

# Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction





Cours de formation pour des gestionnaires  
de programmes de santé

# Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction

Version francophone : collaboration avec l'Institut  
universitaire d'études du développement (IUED) Genève,  
Financement : Réseau universitaire international de Genève (RUIG)

Jane Cottingham

Sharon Fonn

Claudia Garcia-Moreno

Sofia Gruskin

Barbara Klugman

Adelina Ndeto Mwau

TK sundari Ravindran

Rachel Snow

Makhosazana Xaba

Edité par TK Sundari Ravindran

© Organisation mondiale de la Santé 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : [bookorders@who.int](mailto:bookorders@who.int)). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : [permissions@who.int](mailto:permissions@who.int)).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Les opinions exprimées dans la présente publication n'engagent que les auteurs [ou les éditeurs le cas échéant] cités nommément.

## Table des matières

iv	Remerciements	
<b>1</b>	<b>Partie une : Introduction</b>	<b>221 Module 4 : Données</b>
3	Rendre opérationnels Le Caire et Beijing	223 Présentation du module
5	Qu'offre ce programme de formation ?	227 Introduction au module Données
7	L'approche participative	228 <b>Session 1</b> : Perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé en matière de reproduction
8	Planifier votre cours	238 <b>Session 2</b> : Données pour le suivi : indicateurs de santé en matière de reproduction
11	Comment utiliser le manuel	250 <b>Session 3</b> : Perspective de genre pour un regard critique sur l'information sur la santé
<b>14</b>	<b>Partie deux : Modules de formation</b>	
<b>15</b>	<b>Module d'ouverture</b>	<b>281 Module 5 : Systèmes de santé</b>
17	Présentation du module	283 Présentation du module
18	<b>Session 1</b> : Bienvenue et présentations	288 Introduction au module Systèmes de santé
20	<b>Session 2</b> : Questions administratives et logistiques	289 <b>Session 1</b> : Le contexte macro : les réformes du secteur de la santé
22	<b>Session 3</b> : Contrat de groupe	303 <b>Session 2</b> : Développement d'un cadre pour un système d'offre de soins
26	<b>Session 4</b> : Cadre général du cours	327 <b>Session 3</b> : Application d'une perspective liée au genre et aux droits au fonctionnement d'un centre de santé
<b>37</b>	<b>Module 1 : Genre</b>	333 <b>Session 4</b> : Intégration des dimensions sociales et de genre dans la planification des programmes de santé
39	Présentation du module	341 <b>Session 5</b> : Synthèse du module
44	Introduction au module Genre	
45	<b>Session 1</b> : La construction sociale du genre	<b>343 Module 6 : Politiques</b>
55	<b>Session 2</b> : Féminités et masculinités	345 Présentation du module
69	<b>Session 3</b> : Inégalités basées sur le genre – données	349 Introduction au module Politiques
91	<b>Session 4</b> : Le lien entre genre et santé	350 <b>Session 1</b> : Qu'est-ce qu'une politique ?
109	<b>Session 5</b> : Synthèse du module	360 <b>Session 2</b> : Cadre d'analyse du processus politique et de sa mise en application
<b>111</b>	<b>Module 2 : Déterminants sociaux</b>	395 <b>Session 3</b> : Politiques de population et droits en matière de reproduction
113	Présentation du module	409 <b>Session 4</b> : Outils pour infléchir le processus politique et de mise en application
117	Introduction au module Déterminants sociaux	425 <b>Session 5</b> : Exercice récapitulatif : développement d'un projet plus sensible aux questions de genre et de droits
118	<b>Session 1</b> : Déterminants de la santé et de la maladie	433 <b>Session 6</b> : Synthèse du module
124	<b>Session 2</b> : Cadre à niveaux multiples pour comprendre les déterminants sociaux de la santé	
133	<b>Session 3</b> : Exploration des liens entre le genre et les autres déterminants de la santé	<b>435 Module de cloture</b>
141	<b>Session 4</b> : Synthèse du module	437 Présentation du module
<b>143</b>	<b>Module 3 : Droits</b>	438 <b>Session 1</b> : La construction sociale du genre
145	Présentation du module	444 <b>Session 2</b> : Retour sur les espoirs et attentes
149	Introduction au module Droits	446 <b>Session 3</b> : Certification et notation
150	<b>Session 1</b> : Perspective personnelle sur les droits humains	447 <b>Session 4</b> : Séparation du groupe
156	<b>Session 2</b> : Introduction aux droits internationaux de l'homme en lien avec la santé en matière de reproduction	
173	<b>Session 3</b> : L'équilibre entre les devoirs et les bénéfices des droits humains liés aux politiques et programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité	<b>449 Partie trois : Annexes</b>
186	<b>Session 4</b> : Application de cadre des droits aux questions de santé en matière de reproduction et de sexualité	451 Annexe 1 : Ressources pour la formation participative
198	<b>Session 5</b> : Questions éthiques et droits dans le domaine de la santé	452 Annexe 2 : Comment établir un premier contact, dynamiser et terminer le cours
218	<b>Session 6</b> : Synthèse du module	458 Annexe 3 : Quelques idées pour l'animation des sessions participatives
		462 Annexe 4 : Exemple de programme
		463 Annexe 5 : Outil pour l'évaluation du cours par les participant-e-s
		470 Annexe 6 : Formulaire d'évaluation pour l'animateur-trice

## Remerciements

---

La présente version du manuel est une traduction adaptée de *Transforming health systems : gender and rights in reproductive health* (Organisation mondiale de la santé, 2002). Elle est le fruit d'une collaboration entre le Département Santé et recherche génésiques (OMS, Genève) et l'Institut universitaire d'études du développement (IUED, Genève), dans le cadre d'un projet en partenariat financé par le Réseau universitaire international de Genève (RUIG). Dans ce cadre, un partenariat a été établi avec le Centre international de formation en recherche-action (CIFRA, Ouagadougou) et le Centre de recherche en santé de Nouna (CRSN), au Burkina Faso.

Ont collaboré à la traduction et à l'adaptation :

Laurence Althaus, Emmanuelle Chauvet, Manuela Colombini, Jane Cottingham, Françoise Grange, Bocar Kouyaté, David Kaboré, Wendyam Kaboré, Maïmouna Ndoye, Diénéba Ouedraogo, Sundari Ravindran, Séverine Rey, Fenneke Reysoo, Nestorine Sangaré, Pascaline Sebgo.

Cette publication est une traduction du document original intitulé "*Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*" qui a été publié en 2001. Certains des liens proposés dans ce document ne sont peut-être pas à jour.

# PARTIE UNVE

Introduction

Principe 4 du **Programme d'action** de la Conférence internationale sur la population et le développement

**Promouvoir l'égalité des sexes et l'équité ainsi qu'assurer la promotion des femmes et l'élimination de toutes les formes de violence à leur encontre, et veiller à ce que les femmes aient les moyens de maîtriser leur fécondité sont des éléments capitaux des programmes relatifs à la population et au développement.**

**Les droits des femmes et des fillettes font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits universels de la personne humaine.**



**L'égalité et la pleine participation des femmes à la vie civile, culturelle, économique, politique et sociale aux niveaux national, régional et international, et l'élimination de toutes les formes de discrimination fondées sur le sexe sont des objectifs prioritaires pour la communauté internationale.**



## Introduction

---

### Rendre opérationnels Le Caire et Beijing

---

Le titre de ce manuel – *Transformer les systèmes de santé : genre et droits dans la santé de la reproduction* – reflète les aspirations de notre initiative. Notre souhait est de réformer les systèmes de santé pour permettre aux services de santé de la reproduction (et tous les autres) d’être sensibles au genre et de soutenir les droits. Le programme de formation s’est développé durant un processus de cinq années qui ont réuni des personnes aux compétences différentes et provenant de diverses régions du monde ; il a aussi vu l’organisation du cours dans différentes parties du monde et a bénéficié des apports des participants.

Le manuel est une ressource en matière de formation pour des enseignant-e-s dans le domaine de la santé, à utiliser avec des gestionnaires de santé, des planificateurs, des responsables politiques et d’autres personnes qui ont des responsabilités dans la santé de la reproduction. Il fournit un programme de formation unique conçu pour doter les participants d’instruments analytiques et de compétences pour rendre opérationnels les politiques et programmes en matière de santé de la reproduction tels qu’ils ont été visualisés dans le *Programme d’action* de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui s’est tenue au Caire en 1994, et dans le *Programme d’action* de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes (QCMF) qui s’est tenue à Beijing en 1995.

La CIPD a modifié l’attention des politiques en matière de population, qui jusqu’alors avaient été dirigées vers des buts démographiques et de régulation de la fécondité des femmes. Le *Programme d’action de la CIPD* a souligné que les politiques en matière de population devraient se centrer sur le bien-être et la qualité de vie des individus, ainsi que sur le droit des femmes à prendre des décisions relatives à leur corps et sur des sujets touchant à leur santé reproductive. De plus, il recommande l’exigence, pour les programmes en matière de santé et de population, d’avoir intégré une attention centrée sur le développement durable et l’éradication de la pauvreté, qui se base sur les normes et références en matière de droits humains. Le renforcement du pouvoir d’action des femmes – leur autonomie et leur auto-détermination dans toutes les sphères de la vie, en particulier celles qui concernent la sexualité et la reproduction – a été considéré comme la pierre angulaire de tous les programmes en matière de santé et de population.

Bien que ce nouveau programme souligné dans les recommandations de la CIPD et de la QCMF a été largement approuvé par les gouvernements nationaux, les ONG et les agences multilatérales, son application est restée à la traîne. Un des facteurs clé qui entrave sa mise en œuvre est un manque généralisé

de capacité à identifier les moyens efficaces pour intégrer une perspective de genre et de droits dans l'organisation d'activités et la fixation de priorités.

Le résultat est que les changements de politiques et de programmes, depuis la CIPD, ont tendu à se centrer sur la manière de rassembler ce qui est souvent vu comme les trois piliers de la santé en matière de reproduction : la santé maternelle, la planification de la famille, et la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles (IST). Cependant, le programme relatif à la santé de la reproduction exposé dans les recommandations implique bien plus que d'ajouter quelques éléments à des programmes de santé maternelle et infantile et de planification de la famille déjà existants. Il requiert des approches concrètes pour intégrer des préoccupations en matière de droits humains, et pour aborder les inégalités entre les sexes dans un cadre général d'équité et de justice sociale.

### Un bref historique de l'initiative

L'initiative à partir de laquelle ce manuel est produit a débuté en 1996 sous le titre de travail « Rendre opérationnels Le Caire et Beijing ». Il s'agit d'une collaboration entre :

- le Centre François-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de l'homme (Harvard School of Public Health, Boston, MA, Etats-Unis d'Amérique) ;
- le Women's Health Project (School of Public Health, University of the Witwatersrand, Johannesburg, Afrique du Sud) ;
- l'Organisation mondiale de la santé (Genève, Suisse).

L'initiative a été dirigée par un comité de coordination international de neuf membres, spécialistes en matière de genre et de santé de la reproduction, provenant tant de pays en développement que de pays industrialisés.

L'objectif principal de l'initiative était d'augmenter le nombre de gestionnaires de programmes de santé, de planificateurs, de responsables politiques et de formateurs qui comprennent une perspective de genre et de droits sur la santé et qui détiennent des instruments analytiques pour aider à mettre en œuvre des programmes et des politiques de santé de la reproduction sensibles au genre et aux droits. Pour parvenir à ce but, nous nous sommes focalisés sur le renforcement des capacités de formation dans les pays. Le genre et les droits humains sont de nouvelles orientations analytiques pour beaucoup de personnes travaillant dans le domaine de la santé de la reproduction, et les manifestations des inégalités entre les sexes et des violations des droits humains diffèrent selon les sociétés. C'est pourquoi, dès ses débuts, l'initiative a travaillé en suivant un processus de collaboration multi-pays. Un noyau de formation a été développé et mené à Johannesburg, Afrique du Sud, en août–septembre 1997. Il a ensuite été diffusé dans des centres de formation dans différentes régions du monde et quatre institutions ont été sélectionnées pour organiser le cours dans leur région, en l'occurrence : le Centre for African Family Studies (CAFS), Nairobi, Kenya ; le Centre for the Study of State and Society (CEDES), Buenos Aires, Argentine ; le Key Centre for Women's Health in Society, Université de Melbourne, Victoria, Australie ; et le Yunnan Reproductive Health Research Association, Kunming Medical College, Yunnan, Chine.

En novembre 1998, des participants de chacun de ces centres de formation régionaux se sont joints aux membres du comité de coordination à Genève

pour un atelier régional d'adaptation de onze jours, durant lequel le cours-pilote a été révisé. Entre 1999 et 2000, six cours régionaux se sont tenus : deux fois respectivement à Victoria et à Kunming, et une fois respectivement à Nairobi et à Buenos Aires, chacun utilisant une version du cursus adaptée par les centres collaborant pour leur région. En même temps, trois autres cours se sont tenus en Afrique du Sud.

En mars 2000, l'équipe internationale s'est de nouveau réunie lors d'un atelier régional d'évaluation, afin de renforcer les leçons apprises par les essais régionaux et l'adaptation du programme. Ce dernier a été révisé sur la base de cette évaluation et testé une fois encore en Afrique du Sud en août-septembre 2000.

Le programme présenté dans ce manuel est le produit final de ce processus de collaboration internationale aux étapes multiples.

Le présent manuel est la première version du curriculum à être publiée en français. Il a été utilisé par l'équipe du CIFRA-CRSN (Centre international de formation recherche-action, Centre de recherche en santé de Nouna) dans un cours qui a eu lieu à Ouagadougou, Burkina Faso, en septembre 2006, suite auquel le texte a été modifié pour refléter des réalités de l'Afrique francophone.

---

## Qu'offre ce programme de formation ?

Ce manuel offre un programme basé sur des sessions et des cas d'études, sur la manière de promouvoir l'équité de genre et les droits en matière de reproduction à l'aide de données, de développement de politiques et d'offres de service. Le programme est fondé sur la prémisse que le développement de programmes réalisables de santé en matière de reproduction requiert une formation qui non seulement inclut de nouvelles compétences techniques, mais aussi affronte le défi de changer perspectives et approches. Il aspire à transformer les prestataires de santé, les gestionnaires et les responsables politiques en des agents de changement actifs, engagés dans la transformation des systèmes de santé.

### Transformation

L'ensemble du programme est centré sur la transformation. Il fournit instruments et compétences pour l'analyse conceptuelle et pour des changements positifs effectifs dans un système de soins de santé.

### Des modules fondamentaux sont suivis par des modules de mise en application

Plutôt que d'être organisé en domaines de santé de la reproduction (p.ex. santé des adolescents, avortement, IST, participation des hommes), le programme de formation commence avec des modules fondamentaux sur le genre, sur les déterminants sociaux de la santé et sur les droits. Ces modules fondamentaux fournissent aux participant-e-s un cadre et une perspective de genre et de droits qui les rend capable d'examiner de manière critique leurs politiques et programmes de santé particuliers.

Ils sont suivis par trois modules de mise en application : le module Données, qui améliore la capacité des participant-e-s à voir des données existantes

à travers un prisme de genre et de droits, et à générer de nouvelles données pour transformer les systèmes de santé ; le module Politiques, qui apporte des compétences analytiques et pratiques pour réaliser des changements, petits et grands ; et le module Systèmes de santé, qui transmet information et compétences pour mettre en œuvre, diriger et soutenir la transformation de systèmes de santé.

### **Entrelacement du genre et des droits dans chaque module**

Dans ce programme de formation, le genre et les droits sont incorporés dans chaque module du cours, plutôt que d'avoir été traités comme des sujets accessoires à la santé de la reproduction, comme c'est souvent le cas dans d'autres cours. Ici, chaque module fondamental renforce l'analyse des sujets relatifs à la santé de la reproduction et leur approche à partir d'une perspective de genre et de droits. Chaque module de mise en application aide à utiliser ces instruments dans les différents éléments de la réforme du système de santé : recherche, organisation de politiques et de programmes, ainsi que suivi et évaluation des services de santé.

### **Santé en matière de sexualité et de reproduction**

Les sujets de santé en matière de sexualité et de reproduction, comme les infections et les cancers de l'appareil reproducteur, la contraception, la grossesse et l'accouchement, la santé des adolescents, l'avortement ou encore la violence sexuelle, forment le contenu des études de cas, des exercices, des jeux de groupes et ensembles de données utilisés tout au long des divers modules.

### **Compétences de communication**

Le programme de formation a également comme objectif de construire la confiance et les compétences des participant-e-s pour communiquer en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs, de façon à ce qu'ils puissent présenter des arguments cohérents sur le sujet et planifier des interventions pour leur(s) propre(s) lieu(x) de travail.

### **Intégrité du contenu et méthodologie**

Le changement de paradigme que représente la CIPD a placé les individus au centre des programmes. Cela peut mieux être communiqué par des méthodologies d'enseignement qui agissent de même. Une méthodologie pédagogique qui dépend uniquement de conférences données par des experts énonce où quelqu'un s'attend à trouver des solutions aux problèmes. Des méthodes participatives affirment la valeur de la connaissance et du savoir que chacun-e apporte à une situation problématique.

### **Comment le manuel est organisé**

Le manuel comporte trois parties. Cette partie d'ouverture inclut le bref historique du cours présenté plus haut, des détails pratiques sur ceux à qui le cours est destiné, ce qu'il contient, comment il se déroule, et qui peut l'organiser. La deuxième partie contient les six modules d'enseignement ainsi qu'un module d'ouverture et un module de clôture ; la troisième partie contient des annexes avec des instruments et des ressources pour les méthodes d'enseignement participatif, pour l'animation des sessions participatives, quelques exemples d'exercices participatifs, des questionnaires d'évaluation, et un exemple de programme horaire de cours.

### **A qui est destiné ce cours ?**

Ce cours a comme objectif de construire une masse critique de personnel de santé senior qui soit capable de mettre en œuvre les engagements pris au Caire et à Beijing en utilisant un cadre relatif au genre et aux droits dans leur travail. Il vise donc principalement les gestionnaires, les formateurs et les responsables de politiques dans le secteur de la santé. Ceux qui sont impliqués dans les changements de recommandations et de politiques pour appliquer des programmes de santé de la reproduction, tels que des activistes dans le domaine de la santé, des ONG, le personnel d'agences bilatérales ou multilatérales ou de donateurs, trouveront également ce cours utile. Le programme est spécifiquement conçu pour être utilisé par des formateurs universitaires et militants qui sont susceptibles d'offrir des cours de recherche et de programmation dans la santé, de même qu'en matière de genre.

