité et de coût. Les partisans de l'approche soutiennent qu'en améliorant la gestion des services et en renforçant la coordination, la référence et les liens entre les trois groupes majeurs de services - prévention et traitement des infections du tractus génital, services de contraception et de suivi de la grossesse et soins obstétricaux - il devrait être possible d'obtenir les résultats espérés, sans avoir à investir un supplément de ressources. Une expérience

intéressante est en cours en Egypte où l'équipe qui a travaillé sur le projet de Giza collabore avec le Ministère de la Santé pour introduire dans une région du pays les dimensions nouvelles de la santé reproductive, intégrer les différentes composantes et améliorer la qualité des services sans pour autant investir des ressources financières autres que les budgets alloués d'ordinaire par le Ministère. Une autre expérience est entamée dans la région de Marrakech au Maroc, et ses résultats devraient éclairer les décideurs sur la faisabilité et le coût de l'approche intégrée.

De plus, il y a eu des progrès notables sur le plan de la recherche, qui devraient permettre de mieux mesurer les divers aspects de la santé reproductive.

IV. Santé maternelle et soins obstétricaux

Pour la mortalité et morbidité obstétricales, plusieurs méthodes innovatrices ont été suggérées pour contourner les difficultés inhérentes aux mesures traditionnelles. La collecte des données nécessaires pour calculer la mortalité maternelle à l'échelle nationale a toujours constitué un problème considérable dû, à la fois, au manque de sources d'information fiables et au coût des enquêtes auprès de la communauté et des études longitudinales, vu que les décès maternels demeurent en fait relativement rares d'un point de vue statistique. De plus, les estimations de la mortalité maternelle par des moyens tels que la méthode des sœurs donnent des chiffres qui reflètent les risques passés autant que présents, et par conséquent ne peuvent pas être utiles pour mesurer l'impact d'interventions. Plusieurs méthodes innovatrices ont été affinées au cours des dernières années.

L'une se concentre sur les complications sérieuses qui auraient causé des décès en l'absence d'interventions, les travaux des équipes en France ainsi qu'à la London School montrent comment on peut définir ces « near-misses », plus nombreux que les décès, et en mesurer la

fréquence ; les fluctuations de ces indicateurs sont très utiles pour suivre l'impact des programmes.

La deuxième approche se concentre sur les causes de décès maternels par la méthode de l'audit obstétrical. Une étude en Egypte a examiné les décès des femmes en âge de se reproduire rapportés à l'état-civil et retracé les causes des décès maternels. Elle a démontré que près des 4/5 de ces décès étaient dus à des erreurs du personnel ou à des déficits de matériel ou de référence, et par conséquent étaient préventifs. Au Maroc, deux études d'audit obstétrical doivent apporter des informations utiles sur les complications majeures et les décès, ainsi que sur les itinéraires thérapeutiques suivis par les femmes.

Une troisième méthode part de la notion de niveau minimal de soins obstétricaux et mesure les déficits ou les besoins non-satisfaits. Cette démarche a donné lieu à des études dont la première a été réalisée au Maroc et a examiné les déficits d'interventions obstétricales par rapport à un seuil minimal attendu. Plus récemment, l'équipe de Mothercare a suivi une approche similaire qui mesure les besoins non-satisfaits en matière de soins maternels par rapport aux estimations de complications attendues. Ces méthodes permettent de comparer différentes unités tels les districts ou régions, et de suivre les améliorations des services dans le temps.

De plus, des études ont été entreprises pour comparer les réponses des femmes aux questions qu'on leur pose sur les complications de leur accouchement le plus récent. Une étude menée aux Philippines a cherché à établir dans quelle mesure des enquêtes auprès de la population peuvent donner des informations exactes sur les complications obstétricales en comparant les résultats de l'enquête avec ceux obtenus par le dépouillement de dossiers médicaux ; d'autres projets combinent études épidémiologiques, données de routine des formations sanitaires et enquêtes auprès de la communauté. Une étude comparative du Bangladesh, de l'Egypte, de l'Inde et de l'Indonésie apporte des

informations utiles sur la relation entre mortalité et morbidité obstétricales, la proportion de grossesses sujettes aux complications sérieuses, et l'influence de la perception des femmes sur leur utilisation des services de santé.

