

■ Soumaya Abdellatif

Épreuves de maternité chez les mères célibataires en Tunisie

Comment se définit la maternité ? Florence Weber montre que cette dernière est une construction sociale. Notre étude sur la maternité célibataire et sur l'adoption en Tunisie a révélé que l'accouchement est la voie d'accès reconnue à la maternité. L'épreuve de la maternité est donc à saisir dans l'articulation ou l'affrontement du biologique et du social, mais aussi dans la « dialectique relationnelle » entre le moi et le je, le premier est le siège des normes et des règles de la vie sociale, le second étant le siège de la spontanéité et de la créativité du sujet. Quelles sont les incidences des normes sociales sur la façon dont se vit la grossesse et l'accouchement par les mères célibataires en Tunisie à travers l'analyse de cas concrets ?

■ Claire Beaudevin

Génétique médicale et santé reproductive au Sultanat d'Oman

La plupart des pays du Golfe ont mis en place ces quinze dernières années des politiques de santé publique visant à diminuer l'incidence des maladies génétiques les plus fréquentes dans la région : les hémoglobinopathies héréditaires (drépanocytose et bêta-thalassémie). Il s'agit d'organiser à grande échelle le dépistage des individus porteurs des mutations causant les maladies. Au Sultanat d'Oman, ces politiques sont en cours d'introduction et ont notamment pour but de décourager les mariages entre individus porteurs.

Cette communication abordera les formes prises en Oman par cette irruption de la médecine dans l'intime - les choix reproductifs. Elle s'attardera également sur la manière dont ces politiques interagissent avec les conceptions locales du mariage et de la famille, notamment à travers l'exemple du discours médical sur les mariages entre apparentés.

■ Ahlem Belhaj

Violences contre les femmes et impact sur la santé reproductive

Les violences faites aux femmes ont un triple ancrage. Elles sont l'expression d'un rapport de domination hommes/femmes, elles constituent une violation des droits humains des femmes et elles représentent une question majeure de santé publique. Et à ces trois titres les violences contre les femmes se croisent avec les droits sexuels et reproductifs. En effet, La santé sexuelle et reproductive en tant que partie prenante des droits sexuels représente un droit humain à part entière et « n'est pas seulement une question de santé mais une question de développement économique, de justice sociale, d'égalité de genre et de droit humain » comme le souligne Vincent Fauveau, UNFPA 2009. En dehors des violences sexuelles dont le lien est direct avec la santé sexuelle et reproductive, il a été bien établi durant les deux dernières décennies que la violence faite aux femmes a des conséquences fréquentes pouvant être graves sur la SSR: douleurs pelviennes, lésions génitales, dysménorrhée, troubles sexuels, infections sexuellement transmises, fausses couches, complications obstétricales, troubles des interactions avec le bébé... Les différentes phases de la vie sexuelle et reproductive sont également des indicateurs de risque : la puberté, la grossesse, la ménopause...

L'intégration du dépistage et de la prise en charge des violences à l'égard des femmes a été de ce fait fortement recommandée.

■ Sophie Bessis

Le contrôle du corps des femmes à travers l'Histoire : Essai de mise en perspective de la question de la santé sexuelle et reproductive des femmes dans le monde arabe

Le contrôle du corps des femmes est aussi ancien que la domination masculine elle-même, tout entière tournée vers un objectif central, le contrôle de la maternité (Françoise Héritier : Masculin-Féminin et le concept de valence différentielle des sexes). Ce contrôle s'exerce selon des modalités particulières dans les différentes civilisations mais a toujours pour but de maîtriser la sexualité féminine de manière à assurer la fonction reproductive au profit du groupe des mâles. Les pratiques coutumières des sociétés les plus diversifiées se sont attachées à codifier les modalités du contrôle. Quant aux religions, en particulier les trois religions monothéistes mais pas seulement (voir entre autres l'hindouisme), elles ont servi à sacraliser les processus de domination à travers lesquels s'exerce le contrôle patriarcal. Religions et coutumes étroitement mêlées, l'une renforçant les autres, ont ainsi édifié des appareils normatifs de domination. C'est ainsi qu'elles

légifèrent toutes sur le corps des femmes, enfermant ce dernier dans un corset d'obligations et d'interdits. La valorisation symbolique de la fonction maternelle et la démonisation de la féminité font partie de cet appareil de contrainte. Ce corset a été contraint de céder (plus ou moins) dans les sociétés sécularisées et en voie de sécularisation où les interdits religieux ont été progressivement déconnectés de la loi positive. Tandis qu'en Europe, les avancées ont été proportionnelles aux processus de sécularisation, les interdits résistent dans le monde arabe vu la lenteur de ces processus et les régressions qui ont pu les affecter.