### **Combien de temps dure-t-il ?**

S'il se déroule dans son entier, le cours dure deux semaines.

### **Intégrer le cours dans d'autres formations**

Le cours a été conçu à l'origine pour être organisé comme un bref cours autonome, mais il peut être utile comme module dans des programmes de diplôme, des programmes professionnels ou des cursus universitaires sur les systèmes de santé, les droits ou le genre.

---

## **L'approche participative**

Notre approche d'enseignement repose sur le fait de formuler des problèmes et sur la participation. Chaque session présente des situations et énonce des problèmes. Les participant-e-s travaillent entre eux et avec des apports du/de la formateur-trice pour trouver des solutions.

L'enseignement par la formulation de problèmes se base sur la créativité et stimule une véritable réflexion et action sur la réalité (P. Freire, 1977, *La pédagogie des opprimés*, Paris : La Découverte). Il diffère du transfert ou de la transmission de connaissances ou de faits à quelqu'un qui apprend de manière passive, où l'enseignant est vu comme possédant toutes les informations essentielles et celui qui apprend comme une « coquille vide » qui a besoin d'être remplie avec des connaissances.

Le choix des méthodes participatives est délibéré : il y a une cohérence entre les valeurs que nous promouvons et la façon dont nous nous y prenons pour les partager. Dès le début, tous les participants sont reconnus comme des personnes pensantes et créatives qui ont une capacité d'action. Chaque individu est un contributeur, qui apporte des perceptions différentes basées sur ses propres expériences.

Un effort a été consciemment fait pour utiliser les méthodes participatives afin de véritablement permettre aux personnes de développer leur conscience, leur maturité et leur autonomie, et non de les contrôler. Un instrument est seulement aussi bon que la personne qui l'utilise et que l'utilisation à laquelle il est mis. (Voir annexe 3 pour plus d'explications sur l'animation des sessions participatives.)

## Planifier votre cours

---

### Le programme

Le programme comprend six modules d'enseignement, ainsi qu'un module d'ouverture et un module de clôture, à couvrir dans un cours de formation de deux semaines. (Voir annexe 4 pour un modèle de programme horaire.)

Les modules fondamentaux sont :

- genre
- déterminants sociaux
- droits.

Les modules de mise en application sont :

- données
- systèmes de santé
- politique.

Aucun module ne traite spécifiquement un sujet particulier en matière de santé de la reproduction, mais à travers les modules, des aspects spécifiques de la santé de la reproduction ont été abordés, plutôt que des groupes de population comme les adolescents, les femmes âgées, les femmes réfugiées et migrantes. Cependant, puisque l'adolescence est une période cruciale pour le développement de l'identité sexuelle, pour l'apprentissage de son propre corps, de la sexualité et de la grossesse, et en raison des besoins spéciaux en matière de santé sexuelle et reproductive dans cette période de la vie d'un individu, ce groupe de population est spécifiquement traité dans un certain nombre de sessions.

Les sujets en matière de santé de la reproduction traités sont :

- la mortalité maternelle et la morbidité
- les méthodes de contraception
- l'avortement
- le VIH/SIDA
- les infections sexuellement transmissibles et les infections de l'appareil reproducteur
- le cancer du col de l'utérus
- la sexualité
- les violences contre les femmes
- la stérilité.

Chacun de ces sujets est traité au moins dans un module. Par exemple, les violences contre les femmes sont principalement couvertes dans le module Déterminants sociaux, l'avortement dans les modules Politiques et Droits, le VIH/SIDA dans le module Droits, la santé maternelle et les méthodes de contraception dans le module Données, le cancer du col de l'utérus dans le module Systèmes de santé, etc. Quand vous projetez votre cours de formation, les organisateurs de cours devront probablement modifier la liste de sujets selon les priorités locales, et par conséquent ajuster les sessions.

## Les modules fondamentaux



## Les modules de mise en application



Il n'est pas toujours possible d'inclure tous les sujets prioritaires en matière de santé de la reproduction dans les six modules. C'est pourquoi nous suggérons d'inclure dans l'horaire du cours des sessions spéciales et des conférences d'invités sur des débats courants en matière de santé de la reproduction qui sont pertinents pour le pays ou la région où le cours se tient. Certains des débats qui ont été traités dans des cours à ce jour sont : les méthodes médicales d'avortement, le DALY (années de vie corrigées de l'incapacité) et son utilisation dans des décisions de politiques, l'implication des hommes dans la santé de la reproduction, et les contraceptifs injectables.

### **L'équipe d'animation**

Chaque module requiert de ses animateurs d'avoir une expertise considérable dans le domaine du sujet, une compréhension du genre et des droits, et un empressement à utiliser des méthodes participatives. Pour un résultat optimal, le cours requiert une équipe d'animateurs d'au moins trois ou quatre personnes, tant des femmes que des hommes, qui proviennent de disciplines différentes comme l'économie, les Etudes genre, le droit, la médecine et la santé publique, et qui ont une compréhension du genre et des droits, ainsi que des méthodes participatives d'enseignement.

Le travail d'équipe est requis avec la réunion de tous les animateurs au moins une fois avant le cours pour discuter de la façon dont leurs modules et sessions respectifs sont liés.

Alors que des personnes ressource ont un rôle à jouer dans le déroulement de sessions spécifiques, comme le font les conférenciers invités pour des sessions relatives à des débats courants, ce cours ne peut pas être organisé uniquement par des experts qui ne font que passer et ne sont familiers qu'avec les quelques sessions qu'ils présentent.

Il est nécessaire qu'il y ait un coordinateur général du cours qui assurera que les liens entre les modules et entre les sessions sont clarifiés et qu'il y a une continuité et une harmonie dans les concepts présentés et les points de vue exprimés par les animateurs.

### **Evaluation du cours**

En Afrique du Sud, où ce cours fut créé pour la première fois, il a été organisé comme un cours formellement évalué, à la fin duquel les participants qui remplissent les conditions reçoivent un certificat/diplôme de compétence de la part de l'Université du Witwatersrand. Cependant, tous les cours organisés dans des emplacements régionaux n'ont pas été formellement évalués et notés pour une certification.

Dans ce programme, le module de mise en application Politiques inclut un exercice de mise en œuvre qui doit être effectué par les participants, auxquels les animateurs fournissent un feed-back détaillé. Cet exercice d'application peut être corrigé ou noté au cas où une certification formelle est exigée. Des critères détaillés pour l'évaluation de ces exercices sont fournis dans les descriptions de la session en question (voir session 5, module Politiques).

A chaque exercice d'application peut être allouée une pondération égale, à savoir 30% pour chacun. Un montant de 10% peut être accordé à la participation en classe (ou bien 5% pour la régularité de la présence et autant pour la participation en classe). Dans le cours en Afrique du Sud, chaque



participant se voit assigner une session dans laquelle il ou elle doit présenter les « Points principaux pour conclure la session » et est noté par l'animateur. Le cours requiert également, pour que le certificat de compétence soit décerné, qu'un participant obtienne une note minimale de 50% dans chacun des six modules, conformément aux exigences de l'Université qui décerne le certificat de compétence. Cette exigence va manifestement varier selon l'institution ou l'université qui organise le cours.

Il serait utile que le cours soit évalué par les participants. Un formulaire d'évaluation, à remplir le dernier jour du cours, est fourni en annexe (Annexe 5).

---

## Comment utiliser le manuel

### Présentation du module

Chaque module débute avec une présentation, qui décrit les objectifs du module dans son ensemble (« Ce que les participants vont retirer du module »), expose le cadre conceptuel du module et le contenu des sessions (« Base conceptuelle du module »), illustre comment les sessions sont reliées les unes aux autres (« Structure du module ») et présente dans un tableau les objectifs, le type d'activités et la durée de toutes les sessions (« Organisation du module »). Utilisez ces éléments de la présentation du module durant la session introductive de chaque module, ainsi que pour la synthèse à la fin.

### Les descriptions des sessions

Après la présentation du module se trouvent les descriptions des sessions, avec les activités présentées dans l'ordre dans lequel elles sont prévues. Les descriptions de session contiennent :

- ce que les participants vont retirer de la session
- la durée
- le matériel (documents et autres accessoires)
- une liste de lectures pour l'animateur-trice
- une liste de lectures pour les participant-e-s
- le déroulement de la session
- les activités et étapes
- les points principaux pour conclure la session
- des notes de lecture pour l'animateur
- des documents.

Des lignes directrices, étape par étape, indiquent le type de questions à poser aux participants et les réponses habituelles (sur la base de l'expérience passée), ainsi que la manière d'orienter le processus pour atteindre les objectifs de la session. Certaines sessions offrent un choix d'activités. Certaines requièrent de vous une préparation préalable, ce qui est clairement indiqué sous le titre « Préparation préalable » au début de la session.



### Présentations Powerpoint

Le texte, les tableaux ou les diagrammes à présenter en diapositives Powerpoint sont en général inclus dans la description de la session, mais des diapositives doivent parfois être préparées à partir des notes de lecture pour l'animateur ou des documents. Par ailleurs, l'animateur-trice peut trouver utile de présenter comme diapositives les sections « Points clés de la discussion » et « Points principaux pour conclure la session ».



### Documents

Les documents sont fournis en tant qu'exemples. Les études de cas ou les exercices qu'ils contiennent peuvent convenir ou pas à votre groupe cible, et il vous est tout à fait possible de les modifier. De plus, les données et informations fournies devront être mises à jour.



### Notes de lecture

Des notes de lecture pour l'animateur sont fournies pour les sessions qui impliquent des apports plus longs. Elles contiennent les grandes lignes de lectures et des cas d'études illustratifs qui peuvent être adaptés pour convenir à votre audience cible.

### Lectures et dossier du cours

La liste des lectures pour l'animateur, dans chaque session, contient une gamme de publications et d'articles qui forment la base du contenu de la session. Elles sont destinées à aider l'animateur-trice à se préparer pour la session. Les lectures pour les participant-e-s sont destinées à être incluses dans le dossier du cours distribué aux participants au début du cours (voir Module d'ouverture, session 2, étape 3). **Les organisateurs du cours doivent s'assurer que les permissions requises de copyright sont demandées pour photocopier les articles publiés.**

Les dossiers du cours doivent être préparés par les organisateurs du cours à l'avance et être distribués aux participants quand ils remplissent les formulaires d'inscription le jour de l'ouverture du cours. Le dossier du cours contiendra :

- les lectures pour les participants
- le programme horaire du cours
- les détails logistiques et administratifs concernant le cours (voir session 2, Module d'ouverture, p. 20)
- les présentations des trois modules fondamentaux et des trois modules de mise en application.

### **Evaluation de ce manuel**

Ce manuel a évolué durant cinq années et a été testé en différents endroits. Notre espoir est qu'il va continuer à évoluer à travers son utilisation et adaptation par des groupes et des institutions dans différents cadres. Pendant que vous utilisez ce manuel, vous allez indubitablement trouver des éléments que vous pensez pouvoir être améliorés, et d'autres qui fonctionnent bien. Nous vous encourageons à prendre quelques minutes pour remplir le formulaire d'évaluation tout à la fin du livre et de nous le renvoyer. Vous pouvez également envoyer des commentaires par le biais du courriel du Département de santé et recherche génésiques de l'OMS : [rhrpublications@who.int](mailto:rhrpublications@who.int).

# PARTIE DEUX

**Modules de formation**

## Module d'ouverture



## Organisation du module

		<b>Objectifs</b> <b>Les participants vont :</b>	<b>Type d'activité</b>	<b>Durée : 5 heures 30 minutes</b>
SESSION	<b>1</b>	Bienvenue et présentations <ul style="list-style-type: none"> <li>Commencer à se sentir à l'aise les un-e-s avec les autres</li> <li>Se présenter aux autres participant-e-s et aux animateurs-trices</li> </ul>	Exercices participatifs	1 heure 30 minutes
SESSION	<b>2</b>	Questions administratives et logistiques <ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître l'histoire et le contexte du cours</li> <li>Être informé-e-s sur les questions administratives et logistiques</li> </ul>	Session de présentation	30 minutes
SESSION	<b>3</b>	Un contrat de groupe <ul style="list-style-type: none"> <li>Discuter de leurs attentes et de leurs inquiétudes</li> <li>Discuter de leur contribution au cours</li> <li>S'accorder sur les règles de base qui vont régir tout le cours et s'engager à respecter ces règles</li> <li>Définir des groupes de travail pour faciliter le processus collectif durant le cours</li> </ul>	Travail en sous-groupes puis récapitulation avec l'ensemble du groupe	1 heure 45 minutes
SESSION	<b>4</b>	Cadre général du cours <ul style="list-style-type: none"> <li>Etre au clair avec les objectifs, le contenu et le cadre du cours</li> <li>Comprendre que le cours traite des obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction tels qu'ils sont définis dans le <i>Plan d'action</i> de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, et dans la <i>Plateforme d'action</i> de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing</li> </ul>	Travail en sous-groupes  Discussion et présentation	1 heure 5 minutes  40 minutes

## Présentation du module

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer du Module d'ouverture

---

#### Les participant-e-s vont :

- Se présenter aux autres participant-e-s et aux animateurs-trices
- Recevoir des informations sur les questions administratives et logistiques
- Avoir l'occasion d'exprimer les attentes et les inquiétudes que suscite le cours
- S'accorder sur les règles de base qui vont être observées par les participant-e-s et les animateurs-trices
- Découvrir le contexte, l'histoire, les objectifs, le contenu et le cadre général du cours
- Comprendre que le cours traite des obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction tels qu'ils sont définis dans le *Plan d'action* de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire, et dans la *Plateforme d'action* de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing.

### Base conceptuelle du module

---

#### Apprendre à se connaître les un-e-s les autres et découvrir le cours

Ce module est programmé pour la première partie du premier jour du cours, et il doit être suivi de la première session du module Genre. Son but est d'amener les participant-e-s à se connaître et à se sentir à l'aise entre eux-elles, et de leur indiquer le contenu et la méthodologie du cours.

#### Règles de base pour l'établissement d'un environnement propice à l'apprentissage

Ce module compte quatre sessions. La première session a pour but d'accueillir les participant-e-s, de les présenter les uns aux autres et aux animateurs-trices et d'établir un premier contact. La deuxième session présente brièvement le contexte et l'histoire du cours, ainsi que quelques détails administratifs et logistiques. La troisième session donne aux participant-e-s l'occasion de discuter des attentes et des inquiétudes qu'ils-elles peuvent avoir, à partir desquelles les participant-e-s et les animateurs-trices développent un contrat de groupe établissant les règles de base qui vont permettre d'établir un environnement propice à l'apprentissage. La quatrième session présente aux participant-e-s les objectifs, le contenu et le cadre général du cours.

## SESSION

## 1

## Bienvenue et présentations

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Commencer à se sentir à l'aise les un-e-s avec les autres
- Se présenter aux autres participant-e-s et aux animateurs-trices.

[durée] 1 heure 30 minutes

### Matériel

- Cartons et stylos, un pour chaque participant-e
- Épingles et tableau d'affichage pour les cartons
- Supports en carton permettant d'afficher le nom de chaque participant-e
- *Flip chart* (Padex, tableau à feuilles blanches) ou rétroprojecteur.

### Déroulement de la session

La façon de faire les présentations est différente selon les cultures et les lieux ; choisissez un processus adapté à votre groupe. Les étapes 2 et 3 sont des exemples de présentations sur un mode participatif et stimulant. L'activité proposée dans cette session est aussi un moyen d'établir un premier contact, elle permet aux participant-e-s de se détendre et de se connaître au-delà de leur nom et de leurs titres professionnels formels.

Elle permet aussi de donner le ton des méthodologies participatives d'apprentissage qui vont être utilisées dans tout le cours. (L'Annexe 3 propose d'autres exemples de moyens d'établir un premier contact.)



### Activité : Apprendre à se connaître les un-e-s les autres



#### Etape 1 : Mot de bienvenue de l'animateur-trice

Souhaitez la bienvenue aux participant-e-s et présentez-vous. Expliquez l'activité d'introduction que vous avez choisie.





**Etape 2 :** Remettez à chaque participant-e-s des crayons de couleur et un carton sur lequel ils-elles doivent dessiner l'animal qui les représente le mieux. Demandez-leur de réfléchir à la raison pour laquelle cet animal les représente.

**Quel animal suis-je ?**

Demandez également aux participant-e-s d'écrire sur un support en carton posé devant eux-elles le nom par lequel ils-elles souhaitent être appelé-e-s pendant le cours.



**Etape 3 :** Demandez à chaque participant-e à son tour de :  
**Qui je suis et d'où je viens**

- Se présenter en donnant son nom, le pays d'où il-elle vient, son travail et l'organisation pour laquelle il-elle travaille
- Montrer l'animal qu'il-elle a dessiné et expliquer en quoi il le-la représente
- Parler des tâches, des responsabilités et des préoccupations qu'il-elle a laissées derrière lui-elle en venant à ce cours
- Dire ce qu'il-elle attend de ce cours.

**Etape 4 :** Alors que les participant-e-s parlent, notez sur un tableau à feuilles ou sur des transparents les attentes qu'ils-elles expriment, et expliquez que vous reviendrez sur ces attentes lors de la Session 3.

**Attentes**

Accrochez au mur les dessins d'animaux.

**Etape 5 :** Entre cette session et la session 3, revenez aux attentes que vous avez notées sur le tableau ou sur des transparents, et classez-les par catégories. Donnez des codes (par exemple avec des couleurs différentes, ou des symboles) aux catégories. Parmi les catégories qui ressortent en général, on trouve :

**Types d'attentes**

- De nouvelles informations et de nouvelles compétences
- Une dynamique de groupe et des processus d'apprentissage
- Appliquer les informations et les compétences acquises pendant le cours lorsqu'ils-elles retourneront à leur travail.

Gardez ces feuilles ou ces transparents. Vous les utiliserez de nouveau lorsque vous reviendrez sur les attentes dans le Module de clôture le dernier jour du cours.

## SESSION 2 Questions administratives et logistiques

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



30 mins

#### Les participant-e-s vont :

- Connaître l'histoire et le contexte du cours
- Être informé-e-s sur les questions administratives et logistiques.