V. Morbidité gynécologique

La morbidité gynécologique a fait l'objet d'assez nombreuses études menées d'abord en Inde, au Bangladesh, et en Egypte, et plus récemment en Turquie, au Nigeria, ainsi qu'au Ghana, en Indonésie et au Liban. Le problème le plus difficile dans ce domaine est le manque de corrélation entre les mesures cliniques et de laboratoire, et aussi les divergences entre les mesures médicales et les dires des femmes sur leurs problèmes de santé gynécologique. Des innovations techniques et une meilleure formation doivent aider à améliorer les méthodes de diagnostic cliniques et de laboratoire, ce qui permettra de faire plus facilement des études sur le terrain. Quant à la divergence entre mesures objectives et subjectives, elle est due d'abord au caractère asymptomatique de bien des problèmes et ensuite au fait que, dans beaucoup de sociétés, les femmes trouvent normale la souffrance associée aux fonctions reproductives - ce qui est appelé « l'endurance silencieuse » et qui reflète l'absence de priorité accordée à la santé des femmes. D'un point de vue méthodologique, cela signifie que les enquêtes sont plus adéquates lorsqu'on cherche à comprendre le lien entre perceptions et comportements, que lorsque le but est d'obtenir des niveaux exacts de prévalence.

A ce sujet, plusieurs projets et programmes en cours de réalisation doivent apporter un supplément d'informations, tels qu'un projet au Liban en région rurale, d'autres en Jordanie et en Egypte, et un projet au Maroc qui doit suivre un sous-échantillon de l'Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (PAPCHILD) de 1997. De plus là où l'on suit l'approche syndromique pour le traitement des MST préconisée par

l’OMS, comme c’est le cas au Maroc, il serait intéressant de saisir l’occasion de ces interventions pour mettre en place des mécanismes de suivi qui mesureraient l’impact des interventions sur la prévalence au niveau des diverses communautés où les programmes sont en place.

Il est important de noter ici que les enquêtes sur la morbidité gynécologique auprès de la population soulèvent un certain nombre de problèmes qui ne sont pas tous d’ordre méthodologique. En effet, ce genre d’enquêtes s’est souvent heurté à des refus de la part d’une population qui n’est pas convaincue qu’il est de son intérêt de participer à une recherche, somme toute assez envahissante (voir par exemple les études en Inde dans les années 80). Répondre à ce problème sans exercer de coercition sur les femmes touche au domaine de l’éthique de la recherche. Comme l’étude de Giza l’a démontré, une recherche de qualité requiert une approche qui convainc les femmes, et ce, non seulement par le biais de l’information et l’éducation, mais aussi par une action sur le terrain qui facilite la référence et l’obtention de services adéquats au cas où des problèmes de santé sont détectés au cours de la recherche. C’est dans ces conditions d’ailleurs qu’une recherche-action basée sur les principes de la santé reproductive - respect des individus, de leur santé et des conditions socio-économiques dans lesquelles ils se trouvent - a le plus de chances de réaliser à la fois les buts de la recherche elle-même et un plus grand bien-être de la population.

VI. Morbidité liée à la contraception

Nombre de projets ont essayé d’aller au-delà des mesures traditionnelles de l’usage de la contraception comme le préconise l’approche de la santé reproductive. La mesure assez rigide des « besoins » sur laquelle de nombreuses études sont toujours focalisées tend à être modifiée en faveur de notions plus souples qui tiennent compte du fait que les besoins changent avec les différentes phases de la vie, qu’il existe des différences au sein du couple quant aux opinions sur

les « besoins » et quant aux préférences en matière de fécondité. L'indicateur qui a été proposé est celui de HARI (*Helping individuals Achieve their Reproductive Intentions*), mesure centrée sur les clients individuels plutôt que sur l'agrégat et qui ne requiert pas l'usage d'un moyen unique de contraception, mais compte comme « succès » le fait d'avoir évité une grossesse non désirée. La méthode est innovatrice et cherche aussi à inclure la qualité des services de planification familiale, mais elle requiert un suivi très détaillé des clients potentiels des services selon leurs intentions et n'incorpore pas facilement l'aspect santé de la reproduction. D'autres projets essaient de compléter les analyses quantitatives traditionnelles par des analyses qualitatives, principalement par focus group (entretien de groupe), pour essayer de saisir les perceptions qu'ont les individus de leurs besoins, et des diverses méthodes et nombre de projets dans ce sens ont été entrepris au Maroc.