On passera en revue la multiplicité des injonctions religieuses à la procréation et les interdits frappant l'autonomie reproductive et sexuelle des femmes. On s'attardera davantage sur leur permanence en contexte arabo-musulman, pour montrer que la sécularisation des lois et des pratiques sociales est une condition nécessaire au plein exercice des droits sexuels et reproductifs des femmes, même si elle ne suffit pas à assurer à elle seule cette libération.

■ Irene Capelli

Les enjeux de la notion de santé sexuelle et reproductive au Maroc : quelques réflexions à partir du cas des grossesses hors-mariage

La notion de santé sexuelle et reproductive est largement employée au Maroc dans les politiques de santé publique ainsi que dans le domaine non-gouvernemental et dans des projets divers ciblant les adolescent(e)s et les jeunes. Elle est notamment utilisée dans des programmes d'éducation et de prévention des IST et du SIDA. Au sein des organisations internationales, la notion de santé sexuelle et reproductive se trouve au centre des campagnes de sensibilisation sur les mariages des mineures, dont les « grossesses précoces » sont associées à des risques de mortalité et de morbidité. Les grossesses des mineures et hors-mariage constituent également un sujet de débat qui est à l'origine de nombreuses initiatives à l'échelle nationale, surtout dans le domaine associatif local, sans être nécessairement géré en tant que problématique de santé publique (en tant que sujet qui touche aussi à la sphère du religieux, du droit pénal et de la famille et en général l'identité sociale). La présente communication interroge la mesure dans laquelle les grossesses hors-mariage au Maroc peuvent être appréhendées au prisme de la notion de « santé sexuelle et reproductive » ou si, simultanément, d'autres paradigmes et clés de lectures doivent être utilisés afin de saisir la complexité des réalités locales. Les contextes socio-économiques plus larges, des dynamiques de genre et des négociations morales sont parmi les éléments à problématiser dans une analyse des sexualités et des grossesses hors-mariage, ou la seule distribution d'information 'ciblée' et des outils reposant sur les 'choix individuels' – parfois implicites dans les politiques basées sur la notion de « SSR » – se révèlent inadéquates ou insuffisantes. A partir du cas marocain et d'une approche ethnographique, il s'agira ainsi de réfléchir à la fois sur les potentialités, les limites et les déclinaisons de cette notion à travers les différents discours, pratiques et expériences subjectives.

■ Jocelyn DeJong

Femmes et VIH: une lacune à combler au Moyen Orient et en Afrique du nord

Cette communication entend montrer qu'au Moyen-Orient et en Afrique du nord très peu d'attention a été consacrée à la vulnérabilité et aux besoins spécifiques des femmes – mariées et non mariées – en matière de VIH tant dans la recherche que dans les politiques/programmes. Cela est dû au moins en partie au fait que les chiffres montrent que dans la région la proportion des femmes atteintes du VIH est beaucoup plus basse que celle des hommes. Bien que ceci puisse être mis en relation avec le stade encore initial de l'épidémie dans la région et donc avec la situation épidémiologique actuelle, je vais montrer que les femmes pourraient être sous-représentées dans les statistiques pour différentes raisons de nature sociale et liées à l'organisation sanitaire. Dans la région, la plupart des tests pour le VIH sont réalisés au sein de groupes spécifiques et de manière obligatoire, comme pour les individus qui cherchent à émigrer dans le Golfe, les étrangers qui demandent à s'établir dans un pays et les prisonniers. Il y a beaucoup de raisons pour lesquelles ces groupes sont surtout composés d'hommes. Si certains pays sont en train de commencer ou ont déjà commencé des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (*Prevention of Maternal to Child Transmission* (PMTCT)), dans les services des soins prénatals, dans beaucoup d'autres pays, où il y a une basse prévalence, cette approche tarde à être adoptée et est de toute façon considérée comme non rentable. En outre, le manque d'évidences concernant les tests volontaires dans les centres de *Voluntary Counselling and Testing* (VCT) au sein de la région indique que les femmes cherchent moins facilement à faire des tests (VCT). Il est aussi bien connu que les services de santé reproductive dans ces pays s'engagent rarement à fournir des services de counseling et prévention. Enfin, les femmes porteuses de VIH qui en sont conscientes doivent affronter beaucoup d'obstacles pour obtenir des soins, bien que ces obstacles restent peu étudiés. Les recherches, souvent anecdotiques et limitées, indiquent que les femmes sont confrontées à des barrières plus importantes que les hommes quand elles veulent se soumettre au test et obtenir des soins ainsi