[durée] 30 minutes

### Matériel

Les documents qui suivent ne figurent pas dans le manuel de formation. L'animateur-trice doit les préparer.

- Un plan de la ville indiquant les lieux où les participant-e-s sont hébergé-e-s, et d'autres lieux importants comme des banques, des endroits où ils-elles peuvent manger, une pharmacie, etc.
- Des détails administratifs et logistiques tels que les per diems, l'utilisation du fax, du téléphone, de l'e-mail et de la photocopieuse, les numéros de téléphone et les adresses utiles, etc.
- Des informations sur les loisirs et le tourisme
- Le détail des modes d'évaluation et de notation (propres à votre cours).

### Déroulement de la session

Cette session consiste en une présentation des détails du cours par l'animateur-trice.

### Activité : Orientation



7 mins

#### Etape 1 : Sur quoi ce cours porte-t-il ?

Faites une brève présentation de l'histoire et du contexte du cours, expliquez à qui il est destiné et quels en sont les objectifs généraux, en vous inspirant de la partie « Introduction ». Vous traiterez des objectifs spécifiques du cours lors de la Session 4.



**Etape 2 :** **Pour que le cours se déroule sans difficulté** Communiquez les informations relatives aux questions administratives et logistiques telles que :

- qui aller voir pour quel type de besoin : idéalement, vous présenterez les personnes en charge de la logistique
- la salle des ressources : ce que l'on y trouve à disposition (ordinateurs, imprimantes, photocopieuses, téléphone, fax, e-mail, papier, lectures supplémentaires), où elle se situe et comment l'utiliser
- per diems et bourses le cas échéant
- la situation physique du lieu où se déroule le cours par rapport aux autres adresses utiles comme celles de banques, d'agences de voyages, de restaurants, de lieux de loisirs, etc.
- les demandes particulières des participants en matière de santé ou de régime alimentaire.

Le premier jour est souvent interrompu si les participant-e-s doivent aller changer de l'argent pendant les horaires d'ouverture stricts des banques. Mieux vaut prévoir, pour le premier jour, du temps pour que les participant-e-s puissent régler les questions administratives et bancaires. Dans le dossier du cours que vous distribuez aux participant-e-s, vous pouvez mettre des documents et des plans apportant les informations essentielles. Cela vous permettra de gagner du temps.



**Etape 3 :** **Les dossiers de cours** Avec les participant-e-s, passez en revue les dossiers de cours. Ils contiendront les documents à lire, les présentations des modules fondamentaux et des modules de mise en application, le programme du cours, les informations sur l'évaluation et la notation (voir plus bas), et les informations administratives et logistiques importantes. N'oubliez pas de parler des événements notés sur le calendrier qui ne sont pas strictement liés au contenu du cours, comme le temps prévu pour une séance photos, et des sorties, par exemple des dîners ou des visites touristiques.



**Etape 4 :** **Evaluation des participant-e-s** Expliquez les différentes méthodes qui vont être utilisées pour évaluer les participant-e-s. Certains principes d'évaluation sont présentés dans « Evaluation du cours » p. 10 de l'Introduction. Ces principes doivent être adaptés à votre cours. Sur le programme, mentionnez les jours où vous allez donner un travail à faire hors du cours, qui sera noté. Si possible préparez un document qui résumera les méthodes d'évaluation et les schémas de notation, que vous inclurez dans le dossier de cours.

Session développée par Barbara Klugman

**SESSION**  
**3****Contrat de groupe****Ce que les participant-e-s vont retirer de la session****Les participant-e-s vont :**

- Discuter de leurs attentes et de leurs inquiétudes relatives au cours
- Discuter de leur contribution au cours
- S'accorder sur les règles de base qui régiront tout le cours, et s'engager à respecter ces règles
- Définir des groupes de travail pour faciliter le processus collectif durant le cours.

**[durée] 1 heure 45 minutes****Matériel**

- Tableau à feuilles
- 5 à 6 paquets de 3 cartes de 2 couleurs différentes
- stylos.

**Déroulement de la session**

La session permet aux participant-e-s de discuter de leurs attentes et de leurs inquiétudes au sujet du cours (ils-elles les ont évoquées lors de la Session 1), et d'arriver à un contrat de groupe. Elle ne comporte qu'une activité, divisée en cinq étapes.

**Qu'est-ce qu'un contrat de groupe ?**

Le contrat de groupe est un accord par lequel un groupe définit les façons de se comporter collectivement, les attentes, et les façons de réagir les uns avec les autres durant le cours. Il est important pour des adultes apprenant de pouvoir définir leurs propres règles et de le faire par la discussion et le consensus. Un cours de deux semaines représente une longue période au cours de laquelle les personnes vont vivre et travailler étroitement ensemble, et les relations interpersonnelles et les dynamiques de groupe jouent un rôle important dans l'instauration d'un environnement d'apprentissage positif ou hostile. L'activité organisée dans le cadre de cette session vise à aider les participant-e-s à anticiper et à prévoir des moyens de régler ces questions de dynamique de groupe et de relations interpersonnelles.

## Activité : Garantir une bonne dynamique de groupe



### Etape 1 : Répartition en sous-groupes

Divisez le groupe en quatre ou cinq sous-groupes comportant le même nombre de personnes. Remettez à chaque sous-groupe deux paquets de cartes avec des codes de couleurs.



### Etape 2 : Classement des inquiétudes et des contributions à une bonne dynamique de groupe

Demandez aux sous-groupes de discuter et de classer par ordre de priorité :

- Trois grands sujets d'inquiétude au sujet du cours
- Les moyens pour les participant-e-s de contribuer à l'instauration d'un bon processus collectif.

Insistez sur le fait que les personnes doivent proposer des contributions au bon fonctionnement du groupe qu'elles peuvent elles-mêmes s'engager à respecter, et pas simplement ce qui pourrait être agréable de la part des autres.

Chaque groupe note ses trois principaux sujets d'inquiétude sur trois cartes différentes, puis, sur trois autres cartes différentes, il note les trois éléments qu'il estime être les plus importants à respecter pour une bonne dynamique de groupe.



### Etape 3 : Discussion

Lorsque tous ont terminé l'étape 2, demandez à chaque sous-groupe de présenter aux autres les trois sujets d'inquiétude et les trois éléments qu'ils ont définis comme prioritaires. Ils accrochent leurs cartes au mur ou sur le tableau blanc devant tout le groupe. Une fois les présentations terminées, ouvrez une discussion de l'ensemble du groupe sur ces cartes, en commençant par discuter des sujets d'inquiétude.

### Points clés de la discussion

#### Sujets d'inquiétude

Certaines inquiétudes sont saines et sont parfaitement supportables, par exemple le fait qu'un-e participant-e demande s'il-elle sera assez bon-ne et s'il-elle va obtenir son certificat de compétences. Identifiez les inquiétudes qui entrent dans cette catégorie, et dites aux participant-e-s qu'elles sont normales.

Commencez à dégager, à travers la discussion de certaines inquiétudes, une liste de règles. Par exemple, pour « je vais être attaqué-e- pour mes idées », dites clairement qu'il est important de mettre en question les idées et non la personne, et notez cette règle dans la liste qui sera prise en compte pour le contrat de groupe.

Pour répondre aux inquiétudes du type « On ne va pas m'écouter », demandez aux participant-e-s « Comment le groupe saura-t-il qu'on ne vous écoute pas ? ». Ils-elles pourront ainsi voir qu'ils-elles ont une responsabilité individuelle de faire en sorte que le groupe connaisse les besoins spécifiques de chacun-e.

De nombreux membres du groupe expriment une inquiétude quant au caractère confidentiel de ce qu'ils ou elles vont dire. Le groupe doit alors se mettre d'accord pour respecter la confidentialité.

Certains hommes s'inquiéteront probablement de ce que le programme risque de comporter un caractère de « règlement de compte avec les hommes ». Le groupe devra alors se mettre d'accord pour ne pas encourager une attitude anti-hommes chez les participantes et chez les animatrices.

Des propositions faites pour répondre à ces inquiétudes, dégagez une liste d'engagements. Voici des exemples d'engagements ressortant des discussions sur les inquiétudes : prendre la responsabilité personnelle de participer activement, et être sensible aux difficultés que risquent de rencontrer les personnes dont le français n'est pas la première langue.

### Engagements

Certains des engagements que vont proposer les participant-e-s, comme celui de prendre la responsabilité de parler franchement, vont être liés aux inquiétudes qu'ils-elles auront exprimées. Lors de la présentation des engagements, il est important d'obtenir l'accord personnel de tout le groupe pour avoir certaines garanties. Par exemple, tout le monde peut être d'accord pour dire qu'être à l'heure est important, mais personne ne voudra contrôler la ponctualité des autres. Par ailleurs, certaines propositions, comme « N'interrompez pas les autres pendant qu'ils ou elles parlent », requièrent l'accord de l'ensemble des personnes présentes.

### Attentes

Cette partie de la discussion se base sur les attentes exprimées par les participant-e-s lors de la session 1 et que vous avez classées par catégories.

Passez en revue avec les participant-e-s la liste de leurs attentes, et expliquez comment et à quel moment du programme vous répondrez à chacune d'entre elles. La personne qui va animer cette session doit connaître le contenu et les méthodologies du cours, ainsi que le programme.

Comme pour les inquiétudes, répondre à certaines attentes dépendra plus des participant-e-s que de l'animateur-trice. Par exemple, « apprendre des expériences des autres ».

Réfléchissez par avance aux types de questions qui risquent de se dégager de la discussion.

Certaines des attentes risquent de ne pas être satisfaites, par exemple celles qui portent sur le contenu du cours ou sur les activités organisées en dehors du cours. Il est de votre responsabilité de clarifier quelles sont les attentes auxquelles le cours ne peut pas répondre et d'expliquer qu'il n'est en général pas possible de répondre à toutes les attentes d'un groupe dont les membres sont divers. Mais il peut être tout à fait possible de répondre à certaines attentes même si cela n'était pas prévu – par exemple aller voir une ONG locale.



**Etape 4 :**  
**Le contrat collectif**

Utilisez les engagements proposés pour répondre aux inquiétudes exprimées et les propositions qui ont été faites par les participant-e-s pour stimuler un bon processus collectif, et développez les règles de base du cours. A mesure que ces règles émergent et sont acceptées, notez-les sur un tableau à feuilles.

Une fois que toutes les règles de base sont acceptées, accrochez au mur les feuilles du tableau. Elles doivent y rester jusqu'à la fin du cours.

**Exemple de contrat collectif :**

Pendant ce cours, nous acceptons de :

- Etre ponctuel-le-s
- Respecter les contributions de chacun-e, et en particulier ne pas interrompre les autres participant-e-s
- Nous soutenir lorsque c'est nécessaire
- Mettre en question les idées et non la personne
- Partager nos expériences avec les autres participant-e-s
- Eteindre nos téléphones portables pendant les sessions
- Parler franchement lorsque nous ne comprenons pas, lorsque nous avons le sentiment qu'on ne nous écoute pas, ne sommes pas d'accord ou sommes blessés par ce que quelqu'un a dit
- Observer les règles de la confidentialité lors des sessions et dans les sous-groupes.



**Etape 5 :**  
**Engagement de responsabilité**

Il est souvent nécessaire de mettre en place des groupes ou des commissions de travail pour garantir le respect du contrat collectif. Demandez au groupe de créer au moins deux commissions en charge de :

- Garantir le respect du contrat collectif
- Faire part aux organisateurs du cours, à la fin de chaque semaine, des progrès du cours
- Se porter responsable du bien-être des participant-e-s, organiser des activités de détente, etc.

Session développée par Makhosazana Xaba

# SESSION 4

## Cadre général du cours

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Être au clair avec les objectifs, le contenu et le cadre du cours
- Comprendre que le cours traite des obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction tels qu'ils sont définis dans le *Plan d'action* de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), et dans la *Plateforme d'action* de la 4e Conférence mondiale sur les femmes de Beijing (1995).

**[durée] 1 heure 45 minutes**

### Matériel

- Document : « Définitions »
- 6 grandes feuilles de tableau accrochées au mur face aux participant-e-s
- Marqueurs
- Diapositive tirée du document « Qu'offre ce programme de formation ? », p.5 de l'Introduction.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Fonds Des Nations Unies Pour La Population. 1996. Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994. New York : Nations Unies (A/CONF.171/13). [[http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint_fre.pdf)]
2. Nations Unies. 1996. Déclaration et programme d'action de la Quatrième Conférence Mondiale sur les Femmes, Beijing, 4-15 sept. 1995. New York : Nations unies (A/CONF.177/20/Rev.1), pp. 2-141. [<http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/> -> 'Report' -> 'French']
3. L'introduction de ce Manuel, qui détaille le contexte de ce cours, sa structure et son contenu.
4. Basu, AM. 2005. « The Millennium Development Goals Minus Reproductive Health : An Unfortunate, but Not Disastrous, Omission ». *Studies in Family Planning* 36(2) : 132-134.



5. Fonds Des Nations Unies Pour La Population. 2005. Etat de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité. Egalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement, pp. 6-7. New York : UNFPA. [[http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr_swp05.pdf)]

## Déroulement de la session

La personne qui anime cette session doit connaître la structure et le contenu de tous les modules du cours, et les liens qui existent entre eux.

Cette session s'organise en deux activités. Dans la première, vous présentez aux participant-e-s les définitions des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction telles qu'elles sont données dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes. Les participant-e-s lisent les définitions et font la liste des obstacles à la réalisation de ces droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction qui existent dans leur pays. Ils-elles travaillent alors en sous-groupes pour établir la liste des principaux obstacles communs à leurs différents pays. Dans la seconde activité, vous montrez que ce cours porte sur ces obstacles et permet aux participant-e-s de se doter d'outils conceptuels permettant de les lever. Cette activité se termine par une présentation à l'aide de diapositives sur la structure du cours et sur ses objectifs spécifiques.



### Activité 1 : Les obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction



#### Etape 1 : Déclarations et programmes d'action internationaux

Demandez aux participant-e-s s'ils-elles connaissent la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994) et le *Programme d'action* auquel elle a donné naissance, s'ils-elles y ont participé ou s'ils-elles savent comment leur pays s'y est engagé.

Montrez que cette conférence a permis à la communauté internationale de se mettre d'accord sur les liens qui existent entre la population et le développement, et a défendu les concepts de droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction. Notez que la plupart des pays dans le monde ont soutenu le Programme d'action de cette conférence. Avant de commencer cette session, cherchez si le pays de l'un-e des participant-e-s n'a pas soutenu ce programme, et pour quelles raisons. Faites part au groupe de ce que vous avez trouvé.

Demandez alors aux participant-e-s ce qu'ils-elles savent de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes qui s'est tenue à Beijing en 1995. Précisez que cette conférence, en plus de reprendre les positions de la Conférence internationale sur la population et le

développement sur les droits en matière de reproduction et la santé en matière de sexualité et de reproduction, a affirmé le droit humain des femmes à contrôler leur sexualité.

Développez le fait que les déclarations et programmes d'action des conférences internationales étant acceptés par consensus, ils deviennent en tant qu'accord le plus petit dénominateur commun entre les pays. Les mettre en application devrait être le minimum de ce que nous pouvons attendre de nos pays. Pourtant, très souvent la situation réelle de nos pays en termes de politique et de services est très éloignée de ces engagements. Montrez que, comme l'exposera le module 6 (Politiques), leur utilité tient à ce qu'ils résultent d'une participation d'ampleur mondiale, et que nous pouvons exploiter les engagements qui ont été pris sans se laisser piéger dans les processus.



10 mins

### Étape 2 : Définitions

Distribuez les définitions de la santé en matière de reproduction, de la santé en matière de sexualité, des droits en matière de reproduction et des droits en matière de sexualité figurant dans le document « Définitions ». Vous noterez que le document de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes n'utilise pas la terminologie des droits en matière de sexualité, mais que les personnes qui travaillent dans ce domaine désignent ce paragraphe comme le « paragraphe sur les droits en matière de sexualité » car il parle de l'application des droits de l'homme dans le domaine de la sexualité (paragraphe 7.2 et 7.3 du document sur la Conférence internationale sur la population et le développement, et paragraphe 96 du document de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes).

Lisez les paragraphes à voix haute ou demandez à des volontaires de lire chaque paragraphe.



10 mins

### Étape 3 : Les obstacles dans divers pays

Demandez à chaque participant-e de lire les paragraphes individuellement et de faire la liste des obstacles et des facteurs qui, dans son pays, empêchent la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction.



25 mins

### Étape 4 : Les obstacles communs à tous les pays

Répartissez les participant-e-s en sous-groupes. Demandez-leur de mettre leurs listes en commun de façon à trouver ensemble un accord sur les principaux obstacles, et de les noter.



## Activité 2 : Structure du cours



### Etape 1 : Regroupement des obstacles

Demandez à chaque sous-groupe de présenter sa liste des principaux obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Expliquez que cette présentation doit être brève et ne doit pas demander trop de débats : pour le premier jour du cours, il s'agit de donner une orientation générale aux thématiques plutôt que de mener une discussion approfondie. Pendant que chaque groupe présente sa liste, notez chaque question sur l'une des six grandes feuilles accrochées au mur, en fonction du module qui va traiter de cette question parmi les six que compte le cours. Vous pouvez noter la question sur plusieurs feuilles si elle est traitée dans plusieurs modules. Lorsque tous les sous-groupes auront fait leur rapport, les questions seront organisées par sujet de module. (Mais à ce stade vous n'aurez pas encore attribué de nom aux modules des tableaux.)



### Etape 2 : Les modules

Expliquez aux participant-e-s que le cours a pour but de les aider à trouver comment contribuer à la promotion des droits en matière de sexualité et de reproduction et/ou améliorer les services de santé en matière de sexualité et de reproduction précisément en luttant contre les obstacles qu'ils-elles ont identifiés.

Allez vers la première grande feuille. Cette liste sera celle des obstacles à la mise en application des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction qui sont liés aux rapports de genre, par exemple le statut défavorisé des femmes, ses effets sur leur possibilité de faire des choix relatifs à la maternité, et le fait que la planification familiale soit orientée vers les femmes seulement. Expliquez que ces questions seront étudiées dans le premier module, qui porte sur le genre. Le module Genre établit les liens entre les inégalités entre les sexes et les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction, et apporte les outils pour l'analyse du degré d'intégration de la perspective de genre dans les politiques et les programmes de santé.