Une autre question se pose pour les décideurs dans les pays où la planification familiale constitue un service vertical. Il s'agit de la manière dont les services de santé liés à la contraception devraient être prodigués, mais la difficulté est de moindre importance dans les pays comme le Maroc où ils sont intégrés aux services de santé. Il est cependant important de faire particulièrement attention à l'effet des facteurs liés à la santé (y compris la peur des effets secondaires) sur le manque d'utilisation et la discontinuation de l'usage des contraceptifs. Ce sujet reçoit d'ailleurs une attention croissante dans plusieurs pays y compris le Maroc, car ces facteurs contribuent à un mauvais usage et par là même à des grossesses non désirées, ainsi qu'à des effets néfastes sur la santé.

VII. Contexte culturel et méthodes qualitatives

Les progrès réalisés dans la recherche sur la santé reproductive soulèvent une autre question fondamentale : celle de la meilleure manière d'appréhender le contexte culturel et de la place des méthodes qualitatives.

Quel que soit l'aspect particulier de la santé reproductive auquel on s'intéresse, la compréhension que l'on peut en avoir est limitée par la capacité de la recherche à cerner la dimension socioculturelle. Certains ont, par exemple, soutenu que l'un des obstacles majeurs à la plus grande utilisation des services de santé maternelle est d'ordre culturel, et a trait aux perceptions des risques de la grossesse et de l'accouchement. Cette hypothèse mérite d'être examinée de près par des recherches qui tenteraient de comprendre les notions de risque qui existent au niveau des différentes communautés et de saisir les perceptions qu'ont les femmes des différentes options en matière de soins durant la grossesse et l'accouchement. Les méthodes utilisées pour changer les comportements dans ce domaine, comme par exemple les initiatives d'information, éducation et communication en cours au Maroc sont d'autant plus efficaces qu'elles sont fondées sur une bonne compréhension des connaissances locales dans ce domaine.

De même, pour la morbidité gynécologique, les divergences entre mesures médicales « objectives » et perceptions « subjectives » des femmes se prêtent clairement à des études qui chercheraient à comprendre les notions locales d'anatomie et de physiologie de la reproduction, ainsi que les idées sur l'étiologie et le traitement des diverses conditions. De plus, s'il est vrai, comme le suggèrent bon nombre d'études, que les problèmes de santé reproductive sont négligés à cause des inégalités de genre, il faudra examiner cette hypothèse pour dégager les liens entre les institutions qui définissent la place de la femme dans une société donnée, la possibilité d'une plus grande vulnérabilité due à l'inégalité entre les sexes et les contraintes qui pourraient limiter l'accès aux soins.

L'utilisation optimale des divers moyens contraceptifs, elle aussi, repose sur une approche qui reconnaît que les décisions dans ce domaine sont complexes, influencées par diverses images, craintes et rumeurs ; les informations et conseils prodigués devront donc répondre à ces

inquiétudes. Beaucoup d'exemples dans le domaine de la santé, en général, ont montré la manière dont les produits pharmaceutiques pouvaient être utilisés à des fins différentes de celles définies par leur producteur, et l'exemple des contraceptifs pris à fortes doses pour provoquer des avortements n'est que l'une des nombreuses manifestations de ce phénomène. Enfin les études sur les facteurs qui influent sur la diffusion des maladies sexuellement transmissibles montrent bien l'importance de comprendre les liens entre les comportements et les idées ayant trait aux relations de genre ainsi qu'aux diverses maladies.

En somme, il s'agit de reconnaître que les interventions de santé reproductive ne prennent pas place dans un vide culturel mais sont, au contraire, activement interprétées par les personnes qu'elles touchent, et que tous les comportements dans ce domaine sont influencés par les notions de genre ainsi que par le système de valeurs qui prévaut dans le contexte local.