que lorsqu'elles veulent révéler leur état à l'entourage et qu'elles peuvent également être victimes d'attitudes discriminatoires plus fortes de la part des professionnels de santé. Bien que les cas de VIH puissent être déclarés officiellement, des obstacles peuvent surgir aussi lorsque les professionnels de santé informent le Ministère de la santé sur les cas présents au sein de la population des femmes. Des études fiables provenant de la région ont révélé deux éléments importants : 1) que le mariage est le facteur de risque le plus important chez les femmes 2) qu'il y a une différence d'âge récurrente entre hommes et femmes avec un modèle indiquant un risque majeur pour les femmes jeunes et pour les hommes plus âgés, reflet du modèle de comportement sexuel dans la région. Une étude récente sur 'le mode de transmission' au Maroc réalisée par Mumtaz et ses collègues a montré que, bien que ce soient surtout les hommes qui ont des comportements à risque capables d'augmenter la transmission du VIH, plus de la moitié (52 %) des individus atteints du VIH sont des femmes et 71% de ces infections sont dues au conjoint infecté. Toutefois, en général, la région souffre d'une carence de recherches sur les femmes et le VIH. A cause du stigmatisme très fort associé avec le VIH chez les femmes en lien avec les normes culturelles et religieuses dominantes, atteindre les femmes pour réaliser des recherches se révèle souvent un défi. Si la plupart des populations à risque dans la région sont victimes du stigmatisme et difficiles à atteindre, il y a des difficultés spécifiques pour atteindre les femmes au sein de ces groupes. Les pays de la région ne sont donc probablement pas en mesure de faire une estimation de l'échelle réelle du VIH chez les femmes et à son tour le manque de données sur les femmes empêche de prendre les mesures nécessaires privant les femmes des services nécessaires.

Daniel Delanoë

Classes, genre et culture dans l'expérience de la ménopause. Enquête comparative en Tunisie et en France

L'expérience de la ménopause peut varier fortement d'une société à l'autre : fréquence des bouffées de chaleur, nature des autres symptômes somatiques et psychiques, évolution des relations familiales et sociales. Plusieurs recherches ont montré que le pays de résidence, le pays d'origine, l'ethnie, le niveau social interviennent sur ces variations ; des hypothèses sont avancées sur des facteurs génétiques, alimentaires et climatiques. Mais peu de recherches ont analysé les processus sociaux qui construisent l'expérience de la ménopause, en tenant compte du statut social attribué aux femmes ménopausées et de leur degré d'autonomie sociale et financière. Pour étudier l'impact du statut social accordé aux femmes ménopausées et des ressources sociales qu'elles peuvent mobiliser, nous avons conduit une série de 75 entretiens en 2007-2008 auprès de femmes dans des contextes socio-culturels différents : Tunisiennes en Tunisie, Tunisiennes en France et Françaises en France, âgées de 45 à 70 ans. Il apparaît que l'expérience de la ménopause est très différente selon le niveau social et le milieu culturel. Il existe trois grandes façons de vivre la ménopause. Les Tunisiennes de milieu populaire, en Tunisie et en France, vivent une ménopause avec des symptômes intenses et un sentiment de forte dévalorisation sociale. Chez les Tunisiennes de classe moyenne en Tunisie et en France prédomine une ménopause avec peu de symptômes mais une forte perte de valeur esthétique et sociale. Chez les Françaises prédomine une ménopause avec peu de symptômes et une valeur sociale peu modifiée. La répartition des types d'expériences selon un facteur social et non géographique ou national indique que, dans les populations étudiées ici, les différences de symptômes ne sont pas biologiquement déterminées. Au contraire, les différences sont liées au niveau social, au degré d'autonomie des femmes dans la famille et la société, et aux normes du corps féminin et de la sexualité des femmes après l'arrêt de leur fertilité.