Passez à la liste suivante, qui comportera les questions liées aux déterminants sociaux de la santé et de la maladie, entre autres la pauvreté, les programmes d'ajustement structurel, le manque d'infrastructures de base comme des moyens de transport vers les services de santé, etc. Expliquez que toutes ces questions sont liées aux déterminants sociaux (ou demandez au groupe de qualifier cette liste), et poursuivez en expliquant le but du module sur les Déterminants sociaux.

En suivant le même modèle, passez en revue chaque liste de questions, jusqu'à ce que vous ayez parlé de tous les modules. Montrez que cette activité fait ressortir beaucoup d'informations, et qu'en fait les participant-e-s connaissaient la plupart des informations dont ils-elles avaient besoin.



### **Etape 3 : Contenu et méthodologies**

Projetez une **diapositive** présentant les objectifs et les principaux points du cours. (Pour plus de détails, voir l'introduction « Que propose ce programme de formation ? »)

Après avoir présenté le contenu du cours, discutez des méthodologies. (Pour plus de détails, voir Annexe 3 : « Quelques idées pour animer les séances participatives ».)

## **Points principaux pour conclure la session**

---

### **Les questions sont liées**

Bien des questions identifiées par les participant-e-s auraient pu trouver leur place dans différents modules, parce que les obstacles à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction sont liés les uns aux autres.

### **Les modules sont en interconnexion**

Le cours se découpe en six modules qui sont interconnectés, chacun s'appuyant sur ce qui a été vu dans les précédents.

### **Les outils conceptuels et leur utilisation**

Le cours ne se découpe pas en fonction des sujets relatifs à la santé en matière de reproduction (par exemple, la santé maternelle ou les infections du système reproducteur) mais en modules fondamentaux et modules de mise en application. Les modules fondamentaux apportent les outils conceptuels. Les modules de mise en application construisent la capacité à utiliser ces outils pour transformer la façon de définir les politiques, de planifier et de mettre en œuvre les services de santé, pour arriver à la réalisation des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Presque toutes les études de cas et les exemples utilisés dans les modules sont des questions de santé en matière de sexualité et de reproduction.

### **Application du cours dans différentes situations de travail**

Le cours a pour but d'aider les participant-e-s dans leur cadre de travail. Pour les responsables de services de santé, cela peut vouloir dire que le cours va leur permettre de prendre des mesures pour promouvoir les droits en matière de sexualité et de reproduction, ou pour améliorer la qualité des services de santé dont ils ont la responsabilité. Pour les participant-e-s venant de la communauté des donateurs, le cours va permettre de vérifier que le financement des programmes défend les droits en matière de sexualité et de reproduction et appuie le développement de services de santé en matière de reproduction de

haute qualité dans le cadre des services de soins de santé primaire. Les personnes engagées dans la défense des droits d'autrui vont acquérir les outils leur permettant d'identifier les obstacles aux changements dans les politiques et de définir les meilleures stratégies possibles pour la défense de certaines politiques.

### Compétences en communication et en planification

Le but du cours est également de donner aux participant-e-s la confiance et les compétences pour communiquer sur les questions de droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction. Ils-elles pourront ainsi présenter des arguments cohérents sur ces questions et planifier des projets qu'ils-elles seront capables d'appliquer dans le cadre de leur travail.

Session développée par Barbara Klugman



Document

1

## Définitions

### Droits en matière de reproduction

« [...] les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable. Nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de reproduction pour des raisons diverses : connaissance insuffisante de la sexualité; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation; prévalence de comportements sexuels à hauts risques; pratiques sociales discriminatoires; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents sont privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de reproduction qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate. »

Paragraphe 7.3 de : Fonds des Nations Unies pour la Population. 1996. *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York : Nations Unies (A/CONF.171/13), repris dans le paragraphe 96 de Nations Unies.

1996. *Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Beijing, 4–15 septembre 1995. New York : Nations unies (A/CONF.177/20/Rev.1).

### **Droits en matière de sexualité**

**« Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences. »**

Paragraphe 96 de : Nations Unies. 1996. *Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Beijing, 4–15 septembre 1995. New York : Nations Unies (A/CONF.177/20/Rev.1).

### **Santé en matière de reproduction**

**« Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles. »**

Paragraphe 7.2 de : Fonds des Nations Unies pour la Population. 1996. *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*. Le Caire, 5–13 septembre 1994. New York : Nations Unies (A/CONF.171/13), repris dans le paragraphe 94 de : Nations Unies. 1996. *Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*. Beijing, 4–15 septembre 1995. New York : Nations Unies (A/CONF.177/20/Rev.1).

## La santé de la reproduction dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)

---

### OMD 3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes

**Cible :** Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005, si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015, au plus tard.

- L'inégalité des sexes ralentit le développement. L'égalité des droits politiques, économiques, sociaux et culturels est nécessaire pour réduire la pauvreté.
- Il est indispensable de mettre les femmes à même de décider librement du nombre de leurs enfants et du moment de leur naissance pour les habiliter et augmenter leurs chances de trouver un emploi, d'être éduquées et de participer à la vie sociale.
- Les hommes jouent un rôle charnière s'agissant d'instaurer l'égalité des sexes, de réduire la pauvreté et d'atteindre les objectifs de développement, notamment l'amélioration de la santé maternelle et infantile, et la réduction de la violence sexiste et de la transmission du VIH.
- La violence contre les femmes et les filles entraîne des coûts économiques et sociaux élevés – pour les individus, les familles et les budgets nationaux.
- Éliminer les mariages d'enfants, mettre les adolescentes en mesure de différer la première grossesse, en finir avec la discrimination contre les filles enceintes et fournir un soutien aux jeunes mères, ce sont autant de mesures qui aident à garantir que les filles complètent leur éducation. Cela peut aider à rompre le cercle de la pauvreté qui se transmet d'une génération à l'autre.
- L'éducation secondaire des filles comporte des bénéfices considérables sur les plans de la réduction de la pauvreté, de l'égalité des sexes, de la participation à la main-d'œuvre et de la santé en matière de procréation, notamment la prévention du VIH, la santé maternelle et infantile et le niveau éducatif d'ensemble.

### OMD 4 : Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

**Cible :** Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

- La santé en matière de procréation peut améliorer les chances de survie et la santé des nourrissons. L'espacement des naissances et les soins de santé maternelle peuvent aider à prévenir les décès de



nourrissons. La planification familiale prévient les grossesses non recherchées. Les enfants non désirés sont davantage exposés à la maladie et à un décès prématuré.

- En soumettant les femmes enceintes à des tests de dépistages du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, il est possible de prévenir les maladies, infirmités et décès des nourrissons.
- En mettant les adolescentes en mesure de différer la première grossesse, on peut prévenir de nombreux décès de nouveau-nés. Les taux de mortalité des bébés d'adolescentes sont plus élevés que ceux des bébés de femmes plus âgées.

### **OMD 5 : Améliorer la santé maternelle**

**Cible** : Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle.

- Les éléments clés de la santé en matière de procréation – planification familiale, présence d'accoucheuses qualifiées et soins obstétricaux d'urgence – sauvent des vies.
- La planification familiale peut réduire la mortalité maternelle de 20 à 35 %.
- L'amélioration de la qualité des soins et l'accès aux services de santé maternelle (prénataux, durant l'accouchement, postpartum) améliorent la santé des femmes et leur qualité de vie, ainsi que celles de leurs familles.

### **OMD 6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies**

**Cibles** : 1). D'ici à 2015, avoir stoppé la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle.

2). D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies, et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

- Les soins de santé en matière de procréation englobent la prévention et la gestion des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida.
- La discrimination sexuelle alimente l'épidémie du VIH/sida, exposant les adolescentes et femmes de nombreux pays à un risque, même dans le mariage. Les programmes de santé en matière de procréation délivrent des conseils aux individus et aux couples concernant la prévention, préviennent la transmission mère-enfant, et les grossesses non désirées de femmes séropositives, et leur offrent diverses options si elles souhaitent avoir des enfants.

**Sources :**

1. Site internet des Nations Unies sur *Les Objectifs du Millénaire pour le développement*. [<http://www.un.org/french/millenniumgoals/index.shtml>]
2. Fonds Des Nations Unies Pour La Population. 2005. *Etat de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité. Egalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : UNFPA, pp. 6-7. [[http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr_swp05.pdf)]
3. OMS. 2005. *La santé et les objectifs du Millénaire pour le développement*. Genève : OMS, p. 11. [[http://www.who.int/mdg/publications/Report\\_du\\_omd.pdf](http://www.who.int/mdg/publications/Report_du_omd.pdf)]

# Module 1 : Genre





**MODULE**  
**1****Présentation du module****Ce que les participant-e-s vont retirer du module Genre****Les participant-e-s vont :**

- Se familiariser avec les différences conceptuelles qui existent entre « sexe » et « genre », et développer une compréhension commune de la façon dont le genre se construit, se maintient et se renforce
- Prendre conscience des points communs et des différences qui existent dans la construction du genre dans des contextes sociaux et culturels variés
- Apprendre les concepts utiles à l'analyse de genre
- Comprendre plus précisément la construction sociale de la masculinité, et en quoi cette construction entretient les inégalités fondées sur le genre ; comprendre que la promotion de l'égalité des sexes peut profiter tant aux femmes qu'aux hommes
- Utiliser les données chiffrées pour voir que les normes et valeurs relatives aux rôles dévolus aux femmes et aux hommes sont liées à des inégalités entre les sexes dans la charge de travail et l'accès inégal aux ressources et au pouvoir
- Apprendre à utiliser les outils de l'analyse de genre pour étudier des conditions de santé spécifiques et comprendre l'impact du genre sur la santé.

**Base conceptuelle du module****Le genre comme construction sociale**

En s'inspirant des expériences personnelles des participant-e-s, ce module présente le concept de genre, qui permet de parler de la construction culturelle et sociale des différences entre les sexes. Le module explore la façon dont le genre comme construction attribue des rôles et des responsabilités différents aux femmes et aux hommes, et leur donne un accès inégal aux ressources et au pouvoir. Vous allez présenter des concepts qui vont permettre aux participant-e-s de comprendre les mécanismes qui créent et entretiennent les différences de genre et vous allez utiliser ces concepts dans un outil qui permet d'analyser l'impact du genre sur la santé. Le module Genre pose les bases qui permettront de mieux comprendre les thèmes des trois modules de mise en application: la manière dont les questions de genre influencent l'information sur la santé; les données utilisées pour les prises de décision dans le secteur

de la santé ; les politiques de santé ; la planification et la réalisation des programmes de santé.

**La Session 1 permet aux participant-e-s de mieux comprendre comment le genre est construit, se maintient et se renforce.** Il explicite également certains termes comme ceux d'égalité des sexes, d'équité entre les sexes et de discrimination fondée sur le sexe. En s'inspirant des expériences personnelles des participant-e-s, la session va d'abord montrer qu'ils-elles ont été socialisés pour remplir certains rôles dévolus aux femmes et aux hommes. Vous allez ainsi leur faire découvrir que les rôles dévolus aux femmes et aux hommes qu'ils jouent à l'âge adulte résultent des messages qu'ils ont appris et intériorisés depuis leur enfance. Ils-elles vont ensuite commencer à cerner le rôle de la famille, de l'école, des institutions religieuses, du travail, des médias et des autres institutions sociales dans la construction de ce que font les hommes et les femmes dans la société. En revenant sur leurs propres expériences, ils-elles commenceront à comprendre que la construction sociale du genre peut également être déterminée entre autres par la race, la classe, la caste, l'âge ou le statut matrimonial.

(Nous vous suggérons de programmer la première session du module Genre le premier jour du cours, à la suite du module d'ouverture. Les autres sessions sur le genre vont durer une journée entière.)

**La session 2 traite de la construction sociale des féminités et masculinités.** En s'appuyant sur des lectures personnelles, la session s'ouvre avec un exercice qui va permettre aux participant-e-s de se placer dans le rôle et le ressenti de l'autre sexe. Après l'exercice, un débat sera ouvert sur les différentes constructions de la féminité et la masculinité.

Facultatif : Vous allez ensuite proposer aux participant-e-s un exercice qui va leur permettre de voir ce que serait un monde d'égalité entre hommes et femmes, puis de réfléchir aux obstacles qui empêchent les garçons et les hommes (les filles et les femmes) de changer les normes du comportement masculin. La fin de la session permettra de voir comment la promotion de l'équité entre les sexes peut profiter aux femmes comme aux hommes.

**Au cours de la session 3, les participant-e-s apprennent certains concepts de base de l'analyse de genre. Cette session montre également que la division sexuelle du travail est loin d'être un simple partage des responsabilités et est à la base de la dévalorisation des femmes et de leur statut de subordonnées dans la société.** Cette session présente des concepts relatifs au système de genre tels que : la division sexuelle du travail ; les rôles et normes de genre ; l'accès aux ressources et leur contrôle ; l'accès aux décisions et au pouvoir.

Vous allez alors soumettre aux participant-e-s des données régionales et internationales (et/ou nationales) montrant que les différences de genre se traduisent en inégalités entre les sexes dans la distribution des ressources et du pouvoir. Les participant-e-s vont appliquer les concepts appris lors des sessions précédentes pour interpréter ces données.

**La session 4 permet de faire le lien entre les questions de genre et la santé.** Au cours de cette session, vous présentez un outil pour l'analyse de genre dans la santé. Puis, à partir d'études de cas portant sur des questions de santé concernant aussi bien les femmes que les hommes, les participant-e-s vont utiliser l'outil de l'analyse comparative entre les sexes pour mettre au jour les différences qui existent entre hommes et femmes en ce qui concerne les états de santé, les comportements de recherche de santé et les résultats de santé du fait des différences biologiques mais aussi des différences de genre.

**La session 5 conclut ce module.** Elle permet aux participant-e-s d'avoir une vue d'ensemble des outils et des concepts présentés.

## Organisation du module

		Objectifs Les participants vont :	Type d'activité	Durée : env. 8 heures
Session d'introduction	Introduction au module Genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître la structure, les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Présentation	15 minutes
SESSION <b>1</b>	La construction sociale du genre : notions de masculinité et de féminité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Découvrir les définitions de « sexe » et de « genre »</li> <li>Développer une compréhension commune de la construction, de la persistance et du renforcement du genre ; comprendre la signification des termes équité entre les sexes, égalité des sexes et discrimination fondée sur le sexe</li> <li>Prendre conscience des points communs et des différences qui existent dans la construction du genre dans des contextes sociaux et culturels différents</li> </ul>	Travail individuel	15 minutes
			Travail par deux	15 minutes
			Discussion de l'ensemble du groupe	1 heure
SESSION <b>2</b>	Les féminités et les masculinités	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre plus précisément la construction sociale des féminités et des masculinités et leur rôle dans le maintien des inégalités entre les sexes</li> <li>Identifier les moyens par lesquels la promotion de l'équité entre les sexes peut profiter aux hommes comme aux femmes</li> </ul>	Chaque participant-e travaille en groupe de deux sur les rôles et les apparences liés à la masculinité et la féminité	20 minutes
			Discussion sur la construction des masculinités et féminités (à partir des présentations et des lectures) et sur les redéfinitions qui seront indispensables dans le monde d'égalité des sexes que décrivent les affiches	1 heure 10 minutes
SESSION <b>3</b>	Concepts pour l'analyse du genre et données sur les inégalités entre les sexes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprendre les concepts d'analyse du genre</li> <li>Utiliser des données pour voir que les normes et les valeurs en matière de rôles dévolus aux femmes et aux hommes sont liées aux inégalités entre les sexes dans la répartition des charges et dans l'accès et le contrôle des ressources et du pouvoir</li> </ul>	Lectures individuelles et discussion de l'ensemble du groupe	45 minutes
			Activités en sous-groupes sur la base des données sur l'évolution dans le temps de l'éducation, de l'activité économique et du pouvoir politique dans les pays francophones de la sous-région (tous les pays où les données sont disponibles)	55 minutes
			Discussion de l'ensemble du groupe	1 heure 15 minutes



SESSION <b>4</b>	Lien entre genre et santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprendre à appliquer les outils d'analyse du genre aux problèmes spécifiques de santé, et pour comprendre l'influence différentielle du genre sur la santé des femmes et des hommes</li> </ul>	Présentation d'un outil d'analyse comparative des sexes	45 minutes
			Distribution des bulletins d'information Genre et santé de l'OMS, et application par les participant-e-s, répartis en sous-groupes, de l'outil d'analyse comparative des sexes aux informations données dans ces bulletins. L'un de ces bulletins portera sur les victimes d'accidents de la circulation, qui met en cause la prise de risque par les hommes. Discussion de l'ensemble du groupe pour comprendre les liens qui existent entre le genre et la santé	2 heures 15 minutes
SESSION <b>5</b>	Synthèse du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une vision globale des outils et concepts présentés dans le module et des liens qui existent entre eux</li> </ul>	Présentation	10 minutes

## Introduction au module Genre

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Vous allez présenter la structure, le contenu et les objectifs du module aux participant-e-s.

**[durée] 15 minutes**

### Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.



Présenter le module à l'aide des **diapositives** portant sur :

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Genre »
- « Structure du module Genre »
- « Organisation du module ».

## La construction sociale du genre

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

#### Les participant-e-s vont :

- Découvrir les définitions de « sexe » et de « genre »
- Comprendre la construction, la persistance et le renforcement des différences de genre; et comprendre la signification des termes équité entre les sexes, égalité des sexes et discrimination fondée sur le sexe
- Prendre conscience des points communs et des différences qui existent dans la construction du genre dans des contextes sociaux et culturels différents.