La popularité croissante des méthodes qualitatives, que ce soit dans le domaine de la population ou dans celui de la santé, témoigne de l'importance que l'on commence à accorder à une meilleure compréhension de la culture en tant que contexte d'idées et de comportements. Au Maroc, plusieurs projets ont essayé de cerner cette dimension, telle l'étude sur les facteurs socioculturels affectant les comportements en matière de population faite dans quatre sites, les études sur les préférences en matière de fécondité dans diverses régions, les études qualitatives sur les différentes méthodes contraceptives, et les études sur les comportements sexuels et leurs effets sur la transmission des infections. Ces travaux contribuent donc à l'accumulation des connaissances dans ce domaine.

Il faut cependant admettre qu'il reste, parfois, une certaine ambivalence quant aux méthodes qualitatives parmi les chercheurs et décideurs habitués à des approches plus traditionnelles et souvent

exclusivement quantitatives. En effet, on pense que parce que ces méthodes ne sont pas statistiquement représentatives, elles ne peuvent être prises au sérieux, mais constitue seulement une sorte d'appendice à la recherche fondamentale qui reste démographique ou économique, alors qu'en fait c'est très souvent sur la base d'études qualitatives que les fondements inadéquats de recherches quantitatives ont été reformulés. Les autres raisons sont que les méthodes qualitatives tendent à démontrer la complexité de divers processus liant idées et comportements, alors que les décideurs cherchent plutôt des réponses simples aux questions soulevées ; et que l'on attend parfois des méthodes qualitatives qu'elles révèlent des croyances exotiques et des coutumes inconnues, qui pourraient expliquer les problèmes que l'on constate dans le fonctionnement des services, alors que souvent ces méthodes mettent l'accent sur des facteurs banals tels que la pauvreté, le manque d'accès ou la qualité inférieure des soins, ce qui déçoit un peu leur public non spécialiste.

Le bon usage des méthodes qualitatives requiert certains critères de qualité, non seulement du point de vue des pratiques méthodologiques elles-mêmes, mais aussi pour la formulation théorique des questions de recherche. De plus, on oublie souvent que ces méthodes représentent un très grand éventail de possibilités, allant des observations sur le terrain aux entretiens semi-structurés, aux analyses de contenu et même aux analyses quantitatives, avec l'aide de logiciels comme c'est le cas, par exemple, pour les « analyses du domaine culturel » (*« cultural domain analysis »*) ou pour ce qu'on appelle les « regroupement de piles » (*« pile sort »*). Trop souvent cependant, prévaut la solution de facilité, qui est celle d'organiser quelques focus groups et d'en tirer des conclusions hâtives ou de faire des entretiens sans avoir auparavant bien clarifié les questions de recherches et planifié les méthodes d'analyse. Les résultats sont alors prévisibles et ne réussissent pas à stimuler des discussions utiles sur la base de données fiables. Une bonne utilisation des méthodes

qualitatives requiert une approche multi-méthode et pluridisciplinaire qui puisse intégrer qualitatif et quantitatif, et planifier dès le départ la manière dont les deux s'imbriqueront au stade de l'analyse.

En somme, la compréhension du contexte culturel demande un élargissement des horizons au-delà des mesures purement démographiques et économiques, qui ont traditionnellement défini le domaine de la population, et requiert des cadres et des chercheurs expérimentés, une reconversion qui risque d'être malaisée à une approche, un langage, et des outils de travail avec lesquels ils ne sont pas toujours familiers. Les progrès considérables faits dans ce domaine du point de vue théorique et méthodologique pourraient certainement être bénéfiques dans le contexte du Maroc.