Shereen El Feki

Printemps Arabe, Été d'Amour ? La politique et la sexualité en Égypte et dans les pays arabes, depuis 2011

Alors que les changements politiques bouleversaient les rues et les places, les parlements et les palais présidentiels du monde arabe, Shereen El Feki a enquêté des soulèvements plus près de la maison - dans la vie sexuelle des hommes et des femmes en Égypte et ailleurs dans la région. Le sexe est entrelacé avec la religion et la tradition, la politique et l'économie, les genres et les générations, ce qui en fait l'objectif idéal pour examiner le paysage social complexe de la région. *La révolution du plaisir* prend un nouveau regard sur l'histoire sexuelle de la région arabe, et apporte de nouvelles voix dans le débat sur son avenir. Avec un regard rétrospectif sur l'évolution des attitudes sexuelles au Moyen-Orient, et de l'Ouest, El Feki examine ce qui a été le moteur d'une évolution vers les angoisses d'aujourd'hui dans la région arabe, et comment cela se joue dans la vie quotidienne des époux et épouses, des célibataires, des travailleuses de sexe et des hommes et des femmes LGBT. *La révolution du plaisir* explore la façon dont les gens trouvent des solutions à leurs problèmes sexuelles, tout en restant fidèles à leur religion et à la culture, et ce que cela signifie pour l'avenir de la démocratie dans la région.

■ François Farah

La santé sexuelle et reproductive dans l'examen bi-décennal de la mise en œuvre du Programme d'action (PoA) de la Conférence internationale pour la population et le développement (CIPD) : les enjeux de départ, les progrès réalisés et les défis persistants dans le cadre d'une analyse comparative appliquée au monde arabe

La définition de la santé de la reproduction adoptée presque unanimement à la CIPD en 1994 continue de représenter un triple défi au niveau des politiques de population et de la santé ; au niveau des inégalités de genre, notamment en matière de santé sexuelle et reproductive, y compris celle des femmes et des jeunes et enfin au niveau des droits inaliénables au développement équitable et digne pour tous. Cette présentation a pour objectif de 1) situer les progrès réalisés dans la mise en œuvre du PoA de la CIPD sur la base de la revue globale de la CIPD au-delà de 2014 et ce en mettant l'accent sur la santé sexuelle et reproductive, 2) analyser les indicateurs différentiels d'accès aux services de santé, et les déterminants des inégalités de genre, et 3) situer les défis futurs en matière de santé sexuelle et reproductive dans le débat actuel des priorités du développement au-delà de 2015. La présentation jettera les bases sur les défis qui sont au cœur des intérêts des pays arabes et permettra d'aborder les politiques et les stratégies susceptibles de promouvoir un bien-être individuel et social et de réaliser les objectifs inachevés du PoA, particulièrement dans le cadre de l'agenda pour le développement post-2015.

■ Corinne Fortier

Genre, Procréations médicalement assistées et sélection du sexe de l'enfant en islam et en Égypte

Les techniques de procréation médicalement assistées (PMA) qui se sont développées en Occident ont rapidement été adoptées par de nombreux pays musulmans. L'intérêt des pays musulmans pour ces techniques de procréation s'explique par le fait qu'elles représentent un moyen de pallier le problème majeur que constitue la stérilité.

La médicalisation de la procréation a induit une plus grande égalité de genre puisqu'elle a permis de diagnostiquer l'infertilité de l'homme autant que celle de la femme. Mais à travers l'analyse genrée des pratiques à l'œuvre dans l'aide médicale à la procréation en pays d'islam, nous montrerons que le corps féminin est particulièrement mis à l'épreuve en ce contexte.

Nous avons effectué un terrain au Caire en Égypte où nous nous sommes intéressés à la position de l'Université Islamique d'al-Azhar sur la question des procréations médicalement assistées. Nous analyserons les diverses positions des juristes musulmans relativement aux différentes techniques procréatives, y compris les diagnostics prénatal ou préimplantatoire qui soulèvent la question de la sélection du sexe de l'enfant à naître.

■ Angel M. Foster

L'utilisation de la Contraception d'urgence

■ Atf Gherissi

Place de l'Éducation Sexuelle dans le système éducatif en Tunisie : Défis et Enseignements

L'intervention aborde l'introduction de l'éducation sexuelle en milieu scolaire, en intra et en extra curriculum. L'introduction dans chacune des trois réformes du système éducatif est marquée par son caractère à la fois avant-gardiste et timide qui révèle la difficulté pour une institution gouvernementale d'aborder ouvertement et frontalement un sujet tabou, d'où le rôle des ONG en l'occurrence celui pionnier de l'Association Tunisienne du Planning Familial aujourd'hui Association Tunisienne de Santé de la Reproduction. C'est à travers la création des clubs de santé, toujours en milieu scolaire, que l'éducation sexuelle a été abordée parmi d'autres thèmes de santé avec les jeunes dans le cadre d'un programme de célébration annuelle de la journée des clubs de santé mise en œuvre et coordonnée par la Direction de la Médecine Scolaire au Ministère de la Santé. Malgré le succès notoire de ce programme, l'abord de l'éducation sexuelle a été effectué sous le couvert de la santé familiale en 1994. La mise en œuvre sur le terrain a elle aussi connu des défis toutefois dépassés lorsque les animateurs sont externes à l'institution école.