[durée] 15 minutes

### Matériel

- Feutres
- Au moins 3 tableaux à feuilles blanches divisés en 5 colonnes intitulées :

Age	Personnes impliqués	Lieu	Motif de l'événement	Sentiments provoqués par l'événement
-----	---------------------	------	----------------------	--------------------------------------

- Diapositive ou tableau papier « Sexe et genre », p. 47
- Diapositive ou tableau papier « Égalité entre les sexes, équité entre les sexes et discrimination fondée sur le sexe », p. 48.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Oakley A. 1982. Sex, gender and society. Bath: Pitman Press (reprint).
2. United Nations Division for the Advancement of Women/Office of the High Commissioner for Human Rights/United Nations Development Fund For Women. 2000. Background paper prepared for the DAW/OHCHR/UNIFEM Expert Group Meeting on Gender and Racial Discrimination (Zagreb, 21-24 November 2000). New York : Nations Unies.
3. United Nations Division for the Advancement of Women/Office of the High Commissioner for Human Rights/United Nations Development Fund for Women. Report of the Expert Group Meeting on Gender and Racial Discrimination, Zagreb, Croatia. [<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/genrac/report.htm>]

4. Jami I. 2003. « Sexe et genre : les débats des féministes dans les pays anglo-saxons (1970-1990) ». *Cahiers du Genre* 34 (Ilana Löwy et Hélène Rouch [coord.], La distinction entre sexe et genre. Une histoire entre biologie et culture) : 127-147. [résumé disponible sur internet : [http://cahiers\\_du\\_genre.iresco.fr/numero34.htm#jamiR](http://cahiers_du_genre.iresco.fr/numero34.htm#jamiR)]

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. Pour la première activité, chaque participant-e raconte par écrit la première expérience qui lui a fait réaliser qu'il-elle est différent-e des personnes du sexe opposé. Les participant-e-s livrent alors leurs expériences en groupes de deux. La seconde activité consiste en une discussion avec l'ensemble du groupe et en une présentation de l'animateur-trice.



### Activité 1 : Retour à l'enfance



#### Etape 1 : Travail personnel

Demandez aux participant-e-s de reculer dans le temps autant que possible et de raconter par écrit la première expérience qui leur a fait réaliser qu'ils-elles étaient différent-e-s des personnes du sexe opposé, et/ou qu'on attendait d'eux une attitude différente et qu'on ne les traitait pas de la même façon que les personnes du sexe opposé.

En un ou deux paragraphes, ils-elles doivent essayer de retrouver :

- Leur âge à cette époque
- Les personnes impliquées
- Le lieu de l'incident
- Le sujet de l'incident
- Les sentiments qu'il a suscités chez eux-elles
- L'incidence d'autres aspects de leur identité (race, identité religieuse, nationalité, appartenance ethnique, caste) dans cet incident.



#### Etape 2 : Echange d'expériences par deux

Les participant-e-s échangent leurs expériences en groupes de deux.



### Activité 2 : Exploration des concepts de sexe, de genre et de socialisation



#### Etape 1 : Récits devant le groupe

Utilisez le tableau que vous avez préparé. Demandez aux membres de chaque groupe de raconter l'histoire de l'autre membre de son groupe devant l'ensemble des participant-e-s. Notez-en les détails essentiels dans chaque colonne spécifique.



**Etape 2 :**  
**Votre présentation :**  
**présentation des**  
**concepts de sexe et**  
**de genre**

Il se peut que tous les groupes n'aient pas le temps de prendre la parole. Demandez des exemples impliquant des acteurs et des lieux différents. Par exemple, si le premier groupe a raconté un événement qui a eu lieu à la maison et a impliqué des membres de la famille, demandez des volontaires qui ont à raconter un événement se passant à l'école, etc.

Lorsque les participant-e-s racontent des histoires sur les différences physiques/biologiques, par exemple lorsqu'ils/elles parlent des différences entre organes génitaux ou des menstruations, invitez-les à donner aussi d'autres exemples ne portant pas sur les caractéristiques physiques mais plutôt sur les comportements qu'on attendait d'eux.

C'est le bon moment pour présenter les définitions de « sexe » et de « genre ». Attirez l'attention des participant-e-s sur le fait que les différences entre les garçons et les filles ne sont pas seulement dues à l'anatomie et à la physiologie. Les garçons et les filles sont également éduqués pour s'habiller différemment, se comporter différemment, assumer des tâches différentes, etc.

Utilisez un tableau que vous avez déjà préparé sur papier, ou pour le **rétroprojecteur**, ou en PowerPoint et qui présente plusieurs définitions de « sexe » et de « genre ».



## Sexe et genre

### Définition 1

Le « **sexe** » est la différence biologique entre les hommes et les femmes.

Le « **genre** » désigne les perspectives et les attributs économiques, sociaux et culturels liés au fait d'être un homme ou une femme dans un cadre social et à un moment particuliers.

*Transforming health systems: gender and rights in reproductive health.* Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2001.

### Définition 2

Le mot « sexe » se réfère davantage aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient les hommes et les femmes.

Le mot « genre » sert à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et pour les femmes.

(page web de l'OMS : [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/en/index.html))

Après ces définitions, présentez les termes d'égalité des sexes, d'équité entre les sexes et de discrimination fondée sur le sexe sur d'autres tableaux papier ou au rétroprojecteur. Cela permettra aux participant-e-s de développer un vocabulaire commun pour décrire les divers éléments des différences liées au genre.



### Egalité entre les sexes, équité entre les sexes et discrimination fondée sur le sexe

- **L'égalité des sexes** signifie que les femmes et les hommes jouissent d'un traitement égal au regard de la loi et des politiques, et ont un accès égal aux ressources et aux services au sein de la famille, de leur communauté et de la société dans son ensemble.
- **L'équité entre les sexes** désigne une répartition juste et équitable des bénéfices et des responsabilités entre les femmes et les hommes. Elle passe souvent par la mise en œuvre de politiques et de programmes ciblés sur les femmes pour abolir les inégalités existantes.
- **La discrimination fondée sur le sexe** désigne toute distinction, exclusion ou restriction se basant sur les rôles et les normes de genre socialement construits et qui empêchent une personne de pleinement jouir de ses droits humains.



### Etape 3 : Discussion de groupe : expériences personnelles

#### Points clés de la discussion

Passez en revue toutes les colonnes du tableau que vous avez remplies, et ouvrez la discussion.

#### L'âge

Il est souvent intéressant de noter l'âge le plus jeune car il montre que la socialisation commence très tôt. L'éventail habituel est entre 5 et 10 ans. Lors d'une recherche effectuée au Mali, il s'est avéré que les jeux d'enfants, tels jouer au papa et à la maman, sont un moment très marquant pour prendre conscience de la différenciation des rôles sociaux de genre : les interlocuteurs/trices parlaient de l'âge de 3–4 ans.

#### Les personnes impliquées

Les membres de la famille, les pairs, les professeur-e-s et certaines personnes appartenant aux institutions éducatives et religieuses sont en général les premiers individus qui initient les enfants aux codes de comportement spécifiques à leur sexe.

#### Le lieu

Il correspond souvent au type de personnes impliquées. La maison ou la famille, par exemple, dans des jeux, à l'école ou à l'église lorsque ce sont les pairs, les enseignants et les adultes en général.

#### Le sujet de l'incident

Il concerne en général :

- **La division du travail** : le type de travaux ménagers qu'on attend des filles en comparaison avec les garçons ; les filles travaillent à l'intérieur et les garçons à l'extérieur ; les filles travaillent pour les autres à la maison, par exemple en faisant la cuisine, en lavant la

vaisselle, en faisant le ménage et la lessive ; les garçons sont envoyés faire des courses ; les filles travaillent pour les garçons, par exemple en leur servant les repas, en faisant le ménage après leur passage et en faisant leur lessive ; dans certaines cultures, les garçons sont chargés d'escorter les filles dans la sphère publique.

- **Les codes vestimentaires** : dans toutes les cultures, filles et garçons sont censés s'habiller différemment dès leur naissance. Ces différences peuvent varier d'une culture et d'une société à l'autre.
- **La ségrégation physique des filles et des garçons** : dans de nombreuses cultures, notamment en Asie, la ségrégation physique commence à un âge très précoce. On dit souvent aux enfants de ne pas jouer avec des membres du sexe opposé, ou de ne pas participer à une activité qui entraîne un contact physique avec des personnes du sexe opposé.
- **Les types de jeux des filles et des garçons** : on n'encourage pas les filles à jouer à des jeux tels que le football qui demandent de beaucoup courir et impliquent des contacts physiques avec les autres joueurs ; on ne permet pas aux garçons de jouer à la poupée ou à la maman. Les garçons qui ne participent pas à des jeux physiques brutaux passent pour des « poules mouillées ».
- **Réactions émotionnelles** : à un même stimulus, on attend des réactions différentes des garçons et des filles ; pleurer est acceptable pour les filles, alors que c'est considéré comme une faiblesse chez les garçons.
- **Réactions intellectuelles** : on attend en général des filles qu'elles ne soient pas insolentes et qu'elles n'expriment pas leurs opinions, notamment dans le cadre scolaire où l'on dit souvent que le corps enseignant accorde plus d'attention aux garçons parce qu'il attend plus d'eux. Au cours d'un programme de formation, une participante japonaise a raconté qu'un jour où elle avait reçu la meilleure note de la classe, elle avait été appelée par l'enseignant qui lui avait demandé de bien vouloir céder la meilleure note au garçon qui avait en fait la deuxième note. L'enseignant lui avait expliqué que ce serait une mauvaise chose pour le garçon d'être deuxième et que les garçons ne la traiteraient pas bien si elle était meilleure qu'eux.

### Différences de classe, de caste, d'appartenance ethnique et autres différences

Explorez l'influence de la classe, de la caste, de l'appartenance ethnique et de la nationalité sur les comportements que l'on attend chez les filles et les garçons. Par exemple, la ségrégation physique des garçons et des filles n'est peut-être pas aussi stricte dans d'autres régions du monde qu'elle l'est en Asie du Sud et de l'Ouest. On peut constater des différences dans la division sexuelle des tâches selon la classe sociale : on attend en général des filles d'origine sociale pauvre qu'elles assument de nombreuses responsabilités domestiques, et des garçons qu'ils gagnent de l'argent ; alors que les filles et les garçons des ménages plus riches

reçoivent souvent des éducations protégées ne mettant pas l'accent sur leurs responsabilités.

### Les réactions des hommes et des femmes à cette activité

Cette activité peut causer un stress et faire pleurer certaines femmes du groupe qui se rappellent des expériences douloureuses. Elles peuvent par exemple ressentir de la colère parce qu'elles n'ont pas vraiment compris ce qui se passait en réalité. A cette occasion, certaines femmes ont donné des exemples montrant qu'elles avaient elles-mêmes perpétué l'oppression et les abus dont sont victimes les femmes, et ont été bouleversées de découvrir qu'elles avaient été piégées.

Dans certains groupes, les femmes expriment des sentiments négatifs en réaction à l'incident : ressentiment, colère, déception, frustration, confusion, rejet, isolement, solitude et sentiment d'infériorité.

En revanche, les hommes ont souvent exprimé des sentiments positifs : un sentiment de supériorité, le sentiment d'être un homme, d'être puissant et respecté. Mais certains disent vivre comme une charge les attentes que l'on place en eux : qu'ils soient des soutiens de famille, ou qu'ils soient forts et ne craquent jamais quelles que soient les circonstances.

Les hommes se sentent aussi parfois en danger et sur la défensive, surtout s'ils sont minoritaires dans le groupe. Le ton de l'animatrice a une grande importance. Réduire les hommes au stéréotype de problèmes ou les rendre responsables des problèmes que rencontrent les femmes est injuste et contre-productif.

### Conclusion de l'exercice

Demandez aux participant-e-s quels sont les sentiments qu'ils-elles ont éprouvés pendant l'exercice, et réagissez avec délicatesse aux émotions qui peuvent être exprimées.

La question qui ressort souvent de cette discussion est la suivante : pourquoi les femmes oppriment-elles les autres femmes ? Ou : les femmes ne sont-elles pas les principales responsables de l'oppression des autres femmes ? N'évitez pas la question mais faites des comparaisons avec les autres formes d'oppression comme le racisme, la discrimination de caste ou de classe. Expliquez que souvent, certains membres des groupes opprimés tentent d'éliminer la frustration de l'oppression et de la discrimination en renforçant les idées du groupe oppresseur.

Souvent les femmes elles-mêmes n'ont ni ressources ni pouvoir. Leur pouvoir découle de leur relation avec les hommes, ce qui place celles qui dépendent d'un même homme (par exemple une belle-mère et sa belle-fille) en situation de compétition l'une avec l'autre. Dans un contexte polygame, la question est encore plus sensible dans la mesure où se mettent en place des rapports de force entre les différentes co-épouses.



Il est à noter que les discriminations basées sur la caste, la classe sociale, la race, l'appartenance ethnique, la classe d'âge et le genre convergent souvent pour aboutir à l'oppression des femmes de divers groupes.

Expliquez que la discussion porte sur une vision mondiale, une idéologie qui considère les hommes comme dotés d'une supériorité intrinsèque sur les femmes. Cette idéologie, appelée le patriarcat, peut être entretenue et perpétuée aussi bien par les femmes que par les hommes. Vous pouvez citer l'exemple d'ouvriers qui oppriment d'autres ouvriers, et demander au groupe de trouver d'autres exemples.

**Etape 4 :** Poussez la discussion au-delà des expériences personnelles remontant à l'enfance et des incidents individuels, vers les normes, les pratiques, les structures et les modèles de distribution des ressources émanant des institutions.

Vous pouvez stimuler le débat en posant les questions suivantes :

- A quelles institutions appartenaient les personnes qui vous ont inculqué les normes de genre ou qui les ont renforcées ? Quelles sont les normes et les pratiques de ces institutions ? Qui ces normes et pratiques privilégient-elles ? Comment articulez-vous les différents types de rapports qu'elles mettent en jeu (rapports sociaux de sexe, mais aussi droit d'aïnesse, par exemple) ?
- Vous a-t-on donné des raisons pour lesquelles vous étiez censé-e vous comporter d'une façon particulière ?
- Avez-vous contesté ces raisons ? Connaissez-vous des personnes qui les ont contestées ? Si oui, que s'est-il passé ? Si non, pourquoi ?

**Points clés de la discussion** **Les institutions sociales qui inculquent et renforcent les normes de genre**

Derrière les personnes qui vous inculquent les normes de genre et les renforcent, se trouvent un certain nombre d'institutions sociales : la famille, le mariage, les institutions religieuses, les communautés, les écoles, les médias, et l'Etat. Parmi ces institutions, la famille, les médias et la religion jouent très tôt un rôle majeur dans la vie d'un individu.

Les règles et pratiques de ces institutions sont perçues comme immuables. Dans bien des cas, on n'explique pas aux filles et aux garçons les raisons pour lesquelles ils doivent se comporter d'une façon particulière. Si toutefois des raisons sont données, elles relèvent en général de la culture, de la tradition et de la religion.

Certain-e-s participant-e-s vont peut-être dire qu'ils-elles n'ont pas contesté certaines raisons parce qu'ils-elles ont accepté l'idée selon laquelle on ne conteste pas la culture, la religion et la tradition. Si c'est le cas de votre groupe, il est important de souligner que la culture est en évolution continue, qu'elle est définie par les personnes et qu'elle est constamment redéfinie. Vous donnerez des exemples pertinents ou demanderez au groupe d'en trouver.

Lorsqu'ils ont contesté certaines idées, les enfants ont été découragés, grondés et parfois punis. Plus tard dans la vie, celles et ceux qui ont l'audace d'agir différemment sont souvent étiqueté-e-s, isolé-e-s, et on leur rappelle constamment qu'ils-elles sont différent-e-s.

### Le raisonnement circulaire source des stéréotypes de genre

Montrez également que les stéréotypes sur les rôles dévolus aux femmes et aux hommes reposent sur un raisonnement circulaire. On apprend constamment aux garçons et aux filles qu'ils-elles doivent faire ou ne pas faire certaines choses, qu'ils-elles ne doivent pas se comporter de certaines façons, et ensuite on affirme que « Les hommes ne savent pas bien tenir un foyer ou s'occuper des bébés » ou que « Les femmes ne savent pas gérer les crises ». Il semble absurde qu'après avoir prescrit aux filles/femmes et aux garçons/hommes des rôles différents, la société perçoive les femmes comme ayant moins de valeur que les hommes.

### La difficulté de contester les pratiques et les normes de genre d'une société

La menace d'une agression ou même d'une violence socialement excusées plane sur celles et ceux qui osent contester les normes et codes de comportement qui ont été acceptés – par exemple les femmes qui sortent seules le soir, ou les homosexuel-le-s. Dans certaines cultures, les femmes ne reçoivent aucun soutien de leur famille pour les aider à échapper à la violence qu'elles subissent parfois au domicile conjugal. Montrez que cette violence ou cette agressivité est parfois aussi amplifiée ou influencée par la race, l'appartenance ethnique, le statut national, etc., en conséquence de quoi, si les femmes en général sont opprimées par les rôles dévolus aux femmes et aux hommes, chaque femme en particulier va avoir une capacité propre à chercher des solutions.

Il est plus facile pour les femmes et les hommes de se conformer aux rôles dévolus aux femmes et aux hommes prescrits par la société que d'assumer les conséquences du non-conformisme. Les répercussions sont soit trop lourdes soit elles semblent ne pas valoir le coût social qu'elles entraînent.

### Les lois et les politiques nationales peuvent formaliser les normes de genre

Les normes de genre ont souvent été formalisées par le droit et par les politiques. Par exemple, le droit successoral favorise souvent les hommes et, dans de nombreux pays, les lois sur le mariage et le divorce traitent les femmes comme des subordonnées des hommes. La plupart des pays n'ont pas de loi relative à la violence domestique ou n'appliquent pas les lois existantes, et le viol entre époux est rarement considéré comme crime. Invitez les participant-e-s à donner des exemples de leur pays. Notez qu'il y a une différence importante entre des politiques qui pourraient abolir les inégalités basées sur le genre mais qui ne sont pas

mises en application et l'absence effective de lois proposant des solutions ou encore l'existence de lois qui contribuent à perpétuer les inégalités de sexes.

## Points principaux pour conclure la session

---

### Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes sont acquis

Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes ne sont pas des rôles naturels : les garçons et les filles reçoivent systématiquement une éducation qui leur apprend à être différents les uns des autres. La socialisation orientée vers les rôles dévolus aux femmes et aux hommes commence précocement, et elle nous apprend à être différents par :

- L'apparence et la tenue vestimentaire
- Les activités et les loisirs
- Le comportement
- Les émotions que nous montrons
- Les responsabilités
- Les ambitions intellectuelles.

Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes sont appris et peuvent donc être désappris. Ils ne sont pas immuables.

### Le rôle de la famille, des autres institutions sociales et des femmes elles-mêmes

Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes sont transmis et renforcés par diverses institutions sociales: la famille, le mariage, l'école, les institutions religieuses, le milieu professionnel, la société représentée par des pairs et des voisins, entre autres. Le rôle des femmes dans une socialisation des filles et des garçons conforme aux rôles de sexe est aussi important que celui des hommes.