Conclusion

La notion de santé reproductive appelle à une réorientation de la manière de penser la population et de formuler les politiques. Comme il n'existe pas une manière uniforme et efficace de procéder, elle requiert une plus grande capacité à tenter des expériences sur les diverses possibilités, que ce soit au niveau de la conceptualisation des buts, de la définition des mesures, du choix des indicateurs ou des méthodes employées pour le suivi des programmes. L'une des leçons que l'on peut tirer des divers travaux sur ce sujet est qu'il est nécessaire que les décisions de politique soient constamment prises à la base des résultats d'une recherche liée à l'action. L'autre est que le succès est tributaire d'une approche pluridisciplinaire pour éclairer les décisions et parvenir à des échanges fructueux. L'intérêt que diverses parties portent à la notion de santé reproductive, ainsi que les ressources qui lui sont maintenant allouées devraient contribuer à un plus grand bien-être pour un plus grand nombre de personnes.

Références bibliographiques

1. Bang, R and A. Bang. *Commentary on a community-based approach to reproductive health care*, **International Journal of Gynecology and Obstetrics**, Suppl. 3, 1989, pp. 125-129.
2. Bang, R., A. Bang, M. Baitule, Y. Choudry, S. Sarmukaddam and O. Tale. 1989. *High prevalence of gynecological diseases*, in **Rural Indian women**. **The Lancet** 1, 8, 629, 1989, pp. 85-87.
3. Bouvier-colle, M., *Frequency and characteristics of Obstetric Patients who Need Treatment*, in **Intensive Care Unit**. Paper presented at the IUSSP seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health, Manila, Philippines, September, 1996.
4. Bulatao, R, *Key Indicators for Family Planning Projects*, World Bank **Technical Paper** No. 297. Washington, D.C. : The World Bank, 1995.
5. Bulut, A., N.Yolsal, V.Fillippi and W. Graham, In Search of Truth : Comparing Alternative sources of Information on Reproductive Tract Infection. **Reproductive Health Matters**, 6 :31-39, 1995.
6. Dallabetta, G. and S. Hassing (eds). Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. Evaluation Project. **Indicators for Reproductive Health Program Evaluation: Final Report of the Subcommittee on Adolescent Reproductive Health Services**, 1995.
7. De Brouwere, V., A.Laabid and W.Van Lerberghe. *An alternative for the maternal mortality ratio : The coverage of obstetric interventions need*. Paper presented at **the IUSSP Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health**, Manila, Philippines, September, 1996.
8. Dimauro, D., *Sexuality Research in the United States*. **The Sexuality Research Assessment Project**. New York : Social Science Research Council, 1995.
9. Dixon-Mueller, R. *The sexuality connection in reproductive health*, **Studies in Family Planning**, 24(5), 1993, pp. 269-282.
10. Dixon-Mueller, R. and J. Wasserheit, **The Culture of Silence : Reproductive Tract Infections among Women in the Third World**. New York : International Women's Health Coalition, 1991.
11. Erwin, J.O'Toole, *Reproductive tract infections among women*. In Ado-Ekiti, Nigeria : symptoms recognition, perceived causes and treatment choices, **Health Transition Review**, 3, suppl., 1993, pp. 135-149.
12. Filippi, V., *Asking questions about Near-Miss Maternal Morbidity : Results from a Validity study in Benin*. Paper presented at **The IUSSP Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health**, Manila, Philippines, September, 1996.
13. Filippi, V., W. Graham and C. Ronsmans, *The relevance of mortality as an outcome measure of evaluation studies : illustration using safe motherhood programmes*. **Proceeding of CICRED Meeting on the demographic Evaluation of Health Programmes**, Paris, Sofitel Saint-Jaques, February, 1996 (forthcoming).