Deux autres expériences sont présentées et qui se rapportent au développement des aptitudes à la vie quotidienne. La première se rapporte à une expérience d'enseignement de la méthodologie de la recherche aux futurs professionnels de santé. L'approche d'enseignement socioconstructiviste permet de développer plusieurs aptitudes comme la confiance en soi, l'empathie, la réflexion et le choix autonomes. Appelés à choisir librement un sujet en rapport ou en dehors de la spécialité d'études, à le documenter et à le présenter à la classe, les étudiants présentent des exposés souvent liés à la sexualité et que leurs camarades suivent

attentivement. La seconde expérience concerne un projet conjoint entre le Ministère de la Santé et l'Unicef qui a permis d'identifier les besoins des adolescents et jeunes Tunisiens, de dégager les aptitudes à la vie quotidienne qui nécessitent l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation dans ce sens. Ces deux expériences révèlent l'importance et la pertinence d'introduire l'éducation sexuelle à travers le développement des aptitudes à la vie quotidienne auprès des adolescents et jeunes en milieu scolaire et extrascolaire.

■ Selma Hajri

Les obstacles à l'IVG dans les pays arabes

Le nombre annuel d'avortements dans le monde est d'environ 42 millions, dont près de 22 millions sont effectués illégalement dans des conditions dangereuses.

Selon un rapport de l'OMS, dans la région Afrique du Nord/Moyen-Orient, entre 160 et 260 femmes meurent chaque année des suites d'avortements non médicalisés, qui sont au nombre de 100.000. La fécondité dans la région MENA est en moyenne d'environ trois naissances par femme. Au Liban, l'Iran, la Tunisie et la Turquie, la fécondité est au niveau d'environ deux enfants par femme. Pourtant, les grossesses non voulues demeurent élevées et le nombre d'avortement semble très important bien qu'il n'existe pas de données fiables. Dans les pays musulmans, avorter, même dans les cas autorisés par la loi, paraît inacceptable pour beaucoup. L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est interdite dans la plupart des pays car considérée comme un crime contre l'humanité dès lors qu'il s'agit d'interrompre la formation d'un fœtus à naître. Dans de nombreux pays arabes, l'avortement illégal est passible de lourdes peines d'emprisonnement pourtant dans ces mêmes pays (comme le Maroc, l'Algérie, le Liban etc..) la pratique de l'avortement est tolérée et la plupart des médecins de libre pratique le font. Seuls la Tunisie et la Turquie (pays non arabe) ont légalisé l'IVG du premier trimestre sans restrictions en 1973 et 1981 respectivement. Pourtant les avortements clandestins constituent l'un des plus grands risques de mortalité pour les femmes. Selon l'Organisation mondiale de la santé, 13% des morts maternelles sont dues à des avortements illégaux avec des méthodes dangereuses. Les lois sévères ont pour conséquence que les avortements sont souvent effectués par des personnes non qualifiées, et de façon clandestine. Face à la difficulté de leur situation, de nombreuses femmes ont recours à des méthodes extrêmes. Les derniers bouleversements que vivent les pays du monde arabe n'ont pas amélioré la situation, ainsi en Turquie le gouvernement préconise d'importantes restrictions à la loi et a réduit l'accès à l'IVG dans le service public, et en Tunisie où l'avortement est libre et gratuit dans toutes les cliniques de l'ONFP (Planning Familial) et dans les hôpitaux publics, on a vu de nombreux centres dans les régions cesser complètement tout acte d'IVG, et dans les centres de PF et les services hospitaliers les plus expérimentés une réduction importante, avec de nouvelles restrictions limitant l'accès à l'IVG, associé à une hostilité plus importante du corps médical et paramédical à l'égard de cette pratique, des prestataires qui continuent à l'exercer et des femmes qui viennent réclamer ce service.