### La société valorise en général moins les femmes que les hommes

La société prescrit des rôles spécifiques aux filles et aux garçons, aux femmes et aux hommes, mais ne les valorise pas de la même façon. Dans presque toutes les sociétés, les filles et les femmes sont moins valorisées que les garçons et les hommes. Cette valeur inégale est la source de la discrimination et de l'oppression des femmes, et est responsable du statut d'inférieures qui est donné aux femmes dans la société.

### Il est difficile de faire évoluer la famille

La famille est l'une des institutions sociales les plus importantes dans le maintien et le renforcement des inégalités liées au genre. Mais le fait qu'elle appartienne à la sphère privée (par opposition aux institutions de

la sphère publique comme le travail, l'école et les institutions étatiques) a contribué à garder ce qui se passe dans la famille à l'abri des forces de changement et des pressions politiques allant vers l'égalité des sexes.

Le respect des rôles dévolus aux femmes et aux hommes est garanti par toute une variété de comportements de contrôle, qui vont de la simple approbation/désapprobation à un ostracisme social et à une agressivité voire à une violence acceptées socialement (comme, dans certaines sociétés, les crimes d'honneur contre les femmes qui se marient contre la volonté de leur famille). La non-ingérence d'autrui dans les affaires du ménage, en donnant un pouvoir absolu à l'homme chef de ménage, est l'un des outils les plus puissants du maintien des inégalités entre les sexes.

### **L'inégalité liée au genre est souvent inscrite dans les lois et les politiques**

L'inégalité liée au genre est systématiquement légitimée et institutionnalisée par les lois et les politiques menées. La contestation et l'émancipation des rôles dévolus aux femmes et aux hommes deviennent alors extrêmement difficiles.

### **Les hommes aussi sont contraints par la construction de la masculinité**

Les différences basées sur le genre désavantagent les femmes beaucoup plus que les hommes, mais les hommes sont aussi contraints par la construction de la masculinité. Il se peut donc que certains hommes soient eux aussi touchés par la redéfinition des rôles et des rapports de genre.

### **La lutte contre l'inégalité des sexes est une remise en cause idéologique**

La question de l'inégalité des sexes est beaucoup plus complexe qu'une opposition entre les hommes et les femmes ou qu'une lutte des femmes contre les hommes. Elle constitue la remise en question d'une idéologie (laquelle est perpétuée par les femmes comme par les hommes) qui donne aux hommes une valeur supérieure à celle des femmes et les investit d'un plus grand pouvoir. Elle constitue une remise en cause des institutions qui entretiennent ces valeurs.

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- Comprendre plus précisément les différentes constructions sociales de la masculinité et de la féminité
- Pouvoir identifier le rôle de ces constructions dans le maintien des inégalités entre les sexes
- Citer quelques moyens par lesquels la promotion de l'équité entre les sexes peut profiter aux hommes comme aux femmes.

[durée] 1 heure et 40 minutes

### Matériel

- Document 1: "A propos des hommes" : la masculine en crise - la mort du phallus
- Document 2: Le rôle des hommes dans l'établissement d'une justice entre les sexes
- Grandes feuilles de papier et crayons
- Cartes.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Abbott F (ed.). 1998. *Boyhood, Growing up Male: A Multicultural Anthology*. Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
2. ID21. 2000. Do men matter ? *New horizons in gender and development* (Special issue). *Insights* 35. [<http://www.id21.org/insights/insights35/index.html>]
3. Reproductive Health Matters. 1996. Men (Special issue). *Reproductive Health Matters* 4(7). [<http://www.rhmjournal.org.uk/07abs.html>]
4. Abega SC, Ngoundoung AJ. 1997. « Images du corps et manipulations sexuelles chez les Tikar du Mbam (Cameroun) ». *L'Homme* 144 : 31-49.
5. Biaya TK. 2001. « Les plaisirs de la ville: masculinité, sexualité et féminité à Dakar (1997-2000) ». *African studies review* 44(2) : 71-85.

6. Cohen SI, Burger M. 2001. « L'équation de la masculinité » (chapitre 1), dans : *Faire des hommes des partenaires: nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction*. New York, FNUAP (Document technique No 3). [[http://www.unfpa.org/upload/lib\\_pub\\_file/171\\_filename\\_partnering\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/171_filename_partnering_fre.pdf)]
7. Network. 1998. Les hommes et la santé de la reproduction. *Network en français*.18(3). [[http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v18\\_3/index.htm](http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v18_3/index.htm)]
8. The Alan Guttmacher Institute. 2003. Sexualité, mariage et paternité : profil de l'homme d'Afrique subsaharienne [présentation d'extraits d'un rapport intitulé *In Their Own Right : Addressing the Sexual and Reproductive Health Needs of Men Worldwide*]. [[http://www.guttmacher.org/pubs/summaries/SSA\\_summ\\_fr.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/summaries/SSA_summ_fr.pdf)]

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première activité consiste en un exercice en groupe de deux où les participant-e-s se placent dans le rôle de l'autre sexe. La deuxième activité consiste en une discussion sur les différentes typologies de masculinité et féminité, où les participants vont également discuter des lectures qui leur ont été données la veille. Ils vont aussi réfléchir aux changements nécessaires au niveau de la famille et de la communauté pour avoir des rôles plus équitables entre les sexes.



### Activité 1 : Exercice

Cet exercice est à faire en sous-groupes de deux ou trois. Les participant-e-s vont traiter la question suivante:

« Imaginez-vous que vous vous réveillez demain dans l'autre sexe : qu'est qui changerait alors et qu'est-ce qui ne changerait pas ? »

Les participant-e-s doivent noter leurs réponses sur des cartes.

On va également demander à chaque participant-e, individuellement, de lire des extraits de deux articles sur la masculinité (documents 1 et 2).



### Activité 2 : Discussion de l'ensemble du groupe



**Etape 1 :** Demander à chaque groupe de présenter leurs cartes et de les afficher au mur.



**Etape 2 :** L'animateur-trice ouvre un débat à partir des présentations, mais aussi des lectures personnelles. Le débat se centre sur trois questions principales:

- Quelles sont les caractéristiques de la masculinité et de la féminité décrites dans les présentations et les articles ? Qu'en est-il dans les cadres sociaux des participant-e-s ?
- Quelles sont pour les hommes les conséquences – négatives et positives – de l'actuelle construction sociale de la masculinité ? Qu'en est-il pour les femmes ?
- Quels sont les moyens (s'il en existe) par lesquels les hommes ont été impliqués (ou peuvent l'être) pour essayer de faire changer les comportements masculins qui ont des conséquences négatives pour les femmes et pour les hommes ? Comment les femmes peuvent-elles participer à cette tentative ?

L'animateur-trice note les réponses sur un tableau. Elle-il va noter que les notions de « masculinité » et de « féminité » changent selon le contexte, l'âge, etc. Ce ne sont pas des constructions figées, mais évolutives avec le temps. L'animateur-trice note donc qu'il y a différentes constructions de masculinités et de féminités. Il-elle peut se référer aux cartes affichées au mur.

Pendant la discussion, d'autres points vont se dégager et tourner autour des privilèges dont jouissent les hommes en termes de pouvoir et de contrôle, et du prix qu'ils paient pour ces privilèges ; des attitudes qui déterminent les comportements sexuels des hommes ; des forces à l'origine de l'agressivité et de la violence des hommes contre les femmes ; des conceptions des participant-e-s sur l'organisation à adopter pour définir de nouvelles masculinités et féminités dans le cadre du combat pour une société égalitaire du point de vue du genre.



**Etape 3 :** Orientez la discussion vers ce qui doit changer dans les normes et les valeurs relatives à la masculinité et à la féminité, dans la distribution du pouvoir et des ressources, dans les politiques et les législations, pour que le monde d'égalité entre les femmes et les hommes qui est décrit sur les affiches devienne réel.

Vous pouvez distribuer aux participant-e-s trois cartes, et leur demander d'y écrire un élément à changer à chaque niveau: la famille, la communauté, le travail, soit dans les normes et les valeurs, soit dans la distribution du pouvoir et des ressources, soit dans les politiques et les législations, pour que puisse exister un monde d'égalité entre les hommes et les femmes.

Les cartes sur lesquelles les sous-groupes ont noté les changements nécessaires peuvent alors être disposées sur un panneau d'affichage et discutées. Par exemple, pour que les hommes assument une plus grande part des tâches domestiques, les règlements du travail devraient évoluer. Il ne devrait plus y avoir d'heures supplémentaires et de soirées de travail, des crèches pourraient être nécessaires même là où ne travaillent que des hommes, etc. Pour qu'hommes et femmes puissent profiter du même

degré de sécurité pour sortir seuls le soir, il va falloir que la communauté devienne plus sûre, non seulement en terme de criminalité mais aussi par l'absence de harcèlement sexuel, de menace par la violence et d'agression contre les femmes sous prétexte que les femmes « bien » ne sont pas censées sortir sans escorte le soir. Ainsi les normes relatives au comportement des femmes doivent changer. On pourrait également imaginer que l'intervention politique dans ce domaine consiste à mettre en place un éclairage adapté sur les routes, et un accès plus facile aux téléphones publics pour les appels à l'aide.

En partant de la discussion précédente sur les conséquences négatives pour les hommes et les femmes des constructions de la masculinité et de la féminité, revenez à la question de savoir si l'équité entre les sexes profitera également aux hommes et instaurera une meilleure société d'un point de vue général.

### Points principaux pour conclure la session

---

- Il y a différentes formes et typologies de masculinité et féminité
- La division du travail, des ressources, du pouvoir et des espaces de décision est au cœur des constructions de la masculinité et de la féminité
- Pour qu'une société soit égale en matière de genre, il va falloir construire une nouvelle masculinité qui ne soit pas basée sur la domination et l'agressivité. Cette évolution pourrait avoir des effets positifs à long terme pour les hommes et les femmes, bien qu'elle risque d'entraîner la perte de certains privilèges à court terme.
- La construction des masculinités et féminités peut évoluer, et elle a évolué, grâce à diverses stratégies.

Session développée par Makohosazana Xaba et TK Sundari Ravindran





Document

1

## A propos des hommes : la masculinité en crise - La mort du phallus

Extrait de : *On Men : Masculinity in Crisis*, Anthony Clare, Chatto and Windus, © 2000 Anthony Clare

Lundi 25 septembre 2000

Le *Guardian*

A mesure que je deviens plus vieux et peut-être plus sage, je prends un peu plus conscience de ce que je ne sais pas. Je ne sais toujours pas ce qui rend les gens heureux, même si j'en sais beaucoup plus sur ce qui les rend tristes. Je ne sais pas maintenant s'il y a un Dieu alors que j'ai été croyant, avec une conviction fervente. Je ne sais pas si on est une bonne mère de naissance ou si on le devient, ni ce qui fait que certaines personnes deviennent des meneurs et d'autres des menés ; je ne sais pas non plus si je verrai, de mon vivant, la guérison du cancer, de la schizophrénie ou de la maladie d'Alzheimer.

En revanche, je sais ce que c'est qu'être un homme. Mais si je repense à la façon dont j'ai appris ce qu'étaient la masculinité et la virilité, je réalise que tout ce que j'ai appris était implicite et que je l'ai appris par un genre de processus osmotique. Je ne me rappelle pas avoir entendu quiconque, mon père, ma mère, mes professeurs, mes camarades, dire « C'est ça être un homme, un fils, un frère, un amant, un père ». Et pourtant très tôt j'ai appris que ce que fait un homme, son travail, est aussi important, et même plus important, que qui il est ; que ce qui définit un homme dans la société capitaliste moderne n'est pas ce qu'il est mais ce qu'il fait.

Ma carrière, notamment ma carrière médicale, a toujours été décrite et interprétée, par les autres et par moi-même, comme étant plus importante que mon épouse, ma famille, mes enfants. Pendant ma formation universitaire et mes études de troisième cycle, en médecine puis en psychiatrie, je n'ai jamais vu un collègue masculin reconnaître qu'il faisait passer sa famille en premier. En toute insouciance mes collègues masculins organisaient des réunions tard le soir pour un comité ou pour un autre, et ils étaient surpris voire irrités lorsque des collègues féminines disaient que leurs devoirs domestiques les empêchaient d'y participer. Si un homme avait fait ce type de déclaration, il aurait été étiqueté comme non dévoué à son travail. La plupart des collègues masculins s'activaient beaucoup pour montrer qu'ils travaillaient toutes les heures que Dieu leur donnait. On aurait dit des chimpanzés se frappant la poitrine et montrant leurs dents. Et souvent ça n'était pas plus productif.

Dans une interview publiée en 1912 par le *New York Times*, Carl Jung observait que la libido de l'homme américain « se concentre presque exclusivement sur son métier, si bien qu'il est heureux de n'avoir aucune responsabilité comme époux. Il confie totalement la direction de sa vie de famille à son épouse. On appelle ça donner son indépendance à la femme américaine. J'appelle ça la paresse de l'homme américain. C'est pour cette raison qu'il peut être gentil et poli à la maison et qu'il peut se battre autant dans sa profession. Sa vraie vie est là où il se bat. La partie paresseuse de sa vie se situe où se trouve sa famille. »

Jung a écrit à propos des hommes américains du début du siècle dernier. Il aurait tout aussi bien pu écrire sur la virilité, la carrière et la vie de famille quelque 80 ans plus tard. Il aurait tout à fait pu écrire sur ma propre vie. Mais la nature et la portée de l'analyse féministe et la révolution sexuelle de la deuxième moitié du vingtième siècle ont beaucoup fait changer les choses pour les femmes. Mais que s'est-il passé du côté des hommes ?

Jeune psychiatre à la fin des années 1960 et dans les années 1970, j'ai souvent croisé le phénomène connu alors sous le nom du « syndrome du nid vide ». Il touchait les femmes mariées qui, ayant sacrifié leur vie pour l'éducation de leur famille, découvraient, à cinquante ans, que leurs enfants avaient grandi et étaient partis, et que leurs maris vivaient pour leur travail et le golf. Maintenant, dans les années 1990, je ne vois plus autant de femmes dont les nids sont vides. Je vois plutôt des hommes d'âge moyen qui ont loyalement consacré leur vie à leur entreprise, qui lui ont tout sacrifié, et qui sont impitoyablement mis à l'écart, en retraite forcée, licenciés, au chômage. Déroutés, ils regardent autour d'eux mais leurs enfants sont partis et leurs épouses sont occupées ailleurs. Ce sont les femmes qui jouent au golf maintenant, qui ont des emplois et des amis au travail. Ce sont les hommes qui se replient dans le nid vide et qui affrontent avec anxiété ce qu'un ami irlandais, un homme d'affaires qui trouve toujours les mots justes, a baptisé « le futur oublié ».

En tant qu'homme, dès le début de ma vie publique – à l'école, à l'université, à la faculté de médecine, dans les débats syndicaux, dans le centre de recherche où j'ai fait ma thèse, à l'hôpital – j'ai appris à être en compétition et à feindre une confiance que, souvent (voire toujours), je n'éprouvais pas. C'est ce qu'on demande aux hommes. Par conséquent, l'une des craintes les plus fréquentes des hommes mûrs est d'être « démasqués » d'une façon mystérieuse. Jeune père, j'ai crié contre mes enfants pour me sentir puissant et implicitement, mais parfois ouvertement, j'ai déclaré que les vrais garçons ne se plaignaient pas et devaient être forts et responsables, devaient oublier leur vulnérabilité, en particulier s'ils ne voulaient pas être brutalisés par les autres garçons. Jeune mari, j'aimais ma femme et j'étais, ou je croyais être, un « nouvel » homme compatissant et libéré. Je n'en suis plus si sûr maintenant. Elle a beaucoup sacrifié pour être une mère dévouée et à plein temps. Père périphérique et à temps partiel, moi je n'ai

pas fait beaucoup de sacrifices. Mais j'étais le soutien de famille, et cela comptait beaucoup – quel qu'en soit le prix, pour moi – et j'étais un père pour mes enfants, même si j'aurais eu bien du mal à définir précisément ce qu'être un père veut dire.

Maintenant, la problématique des hommes – l'intérêt d'être un homme, le but des hommes, leur valeur, leur raison d'être – suscite un débat public. On peut entendre des commentateurs sérieux dire que les hommes sont superflus, que les femmes n'ont pas besoin d'eux et que les enfants se porteraient mieux en leur absence. A l'aube du vingt-et-unième siècle, il est difficile de ne pas en venir à la conclusion que les hommes ont de gros problèmes. Partout dans le monde, dans les pays développés et dans les pays en développement, les comportements antisociaux sont essentiellement masculins. La violence, les abus sexuels contre les enfants, l'usage illicite de drogue, l'abus d'alcool et le jeu sont tous des activités en très grande majorité masculines. Les tribunaux et les prisons sont peuplés d'hommes. Dans les domaines des agressions, des comportements délinquants, des prises de risque et des troubles sociaux, les hommes décrochent la médaille.

Et pourtant, bien qu'ils se comportent mal, les hommes n'en semblent pas plus heureux pour autant. Partout en Amérique du Nord, en Europe et en Australie, les suicides sont 3 à 4 fois plus nombreux chez les hommes que chez les femmes. On a à juste titre qualifié d'épidémie l'augmentation du nombre de suicides chez des hommes jeunes qui a eu lieu dans le monde développé. La situation n'est pas meilleure chez les hommes âgés. Alors que 6 femmes âgées sur 100 000 se suicident chaque année, ce sont 40 hommes âgés qui se suppriment. Et ces chiffres de suicide ne sont que la partie visible de l'iceberg de la dépression masculine, la plus grande partie de l'iceberg étant cachée parce que les hommes sont considérés comme trop fiers ou comme trop constipés émotionnellement pour admettre que leurs sentiments échappent parfois à leur contrôle. Les hommes, réputés pour leur penchant pour la drogue, l'alcool, et pour leur capacité à résister à leurs effets, réputés pour leur audace sexuelle, apparaissent terrifiés à la perspective de devoir révéler qu'ils peuvent être – et sont souvent – dépressifs, dépendants, qu'ils ont besoin d'aide.