14. Fortney, J., *Reproductive Morbidity : A Conceptual Framework*. Paper presented at **the IUSSP Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health**, Manila, Philippines, September, 1996.
16. Graham, W. And O. Campbell, **Measuring maternal health : Defining the issues**. London : Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1990.
17. Gray, R. and M. Wawer. *Clinical/Laboratory Methodes for Diagnosis of Reproductive Morbidity in Population-Based studies*. Paper presented at **the IUSSP Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health**, Manila, Philippines, September, 1996.
18. Heise, L., J. Pitanguy and A. Germain, *Violence Against Women : The Hidden Health Burden*. **World Bank Discussion Paper** N°. 255. Washington, D.C./The World Bank.International Conference for Population and Development.1994.
19. International Conference for Population and Development, **World Plan of Action**, Conference document, Cairo, 1994.
20. International Women's Health Coalition, **Challenging the Culture of Silence : Building Alliances to End Reproductive Tract Infections**. New York : International Women's Health Coalition, 1994.
21. Jain, A. and J. Bruce, *A reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programs*. In G. Sen, A. Germain, and. L. Chen (eds.) **Population Policies Reconsidered : Health, Empowerment and Rights**. Cambridge : Harvard Center for Population and Development Studies, and New York : International Women's Health Coalition, 1994.
22. Khattab, H., *The Silent Endurance : Social Conditions of Women's Reproductive Health in Egypt*. Amman : UNICEF, and Cairo : The Population Council, 1992.
23. Koblinsky, M.K. Mclaurin, P. Russell-Brown, and P. Gorbach (eds), **Indicators for Reproductive Health Program Evaluation : Final Report of the Subcommittee on STD/HIV**, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill Evaluation Project.1995.
24. Koenig, M. S. Jejeebhoy, S. Singh and S.Sridhar, *Undertaking Community-Based Research on the Prevalence of Gynecological Morbidity : Lessons from India*, 1996.
25. Mundigo, A. *Mortality and morbidity due to induced abortion*. In T. Boerma(ed.) **Measurement of Maternal and Child Mortality, Morbidity and Health Care : Interdisciplinary Approaches**. Liège : Ordina, 1992.
26. Mundigo, A. *Reproductive health research and its implications for policy*. Paper presented at **the International Symposium of Social Science Research in Reproductive Health**, Shanghai 11-14 Octobre 1994.
27. Obermeyer, C., *A Research Agenda for Reproductive Health*. **IUSSP Newsletter**, 1994.
28. Stewart, K. and M. Festin, *Validation study of women reporting and recall of major obstetric Complications treated at the Philippine General Hospital*. **International Journal of Gynecology and Obstetrics** 48 Suppl : S53-S66, 1995.

29. Stewart, K., C. Stanton, M. Festin and N. Jacobson. 1996. *Issues in measuring maternal morbidity : Lessons from the Philippines safe motherhood survey project*. **Studies in Family Planning** 27(1) : 29-35.
30. Stewart, L. and E. Eckert (eds). Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill. *Family Health International. 1994. Maternal Morbidities affect tens of million*. **Network** 14(3) : 8-11
31. UNFPA Consultative Meeting on World Reproductive Health Assessment and Research Programme : A Global Framework. New York, April, 1995.
32. Widyantoro, N. 1996. *Learning about Sexuality through Family Planning Counseling Sessions in Indonesia*. In S. Zeidenstein and K. Moore (eds.) **Learning about Sexuality : A Practical Beginning**. York : The Population Council.
33. Younis, N., H. Khattab, H. Zurayk, M. El-Mouelhy, M. Fadle, and A. Farah. 1993. *A community study of gynecological and related morbidities in rural Egypt*. **Studies in Family Planning** 24(3) : 175-186.
34. Zurayk, H. 1994. *Population and health*. Distinguished lecture series on population and development, presented at the International Conference on Population and Development, Cairo, September. 1994. Liège : IUSSP.
35. Zurayk, H. 1996. *Reproductive Morbidity Measurement : the Usefulness of Perceived/Reported Morbidity on Reproductive Tract Infections*. Paper presented at the **IUSSP Seminar on Innovative Approaches to the Assessment of Reproductive Health**, Manila, Philippines, September, 1996.
36. Zurayk, H. N. Younis, H. Khattab. 1994. *Rethinking Family planning policy in light of reproductive health research*. Paper presented at the **symposium « Family, Gender and Population Policy : International Debates and Middle Eastern Realities »**. Cairo, February 1994.
37. Zurayk, H., H. Khattab, N. Younis, M El-Mouelhy, and M. Fadle. 1993. *Concepts and measures of reproductive morbidity*. **Health Transition Review** 3(1) : 17- 40.
38. Zurayk, H., H. Khattab, N. Younis, O. Kamal, and M. El-Helw. 1993. *A comparison of women's report and medical diagnosis of reproductive morbidity conditions in rural Egypt*. Paper presented at the **International Union for the Scientific Study of Population General Conference**, Montreal, August 1993.