■ Aymon Kreil

Les limites du convenable : éducation sexuelle et niveaux de discours en Égypte

La mise en place de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles est défendue par de nombreuses intervenants en Égypte, institutions internationales comme l'UNFPA ou l'UNICEF, ONG actives dans le domaine du planning familial et de la santé reproductive ou encore associations pratiquant le conseil conjugal. L'une des constantes du discours des promoteurs de la mise en place de tels programmes est de mettre en avant une nécessaire rupture de silence sur la sexualité – le sujet étant présenté comme tabou dans le pays. Or, dans les conversations quotidiennes, il est aisé de remarquer qu'au contraire les conversations abordent très fréquemment des questions de sexualité. Entre hommes, dans les cafés par exemple, ou entre femmes, lors de réunions entre voisines, les pratiques sexuelles sont évoquées avec quantité de détails. Pour cette contribution, il s'agit pour moi d'essayer de comprendre les ressorts d'un tel paradoxe. Je m'appuierai à cette fin sur mon terrain de thèse, mené en 2008-2010. Afin de mieux saisir pourquoi les programmes d'éducation sexuelle se sont heurtés à de telles difficultés d'acceptation en Égypte, il faut à mon sens s'interroger sur deux dimensions corrélées des discours sur le sexe : les différents niveaux d'expression publique possibles et les registres disponibles pour aborder le sujet. Il en ressort que, dans le débat public, du moins à l'époque de Hosni Moubarak, c'est un discours se référant à la religion qui prédomine, principalement axé sur la définition des pratiques licites. Le registre des vantardises, des échanges de techniques ou de produits aphrodisiaques ou celui des confessions sentimentales tendent à se cantonner pour leur part aux conversations informelles. Les discours se revendiquant d'un regard scientifique comme celles de la majorité des promoteurs de l'éducation sexuelle se situent quant à eux dans l'espace intermédiaire – pouvant à la fois prétendre s'appuyer sur un référent universel mais suspect de promouvoir la débauche par leur manque supposé de valeurs. Dès lors, cette problématique permet de s'interroger sur la négociation des

limites entre registres de discours publics et privés d'une part, et sur l'équilibre entre champs de production de connaissances dans la définition de la parole officielle en Égypte.

■ Dorra Mahfoudh Draoui

Accès des femmes rurales aux services de santé en Tunisie

Dans un contexte de transition et de réformes comme celui que connaît la Tunisie après les événements sociaux de janvier 2011, il y a lieu de s'interroger sur les droits des citoyens en matière de santé, leur accès aux services de santé publique et le degré de satisfaction relatif à l'offre de services. C'est dans ce cadre que nous proposons de débattre des résultats de certaines études, recherches et enquêtes qui s'intéressent à la santé des femmes rurales et à leur évaluation des soins de santé en Tunisie. L'approche privilégiée est une approche genre qui compare la situation des femmes et des hommes : les conditions de vie, les ressources individuelles, les inégalités et discriminations entre les sexes, les différences entre les générations, les disparités entre les régions, ainsi que les stratégies des femmes et des hommes pour faire face aux difficultés et aux lacunes et pour s'en sortir.

■ Irene Maffi

La violence à l'égard des femmes dans les maternités et les centres de protection de la santé maternelle et infantile en Jordanie

Bien que différentes définitions de la violence dans le domaine de la santé soient données dans la littérature, pendant mon terrain dans les centres de protection de la santé maternelle et infantile (CPMI) et dans les maternités en Jordanie, j'ai été confrontée à des situations qu'on ne peut qualifier que de violentes. J'ai été témoin de diverses formes de violence qui relèvent de l'organisation institutionnelle (ou de son absence), de la surcharge de travail, du comportement des professionnels de la santé, des discriminations liées à la classe sociale et aux rapports sociaux de sexe. La violence peut être physique et/ou symbolique et peut avoir un impact très important sur l'expérience que les femmes ont de la grossesse et l'accouchement. La routine quotidienne appréhendée comme « normale » par les sages-femmes et les médecins peut être très éloignée des standards professionnels appris par les membres du personnel durant leur formation. La manière de s'adresser aux patientes, les gestes, les actions, l'organisation de l'espace, la gestion de l'intimité corporelle des femmes peuvent tous contribuer à transformer les espaces sanitaires en des lieux empreints de violence exerçant une influence à long terme sur les femmes. Dans ce papier, j'entends analyser plusieurs situations s'étant produites dans différents lieux dans lesquels j'ai mené ma recherche sur les pratiques et les discours de la naissance en Jordanie. En particulier, je vais me concentrer sur les interactions entre les sages-femmes et leurs patientes dans les CSMI, sur les relations entre parturientes et sages-femmes en salle de naissance ainsi qu'entre ces dernières et les médecins.