### ... Masculinité et sexualité masculine

Les hommes, bien qu'obsédés par le contrôle dans la plupart des domaines de leur vie, semblent incapables de rester maîtres de leur appétit sexuel. Plus tristement, le côté plus sauvage de la sexualité masculine s'exprime très souvent – par le viol, les agressions sexuelles, les violences sexuelles –, et le plus souvent dans l'agressivité contre les femmes et les enfants. Il n'est pas surprenant de voir que beaucoup d'hommes innocents, comme les proches de tortionnaires ou de tueurs, se sentent obligés de s'excuser pour des crimes qu'ils n'ont pas commis eux-mêmes. Mais les hommes ont souvent peur de leurs sentiments. Nombre d'entre eux croient, par exemple, que les femmes sont responsables de l'incapacité des hommes à contrôler

leurs émotions sexuelles et à canaliser leur agressivité. Ces hommes voient leur propre sexualité comme excitante précisément parce qu'elle est imprévisible, capricieuse, dangereuse – et les femmes finissent par être jugées coupables de la provoquer. Pour ces hommes, les femmes, par leur simple présence, représentent un défi très perturbant au contrôle de soi. Le contrôle ayant une importance déterminante dans la définition que beaucoup d'hommes font de leur masculinité, tout soupçon ou toute menace de perte de contrôle est un défi à l'essence même de la masculinité. Les hommes succombent parce que les femmes les tentent. C'est le motif préféré des hommes pour expliquer le comportement sexuel masculin. Plutôt que de faire une analyse rigoureuse de la nature de la sexualité masculine et de sa relation au pouvoir, au statut social, à l'agressivité et au contrôle, la majorité des commentateurs masculins se retranchent dans une complainte d'auto-apitoiement et finalement de découragement sur la difficulté d'être un vrai homme au sens sexuel du terme dans une relation dynamique avec une femme dans notre nouveau monde post-féministe où règne l'égalité des sexes.

« Que voulons-nous ? » se demandent avec anxiété les hommes d'aujourd'hui... Voulons-nous la compétition, la réussite, le succès, la conquête, le contrôle, l'affirmation, pontifier, tout en bandant ? Et bien sûr, il y a l'inévitable inégalité des sexes, le fait que, contrairement à l'orgasme féminin, l'érection masculine ne peut pas être simulée. La visibilité évidente des organes génitaux des hommes, leur état, leur taille, leur érection ou leur flaccidité sont facilement mesurables et comparables. Il n'est donc pas très surprenant que l'arrivée du Viagra ait été accompagnée, outre les blagues douteuses et les sous-entendus navrants, de discussions politiques coincées et paniquées sur la faillite probable du financement de la santé à cause de la ruée des hommes vers le dernier stimulant de leur bon vieux membre.

Tout le monde s'accorde pour dire que la différence biologique entre les sexes tient au fait que les femmes possèdent deux chromosomes X alors que les hommes possèdent un chromosome X et un petit chromosome Y. Ce dernier est responsable de la plus grande force des hommes, de leur plus forte stature, masse musculaire, dextérité, rapidité... Mais qu'est-ce qui se passe avec ce chromosome Y, cause de tous les problèmes ? Les hommes sont-ils des personnes violentes de façon innée et incorrigible ? La question du rapport entre les sexes doit-elle consister pour les hommes à se demander s'ils vont dominer ou être dominés, pour les femmes à choisir entre résister et être soumises ? Dans un monde d'égalité des chances entre les sexes, les hommes peuvent-ils renégocier la relation qu'ils ont avec eux-mêmes et avec les femmes ? Que reste-t-il du rôle masculin de soutien de famille et de protecteur ? Avons-nous besoin des hommes ? Avons-nous besoin de pères ? Si oui, de quel genre d'homme, de quel genre de père avons-nous besoin ?

[...]

Dans ce livre, pour explorer l'état de la masculinité actuellement remise en question, j'ai délibérément choisi le terme de « phallus ». Le mot « pénis » est un terme anatomique qui désigne l'organe reproductif masculin. Le mot « phallus » est un terme anthropologique et théologique qui désigne son image. Le pénis est un organe aux fonctions biologiques, le phallus est une idée vénérée dans plusieurs religions comme symbole de la puissance masculine. L'adjectif « phallique » ne désigne pas seulement le pénis, il intègre des notions de puissance, de virilité, de masculinité, de force et de pouvoir. Il a été considéré comme le « signifiant des signifiants », le marqueur qui pose l'individu en mâle et le situe en termes d'autorité, de contrôle et de domination. Le phallus est le signifiant de ce que les hommes pensent avoir et de ce qui est censé manquer aux femmes. Le pénis des hommes n'est pas en cause, à part en ce qui concerne son possible caractère superflu comme outil de procréation. Mais l'homme phallique, autoritaire, dominant, assuré – l'homme qui non seulement se contrôle, mais qui contrôle également la femme – commence à mourir, et la question est maintenant de savoir si un nouvel homme va apparaître à sa place tel un phœnix, ou si l'homme lui-même va devenir largement superflu.

Guardian Unlimited © Guardian Newspapers Limited 2001.



Document

## 2

## Le rôle des hommes dans l'établissement d'une justice entre les sexes

Extraits du discours d'ouverture de Michael Flood à la conférence Australian Women Speak : Inaugural National Women's Conference, 26–28 août 2001, Canberra, Australie

(Le Dr Michael Flood est professeur en Etudes genre et femmes à la National Australian University. Sa thèse de doctorat portait sur les jeunes hommes hétérosexuels et les pratiques sexuelles protégées/non protégées. Michael est impliqué dans l'activisme profémiste d'hommes depuis 1987).

Ces trois dernières décennies, la vie des hommes a considérablement changé. Ces changements se sont produits dans le contexte plus large des bouleversements des rapports entre les sexes et des relations sexuelles, conséquences des actions des mouvements de femmes et des féminismes. On dénombre au moins quatre domaines dans lesquels des changements se sont produits. La légitimité du monopole des hommes sur le pouvoir politique et institutionnel s'est énormément affaiblie. L'organisation du travail rétribué, obéissant à des considérations de genre, a été modifiée. Des sexualités alternatives à l'hétérosexualité sont apparues publiquement. Et l'on voit de plus en plus les nouvelles images d'une identité masculine alternative.

J'utilise le terme de « masculinité » pour désigner, dans un contexte particulier ou une société particulière, les sens que l'on donne au fait d'être de sexe masculin, et pour désigner l'organisation des hommes dans leur vie. Des formes traditionnelles de masculinité – se basant sur une fermeture émotionnelle, une domination sur les autres, une obsession du travail et une agressivité – sont désormais souvent considérées comme obsolètes, malsaines et en fait tout à fait oppressives.

Ce constat amène certains commentateurs à prétendre, de façon simpliste, que les hommes sont « en crise ». Très certainement, certains le sont. Prenons les exemples tout à fait probables d'un homme hétérosexuel de 45 ans qui vient de divorcer, d'un jeune gay au lycée ou dans une ville de campagne, d'un Aborigène qui a fait de la prison pour avoir agressé un autre homme parce qu'il avait « regardé sa femme », ou d'un homme de la classe ouvrière chômeur de longue durée. Dans chaque cas, la crise de ces hommes a à voir avec la masculinité – avec les modèles de comportements et de croyances liés au fait d'être de sexe masculin. Mais ces crises ont aussi à voir avec d'autres divisions sociales et avec d'autres formes de différenciation sociale comme la race, la classe, la sexualité et l'âge.

Je ne veux pas vous donner l'impression que les hommes en général souffrent des évolutions dans les rapports de genre, car ce n'est pas le cas : bien des hommes sont épanouis. Nous apprécions d'avoir des relations plus égalitaires, plus empreintes de confiance et de respect avec nos épouses et nos partenaires, d'avoir des liens plus étroits avec nos amis femmes et hommes, d'être des pères présents pour nos bébés et nos enfants. Les hommes soutiennent de plus en plus le travail rémunéré que font les femmes en dehors du foyer ; les hommes jeunes se montrent plus responsables en matière de contraception et dans les relations sexuelles protégées ; les hommes sont de moins en moins d'accord avec les mythes sur la violence domestique ; et on accorde de plus en plus d'importance à la qualité du lien paternel.

Mais je voudrais lancer trois avertissements. Tout d'abord, il est très possible que l'image que l'on a de ces évolutions ne colle pas exactement à la réalité. Le meilleur exemple est celui de l'exercice parental et du travail domestique. Les images et les idées que nous nous faisons de la paternité ont significativement évolué, mais la croyance répandue selon laquelle les hommes sont beaucoup plus impliqués dans la vie de leurs enfants et dans la vie domestique est tout simplement fausse.

Ensuite, les hommes sont très peu nombreux à avoir remis en question les inégalités entre les sexes.

Troisièmement, le gouvernement fédéral de tendance libérale est revenu sur certaines des avancées obtenues par les mouvements de femmes, en réaffirmant, par ses politiques économiques et de la famille, la masculinité patriarcale traditionnelle. Les choses n'allaient pas si bien que ça non plus sous le gouvernement travailliste. Et les groupes pour les « droits des hommes » et les « droits des pères » remportent actuellement des succès importants par l'amendement du droit familial visant à renforcer le pouvoir des pères au sein des familles, sur leurs épouses, ex-épouses et sur leurs enfants.

En Australie, les rapports de genre ont trois caractéristiques majeures qu'il est vital de garder à l'esprit lorsque l'on parle de « questions d'hommes » et du rôle des hommes dans la justice entre les sexes. Tout d'abord, « les hommes, comme groupe, profitent de privilèges institutionnels aux dépens des femmes en tant que groupe » (Messner 1997 : 5). Le fossé est grand entre la réalité de l'injustice entre les sexes et la conscience que les hommes en ont, et ce fossé est typique des systèmes de pouvoir et d'oppression. Ensuite, dans le régime de genre actuel, les hommes paient le prix fort et ils sont limités (mais non opprimés) par les idéaux inaccessibles et les relations sociales étriquées de la masculinité. Troisièmement, il existe des différences et des inégalités entre les femmes et entre les hommes, et des hommes ayant des parcours différents n'ont tout simplement pas le même accès aux ressources sociales et au statut social.

Trois principes sont fondamentaux lorsque l'on parle des hommes et des questions d'hommes, chacun correspondant à l'une des caractéristiques des rapports de genre que j'ai dessinées (Flood, 1993–94). Premièrement, pour être juste du point de vue du genre, il faut être guidé par des principes d'équité et de justice sociale. Il faut critiquer les aspects du comportement des hommes, les constructions de la masculinité et les rapports de genre qui nuisent aux femmes et aux enfants (et en fait aux hommes eux-mêmes). Cela signifie mettre en cause l'oppression des femmes, le sexisme et l'injustice entre les sexes. On pourrait également utiliser d'autres termes, comme « proféministe » et « anti-sexiste ».

Deuxièmement, avoir une vision positive des hommes implique de croire que les hommes peuvent changer, de soutenir les efforts en vue d'une évolution positive, de reconnaître les aspects positifs de la masculinité et d'aspirer à une vie meilleure pour les hommes.

Troisièmement, toute approche de la vie des hommes reconnaît à la fois les points communs et la diversité de leurs histoires et accepte l'idée des féministes selon laquelle le genre recoupe la race, la classe, la sexualité, etc.

J'aborde maintenant la question centrale de cette session : quel est le rôle des hommes dans l'établissement d'une justice de genre ? Tout d'abord, les hommes font partie du problème, mais ils font également partie de la solution. Car quelque aspect des inégalités entre les sexes que nous observions – la violence contre les femmes, les inégalités de pouvoir politique, la division entre travail rémunéré et non rémunéré, les images culturelles oppressives et dégradantes – les comportements, les attitudes, les identités et les relations des hommes font partie du problème et participent au maintien et à la construction de ces inégalités.

Les hommes font donc nécessairement partie de la solution. Faute d'évolution des hommes, la justice de genre est tout simplement impossible.

Le soutien que certains hommes ont apporté au féminisme et à la justice entre les sexes, aussi bien dans leur vie personnelle que par un activisme organisé, devrait nous encourager. L'exemple que je connais le mieux est celui de l'activisme des hommes contre les violences masculines, lequel est représenté essentiellement par *Les hommes contre les agressions sexuelles* (Men Against Sexual Assault) en Australie. Quelques hommes ont également intégré des programmes féministes dans les questions de santé des hommes, d'éducation des garçons et de paternité. Aux dix-huitième et dix-neuvième siècles, des hommes ont déjà apporté un soutien organisé et public à la justice entre les sexes en défendant le vote des femmes et l'égalité (Strauss, 1982 ; Kimmel et Mosmiller, 1992 ; John et Eustance, 1997).



Les groupes d'hommes contre la violence sont l'une des expressions d'un réseau plus vaste d'activisme masculin profémiste, représenté par exemple par l'Organisation nationale des hommes contre le sexisme (National Organization of Men against Sexism, NOMAS) aux États-Unis, le Réseau européen des hommes profémistes, et le Réseau des hommes pour le changement (Men for Change Network) au Royaume-Uni. Mais si certaines campagnes comme celle du Ruban blanc réussissent à mobiliser de nombreuses personnes, je me dois cependant relever que le nombre d'hommes qui participent directement à l'activisme profémiste masculin est modeste.

Dans leur vie, les hommes disposent de nombreuses ressources pour la justice entre les sexes. Par leur fidélité et leur proximité de certaines femmes en particulier – une mère, une partenaire, une amie, une sœur, une fille –, certains hommes peuvent arriver à comprendre intimement les injustices dont souffrent les femmes et la nécessité pour les hommes d'agir. L'engagement de certains hommes est motivé par d'autres formes d'activisme politique de principe comme la justice économique, le pacifisme, les questions écologiques, ou les politiques à l'égard des gays, lesbiennes, bisexuels et transgenres. Certains s'engagent parce qu'ils ont eux-mêmes vécu des violences sexuelles ou des abus sexuels infligés par d'autres hommes et parfois par des femmes, peut-être alors qu'ils étaient enfants ou adolescents (Stoltenberg, 1990 : 11–12). Le désir des hommes d'être dignes de confiance, aimés et respectés, et d'être de bons maris et de bons pères représente une autre ressource (moteur).

Les hommes ont beaucoup à gagner de la fin des inégalités entre les sexes. Le féminisme offre aux hommes la possibilité de se libérer d'un mode de vie qui les isole, qui est violent, concurrentiel jusqu'à l'obsession, fermé émotionnellement et dangereux physiquement. Bien sûr, cela implique que les hommes renoncent également à leurs privilèges injustes, mais, si l'on sort d'une vision patriarcale du monde, c'est un faible prix à payer pour la promesse de relations plus en confiance, plus honnêtes, plus agréables et plus justes avec les femmes et les enfants.

Pour vraiment participer à l'établissement de la justice entre les sexes, les hommes vont devoir le faire en partenariat avec les femmes. Les partenariats et les alliances entre les sexes sont la base essentielle de l'engagement des hommes dans la justice entre les sexes. Les partenariats avec les femmes et les groupes de femmes sont déterminants pour trois raisons. Tout d'abord, ils permettent aux hommes d'apprendre des expériences et des recherches qui existent et leur évitent de devoir « réinventer la roue ». Ensuite, ils amoindrissent le risque que les hommes s'associent ou deviennent complices de formes oppressives de masculinité. Troisièmement, ils sont une preuve puissante et concrète de la communauté d'intérêts des hommes et des femmes pour des rapports de genre démocratiques et pacifiques. Les femmes et les hommes sont sur le même bateau, et la reconstruction du genre demande l'engagement et la participation de nous tous.

## Références

1. Flood M (1993–94) “3 principles for men”, *Xy : Men, sex, politics* 3.4, Summer.
2. John AV, Eustance C. (1997) (eds) *The Men’s Share ? : Masculinities, male support and Women’s Suffrage in Britain, 1890-1920*. London : Routledge.
3. Kimmel MS, Mosmiller TE. (1992) *Against the Tide: Pro-feminist men in the United States, 1776-1990*. Boston : Beacon Press.
4. Landsberg M. (2000) ‘Canadian Feminists’ *Uneasy Alliance with Men Challenging Violence*, *Voice Male Spring* (Men’s Resource Centre of Western Massachusetts).
5. Messner MA. (1997). *Politics of Masculinities : Men in movements*. University of Southern California: Sage Publications.
6. Stoltenberg J. (1990) *Refusing to be a man : Essays on sex and justice*. Suffolk : Fontana/Collins.
7. Strauss S. (1982) “*Traitors to the Masculine Cause*” : The men’s campaigns for women’s rights. Westport, Ct. : Greenwood Press.

## Inégalités basées sur le genre – données

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Prendre conscience du lien qui existe entre d'une part des normes et valeurs relatives aux rôles dévolus aux femmes et aux hommes et d'autre part des inégalités entre les sexes dans les charges de travail, dans l'accès à l'éducation, l'accès et le contrôle des ressources économiques et sociales, et dans l'accès au pouvoir
- Apprendre à étudier et à interpréter les données émanant de documents internationaux (et nationaux) sur les inégalités basées sur le genre en matière d'éducation, de statut économique et politique.

**[durée] 2 heures 45 minutes**

### Matériel

- Document 1 : « Concepts pour l'analyse de genre »
- Document 2 : « Données sur les femmes, l'éducation et la politique »
- Document 3 : « Données sur la valeur économique des activités et du temps »
- "Accès aux ressources et contrôle sur les ressources", p. 71
- Diapositive : « Les femmes et les filles sont les soutiens financiers du Kenya », p. 74
- Diapositive : « Les femmes exécutent 56 pour cent du travail au Venezuela », p. 74
- Diapositive : « Une progression de la charge de travail rémunéré n'entraîne pas une baisse de la charge de travail non rémunéré », p. 75

## Lectures pour l'animateur-trice

---

1. Mosse JC. 1993. *Half the world, half a chance: an introduction to gender and development*. Oxford : Oxfam.
2. Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). 1996. Rapport mondial sur le développement humain 1995. Paris : Economica, pp. 32-126. [[http://hdr.undp.org/reports/global/1995/fr/hdr\\_fr\\_1995.pdf](http://hdr.undp.org/reports/global/1995/fr/hdr_fr_1995.pdf)]
3. Banque mondiale. 2003. Genre et développement économique: vers l'égalité des sexes dans les droits, les ressources et la participation. Québec, Paris : Saint-Martin, *Nouveaux Horizons*. [extraits on-line : <http://wbIn0018.worldbank.org/EXT/French.nsf/0/66102DEA0D4D19C785256DA30059417D?Opendocument>]
4. Assie-Lumumba n'Dri T. 2004. « Education des filles et des femmes en Afrique : analyse conceptuelle et historique de l'inégalité entre les sexes », dans : Imam AM, Mama A, Sow F (dir.), *Sexe genre et société en Afrique*, pp. 293-310. Paris : Karthala.
5. Kabeer N. 2003 (2002). « Réflexions sur la mesure de l'"empowerment" des femmes », dans : Verschuur C, Reysoo F (dir.), *Genre, pouvoirs et justice sociale*, pp. 253-274. Paris : L'Harmattan (Cahiers Genre et développement ; 4).