■ Anne-Marie Moulin

La santé sexuelle et reproductive pour toutes dans les pays arabes

La définition de la santé sexuelle et reproductive lors de la Conférence du Caire en 1994 constitue aujourd'hui un outil supposé universel des politiques de santé publique et le cadre obligé des interventions internationales. Cette définition apparemment consensuelle court-circuite les réalités et tout en reconnaissant la vulnérabilité des femmes éludent l'analyse des facteurs de cette vulnérabilité et en particulier l'incertitude du statut des femmes sans santé sexuelle ou reproductive autorisée, les femmes célibataires ou veuves. Ma présentation portera sur l'évolution historique du statut juridique et de la condition socioculturelle de ces femmes vulnérables parmi les vulnérables, en Égypte et en Tunisie

■ Francine Tinsa

L'adaptabilité des structures de santé sexuelle et de la reproduction : entre rupture et continuité

Nous interrogeons ici le défi d'adaptabilité des structures de santé aux spécificités régionales en référence à une étude exploratoire, réalisée en milieu communautaire. 2 axes de réflexion sont exposés en référence à cette recherche qui tente de se dégager d'une lecture normative des besoins d'une population pour s'orienter principalement vers un recueil de la parole de différents usagers (réels aussi bien que potentiels) à propos de services de santé de la reproduction mis à leur disposition dans différentes régions du pays. Nous mettons d'abord l'accent sur les divergences de démarches en matière de consultation et sur diverses représentations de ces structures en rappelant les écarts sociaux, culturels, générationnels et à leur enracinement dans des normes culturelles et des dynamiques sociales contrastées. Nous nous dirigeons ensuite vers la co-construction de nouveaux savoirs (professionnels, relationnels) eux-mêmes façonnés au sein de ces écarts sociaux, culturels, professionnels et religieux, en insistant sur 2 points, rappelant la complexité de ce défi d'adaptabilité: Premièrement, l'acuité de professionnels sur des problématiques récurrentes en relation avec des fréquentations tardives et de sous utilisation de ces services, en nous appuyant sur des entretiens

spontanés obtenus auprès de quelques informateurs contextuels. Ce qui nous permet d'évoquer la question des représentations des conduites morales acceptables dans l'univers de l'utilisateur et par conséquent non stigmatisantes, du point de vue des professionnels et la capacité de ces derniers à les identifier comme d'importants freins à leur démarche préventive, informative et parfois même thérapeutique. Deuxièmement et si l'on revient vers les témoignages des usagers, une rencontre ponctuée, pour certains, d'attitudes reçues comme moralisatrices, remettant en surface des conflits de valeurs pouvant interférer avec le respect de l'autonomie et du droit à la décision des populations concernées et témoignant de la distance maintenue entre la reconnaissance de la dimension sociale de l'utilisateur et les stratégies relationnelles « routinières » que l'on déploie, pour informer, protéger ou traiter la clientèle. Ce défi de l'adaptabilité se trouve donc discuté autour de multiples relations intersubjectives (de genre, usager/prestataire, entre jeunes, entre femmes en âge de procréer, entre citadins, entre ruraux.....) fortement imprégnées de valeurs en mutation pour certains, davantage ancrées dans des perceptions de rôles et de conduites adaptés à la tradition locale pour d'autres. Il passe obligatoirement par la reconnaissance de ses propres valeurs et de celles des autres, tout aussi bien que par l'exploration des spécificités culturelles propres à chaque région concernée par l'ouverture et le maintien de services en santé sexuelle et de la reproduction. Par conséquent, il suggère que toute exploration orientée vers des questions d'adéquation, d'adaptabilité de structures ou de satisfaction d'utilisateurs va bien au delà de la dimension spatiale de la régionalisation pour se concentrer sur le caractère spatio-temporel de l'interaction prestataire-utilisateur et sur ce qui fait sens pour chaque partenaire.

Majed Zemni

Santé sexuelle et reproductive : contextes socio-culturels et réflexion éthique.

La santé sexuelle et reproductive reflète la situation de la femme dans un pays. Certaines de ses composantes ont été placées comme Objectif du Millénaire pour le Développement incitant les instances internationales et les pays à œuvrer à leur réalisation. Dans ce domaine des progrès ont été réalisés dans les pays du Sud mais ces progrès restent insuffisants et en dépit des réformes entreprises depuis deux décennies, des inégalités, face à la santé reproductive, persistent. Dans les pays en développement et surtout les moins avancés les femmes font face à de nombreux obstacles qui risquent de réduire davantage leur accès à des soins de santé de la reproduction. Dans les pays arabes les obstacles sont d'ordre économique, sexiste, culturels et ceux liés aux mythes sur la sexualité des femmes. L'évolution rapide du contexte dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord après le printemps arabe mené par des jeunes a provoqué des changements dans le paysage politique, a débouché sur des réalités et des besoins émergents nouveaux et a permis de constater l'ampleur des inégalités et des disparités entre zones urbaines et zones rurales. Les réalités qui se font jour nous placent face à de nouveaux défis. Toute la société est appelée à jouer son rôle pour promouvoir la santé notamment la santé sexuelle et reproductive en veillant au respect des principes éthiques d'autonomie et d'équité.

AFFILIATION DES INTERVENANTS

Soumaya Abdellatif, sociologue, Université de Sousse
Claire Beaudevin, Anthropologue, Chargée de recherche CNRS, CNRS-Cermes3, France
Ahlem Belhaj, Professeure agrégée, cheffe du service de psychiatrie, Hôpital Razi
Sophie Bessis, Agrégée d'histoire, directrice de recherches à l'Institut de relations internationales et stratégiques (IRIS) de Paris et secrétaire générale adjointe de la Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH)
Irene Capelli, Docteur en anthropologie, Université de Turin, Italie
Jocelyn Dejong, Professeure et Vice-doyenne, Faculté de sciences de la santé, Université américaine de Beyrouth, Liban
Daniel Delanoë, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Paris, France
Shereen El Feki, Journaliste spécialiste des problèmes de santé sexuelle et reproductive dans le monde arabe
François Farah, Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA)
Corinne Fortier, Anthropologue, chercheuse CNRS, Laboratoire d'anthropologie sociale, Collège de France, France
Angel Foster, Titulaire de la Chaire de recherche en santé des femmes, Professeure agrégée à la Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa, Canada
Atf Gherissi, Maître Assistante Universitaire, Sciences de l'Éducation. Ecole Supérieure des Sciences et Techniques de la Santé. Université de Tunis El Manar, Tunisie
Selma Hajri, Endocrinologue, Présidente de l'association Groupe Tawhida Ben Cheikh, Tunisie
Aymon Kreil, post-doctorant, UFSP Asien und Europa, Université de Zurich, Suisse
Dorra Mahfoudh Draoui, Professeure de sociologie, Tunis
Irene Maffi, Professeure d'anthropologie culturelle et sociale, Université de Lausanne, Suisse
Anne-Marie Moulin, Directeur de recherche, CNRS-UMR 7219 SPHERE/Université de Paris 7, France
Francine Tinsa, Maître de Conférences, Département de Sociologie. Faculté de Lettres et de Sciences Humaines de Sfax, Tunisie
Majed Zemni, Professeur de Médecine légale, Université de Sousse, Tunisie

AFFILIATION DES DISCUTANTS

Keïreddine Basly, Philosophe, Université de Sousse, Tunisie
Moncef Bel Haj Yahia, Médecin de santé publique, Secrétaire général de l'Association de droit à la santé, Tunisie
Rim Ben Aissa, Gynécologue-obstétricienne, déléguée régionale de la clinique de l'Ariana, ONFP, Tunisie
Raja Ben Slama, Professeure de littérature, civilisation et langue arabes à l'Université de Tunis et psychanalyste, Tunisie
Hafidha Chekir, Maître de conférence à la Faculté de droit, Université de Tunis, Tunisie
Anne-Emmanuelle Hassairi, Sage-femmes, CEFIR, ONFP, Tunisie
Leïla Joudane, Représentante assistante, Fonds des Nations Unies pour la population, Tunisie
Meryem Sellami, Anthropologue, Tunisie

AFFILIATION DES PRESIDENT DE SESSION

Karima Dirèche, historienne, directrice de l'Institut de recherche sur le Maghreb contemporain, Tunisie
Leïla Joudane, Représentante assistante, Fonds des Nations Unies pour la population, Tunisie
Ridha Gataa, PDG de l'Office national de la famille et de la population, Tunisie
Irene Maffi, anthropologue, Université de Lausanne, Suisse