## Lecture pour les participant-e-s

---

Référence 2.

## Déroulement de la session

---

Cette session comprend trois activités. Dans la première, les participant-e-s font une lecture individuelle du Document 1 sur les concepts et les outils communément utilisés dans l'analyse de genre. L'animateur-trice leur explique alors les concepts. La deuxième activité se passe en sous-groupes. Vous remettez aux participant-e-s une série de tableaux de données sur le statut des femmes en lien avec le statut des hommes. Les participant-e-s doivent répondre à certaines questions de façon à interpréter ces tableaux. Chaque sous-groupe prépare son rapport. La troisième activité se déroule avec l'ensemble du groupe, et chaque sous-groupe présente son rapport. Vous ouvrez ensuite une discussion sur la façon dont les différences de genre deviennent structurelles et se transforment ensuite en inégalités basées sur le genre.



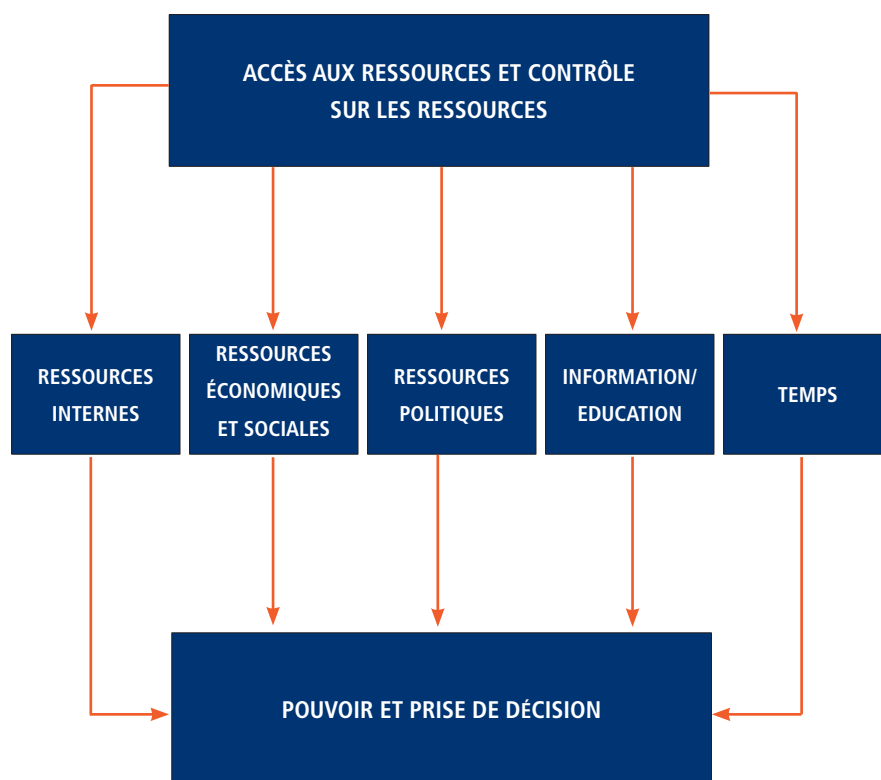
## Activité 1



**Etape 1 : Définitions** Remettez aux participant-e-s le Document 1 et donnez-leur 15 minutes pour le lire individuellement. Il comprend les définitions de concepts de genre communément utilisés : la division sexuelle du travail, les rôles et normes de genre, l'accès aux ressources et au pouvoir et le contrôle sur les ressources et le pouvoir.



**Etape 2 : Explication de quelques concepts** Projetez des diapositives inspirés du Document 1, et répondez aux éventuelles questions des participant-e-s. Par exemple, il se peut que vous deviez expliquer la différence entre l'accès et le contrôle en l'illustrant avec plusieurs exemples. Vous pouvez également projeter le transparent présentant le diagramme suivant :



Beaucoup de ces concepts ont déjà été présentés dans cette session et dans la Session 1. Le but de cette activité est de mettre en avant les concepts de genre importants qui vont être utilisés dans tout le cours et de s'assurer que les participant-e-s en ont une définition commune.



55 mins

## Activité 2 : Etude des données



5 mins

### Etape 1 : Documents 1 et 2

Répartissez les participant-e-s en quatre sous-groupes. A deux sous-groupes, remettez le document 1 qui contient une série de tableaux de données détaillées selon le sexe dans un certain nombre de pays d’Afrique francophone. Les tableaux présentent des données détaillées selon le genre en matière de scolarisation et de participation politique dans différentes régions du monde. Aux deux autres sous-groupes, remettez le document 2 qui présente une série de tableaux montrant la participation des femmes et des hommes dans les activités économiques et la part des femmes dans le revenu national.

Vous pouvez choisir de remplacer ces données par des données nationales portant sur les mêmes sujets : participation économique et contribution au Produit intérieur brut et/ou revenus comparés des femmes et des hommes, niveau d’études et participation politique.



10 mins

### Etape 2 : Etude des tableaux

Passez en revue les tableaux de chaque document et expliquez ce que représentent les colonnes et les lignes. Vous trouverez des explications en bas de chaque tableau.



40 mins

### Etape 3 : Travail de groupe sur les tableaux

A cette étape, les participant-e-s travaillent en sous-groupes. Une personne de chaque groupe fera rapport devant l’ensemble des participant-e-s.

1 hr  
15 mins

## Activité 3 : Analyse des fossés de genre structurels



35 mins

### Etape 1 : Présentations des sous-groupes

Chacun des quatre sous-groupes a sept minutes pour présenter ses réponses aux questions que suscitent les données qui leur ont été remises. Les deux groupes qui vont faire une présentation sur la scolarisation et la participation politique présentent en premier, de façon à aborder cette étape avec des concepts relativement simples, avec une étude des progrès qui ont été faits pour réduire le fossé de genre dans le domaine de l’éducation, progrès qui contrastent avec l’absence de progrès dans la participation politique des femmes.

Ensuite la parole est aux sous-groupes dont la présentation va porter sur la contribution en termes de travail et dans l’économie. Cela nous permettra de voir que, malgré la progression du nombre de femmes diplômées, la division sexuelle du travail a conduit les femmes à être exclues des décisions économiques et politiques. Une fois les présentations terminées, vous pouvez faire ressortir quelques questions à débattre.



**Etape 2 :**  
**Discussion de**  
**l'ensemble du**  
**groupe**

Utilisez les présentations des participant-e-s pour mettre en lumière les points suivants :

**Points clés de la**  
**discussion**

**Le fossé entre les sexes en matière d'éducation**

Dans les pays en développement, le fossé entre les sexes en matière de scolarisation a été réduit de moitié entre 1970 et 2001/2002. Dans l'ensemble des pays en développement, la scolarisation des filles dans les établissements d'enseignement primaire et secondaire a progressé plus vite que la scolarisation des garçons. Les différentiels de scolarisation sont moindres que ceux des taux d'alphabétisation, ce qui indique un changement de tendance : dans la génération la plus âgée, les femmes éduquées étaient beaucoup moins nombreuses que les hommes éduqués alors que dans la jeune génération la proportion de filles scolarisées est relativement supérieure.

En même temps, il est important de reconnaître que les femmes restent désavantagées dans le domaine de l'éducation.

**Le fossé entre les sexes en politique**

Les femmes sont presque totalement absentes de l'arène politique mondiale. Les femmes, qui constituent presque la moitié du corps électoral, n'occupent que 12 pour cent des sièges parlementaires dans le monde et moins de 6 pour cent des postes dans les cabinets ministériels.

**La participation des femmes dans les activités marchandes et non marchandes**

Dans de nombreuses sociétés, la contribution des femmes à la production totale du travail d'un ménage est beaucoup plus forte que celle des hommes.

Même dans les rares endroits où elle est égale à celle des hommes, la contribution des femmes aux activités non marchandes est beaucoup plus importante que leur contribution aux activités marchandes, alors que la situation est inverse chez les hommes.

Beaucoup d'activités auxquelles les femmes consacrent leur temps, comme la cuisine, s'occuper des enfants, le ménage, ne sont pas considérées comme du travail car elles n'entraînent pas la perception d'un revenu. Le temps des femmes est donc considéré comme ayant moins de valeur que celui des hommes puisque les hommes gagnent en général de l'argent.

Lorsque les femmes participent à une activité génératrice de revenu pour la famille, elles gardent en général les mêmes responsabilités à la maison.

Vous pouvez alors donner des exemples venus de divers terrains en projetant les encadrés ci-dessous. Vous devez faire comprendre que, quelle que soit la nature de l'économie – rurale ou urbaine, traditionnelle

ou moderne, agricole ou industrielle –, les femmes finissent toujours par avoir une double journée de travail et consacrent une part importante de leur temps de travail à des activités non marchandes.



### Les femmes et les filles sont les soutiens financiers du Kenya

Dans les régions rurales du Kenya, la durée moyenne hebdomadaire de travail est d'environ 56 heures pour les femmes et de seulement 42 heures pour les hommes. Les enfants âgés de 8 à 16 ans travaillent eux aussi de longues heures. Si l'on prend en compte le temps consacré à l'éducation, les filles consacrent 41 heures par semaine à une activité économique, et les garçons 35 heures.

Les femmes assument la plus grande partie du travail domestique, qui comprend l'approvisionnement en bois de chauffage et en eau : elles y consacrent 10 fois plus de temps que les hommes. Ce partage se reporte sur les filles, dont le travail domestique dure 3,7 fois plus longtemps que celui des garçons.

De toutes les femmes en milieu rural, ce sont les femmes des foyers qui exploitent des cultures de rente comme le thé et le café qui travaillent le plus – au total 62 heures par semaine. L'agriculture du Kenya s'orientant de plus en plus vers les cultures commerciales, la charge de travail des femmes tend à augmenter et non à diminuer.

**Source** : United Nations Development Programme, *Human development report 1995*. New York, Oxford University Press, 1996 : 92, Box 4.1.



### Au Venezuela 56% du travail est fait par les femmes

Au Venezuela, selon une étude de la banque centrale sur l'utilisation du temps de travail en milieu urbain, les femmes représentent une partie minoritaire de la main d'œuvre, mais au total elles font plus d'heures de travail que les hommes. Le temps a été divisé en cinq rubriques : activités génératrices de revenu, activités domestiques, activités personnelles, études, et activités sociales et loisirs.

Les hommes ont un avantage certain sur les femmes dans les activités génératrices de revenu : 6 heures par jour contre seulement 2,25 heures pour les femmes. Mais il est très frappant de constater que les femmes consacrent au travail domestique 11,5 fois plus de temps que les hommes. L'avantage global des hommes apparaît dans le 10 pour cent de temps supplémentaire qu'ils peuvent consacrer aux activités sociales et aux loisirs.

En 1988, les femmes et les hommes ont consacré 12,3 milliards d'heures à un travail comptabilisé comme ayant une valeur économique : 8,9 milliards d'heures pour les hommes et 3,4 milliards d'heures pour les femmes. Mais si on comptabilise toutes les heures de travail, la contribution des femmes est de 12,9 milliards et celle des hommes de 9,7 milliards. Les femmes accomplissent donc 56 pour cent du travail au Venezuela.

**Source** : United Nations Development Programme, *Human development report 1995*. New York, Oxford University Press, 1996 : 93, Box 4.2.





### Une progression de la charge de travail rémunéré n'entraîne pas un baisse de la charge de travail non rémunéré

Dans les pays de l'OCDE (Organisation pour la coopération et le développement économiques), la contribution des hommes au travail non rémunéré a progressé. Mais une femme qui travaille à plein temps a encore une forte charge de travail non rétribué. Lorsqu'elle a un enfant, une femme peut s'attendre à devoir faire chaque jour 3,3 heures supplémentaires de travail domestique non rémunéré. Les femmes mariées qui ont un emploi et des enfants de moins de 15 ans ont la charge la plus lourde – presque 11 heures de travail par jour.

Le Bangladesh a connu l'une des augmentations les plus fortes de la participation des femmes à la main d'œuvre – de 5 pour cent en 1965 à 42 pour cent en 1995. Cette progression a joué un rôle important dans la croissance des exportations, les ouvrières de l'industrie textiles étant majoritairement des femmes. Mais les femmes consacrent encore de nombreuses heures au travail non rémunéré. Une enquête menée auprès des hommes et des femmes travaillant dans des activités manufacturières formelles en zone urbaine montre que les femmes consacrent en moyenne 31 heures par semaines à un travail non rémunéré – cuisiner, s'occuper des enfants, s'approvisionner en énergie, en nourriture et en eau. Elles consacrent 56 heures à un emploi rémunéré. Les hommes consacrent en moyenne 14 heures par semaine à des activités non rémunérées comme les réparations dans la maison, et 53 heures à un emploi rémunéré. Les femmes ayant un emploi dans le secteur formel travaillent donc en moyenne 87 heures par semaine, alors que les hommes travaillent 67 heures par semaine.

**Source :** United Nations Development Programme, *Human development report 1999*. New York, Oxford University Press, 1999 : 81, Box 3.3.

### Les femmes prennent en charge une part disproportionnée des activités non marchandes

C'est le point le plus important de la division sexuelle du travail – combien il est injuste que la participation des femmes aux activités non marchandes soit aussi disproportionnée en comparaison avec celle des hommes. Pourquoi ce point est-il aussi important ?

- Les femmes qui mènent des activités non marchandes n'ont pas de revenu en espèces, ce qui est un désavantage certain, surtout dans une économie de marché où les biens et services doivent être achetés et payés en espèces. Par conséquent, les femmes deviennent dépendantes des hommes pour accéder aux ressources économiques et à toutes les autres ressources qui doivent être achetées.
- La division sexuelle du travail se retrouve dans la sphère professionnelle [ou : dans le travail rémunéré], certains emplois étant censés être plus adaptés aux hommes et d'autres aux femmes. Par exemple, les infirmières et les institutrices d'école maternelle sont en général des femmes, et les mineurs sont tous des hommes.
- Parmi les femmes qui travaillent, peu atteignent des postes de décision en haut de la hiérarchie des responsabilités. Cela s'explique par une combinaison de facteurs : les femmes ont peut-être moins accès à une éducation supérieure et à une formation ; même celles

qui y ont accès risquent d'être freinées par leur rôle reproducteur et leurs responsabilités domestiques ; il existe peut-être un biais de genre dans la sélection des candidats aux postes les plus hauts, les femmes étant alors considérées comme ne convenant pas à des postes qui demandent beaucoup de déplacements et de longues heures de travail.

- Puisque seul le travail ayant une valeur d'échange est reconnu économiquement, le travail des femmes devient invisible, comme le montre le fait que le PIB par habitant des femmes est bien inférieur au PIB par habitant des hommes.

## Points principaux pour conclure la session

---

### La plus grande partie du travail des femmes est invisible

L'invisibilité du travail des femmes entraîne la définition des politiques et des programmes de développement à partir du stéréotype de l'homme soutien de famille et de la femme mère au foyer. Par exemple, les activités génératrices de revenu des femmes sont considérées comme un complément au revenu de la famille et non comme un moyen de donner aux femmes de meilleures chances d'emploi, lesquelles leur permettraient d'assurer les moyens de leur propre subsistance.

### Les femmes ont moins accès à l'argent et aux biens de production

L'accès des femmes au crédit est limité dès lors qu'elles n'ont pas de revenu en espèces, ce qui, finalement, limite leur capacité à investir dans des biens de production susceptibles de rapporter un revenu supplémentaire. Les femmes ne sont en général pas propriétaires de biens tels qu'une maison ou de la terre cultivable, biens qui ont été acquis par le ménage grâce aux contributions conjointes des hommes et des femmes, les femmes travaillant au sein du foyer et les hommes en dehors.

- La division sexuelle du travail va bien plus loin – elle est un facteur important de l'inégalité d'accès et de contrôle des ressources dont les femmes sont victimes.

### Les femmes n'ont pas assez de pouvoir politique et ne sont pas suffisamment représentées aux parlements

Le faible pouvoir politique des femmes contribue à la persistance de politiques qui ignorent les inégalités entre les sexes ou qui les consolident. (Ce point est discuté de façon plus détaillée dans le module Politiques).

Lorsque l'on compare les différences de sexes dans le niveau d'études et dans l'accès au pouvoir politique et économique, force est de constater que les fossés qui existent au niveau de la participation

économique et politique sont beaucoup plus résistants au changement. Pourtant, il est bien clair que « le faible nombre de femmes éduquées et compétentes » ne peut plus être cité comme un obstacle à la représentation des femmes dans les décisions économiques et politiques.

### **Les valeurs et les normes sont au cœur même de la persistance des inégalités entre les sexes**

Les valeurs et les normes portant sur les rôles masculins et féminins, le fait que ce sont les femmes qui s'occupent des enfants, le manque de crèches et la faible reconnaissance du rôle économique des femmes sont probablement au cœur de la persistance des inégalités entre les sexes dans l'accès au pouvoir politique et économique.

Session développée par TK Sundari Ravindran et Jane Cottingham



Document

## 1

# Concepts pour l'analyse de genre

## 1. La division sexuelle du travail

Dans presque toutes les sociétés, les femmes et les hommes mènent des activités différentes, même si la nature et la diversité de ces activités varient selon les classes et les communautés. Elles ont également évolué dans le temps. Typiquement, les femmes doivent s'occuper des enfants et prendre en charge le travail domestique, mais elles se consacrent aussi à la production de biens pour la consommation du ménage ou pour le marché. Les hommes ont typiquement la charge de répondre aux besoins du ménage en termes de nourriture et de ressources.

## 2. Les rôles et normes de genre

Dans toutes les sociétés, on attend des hommes et des femmes qu'ils aient des comportements très différents. Dès la petite enfance, les hommes et les femmes sont socialisés de façon à se conformer aux rôles et normes du masculin et du féminin. Ils doivent s'habiller différemment, doivent avoir des jeux de types différents, doivent s'intéresser à des problèmes et des sujets différents, et doivent avoir des réactions émotionnelles différentes. Il est tacitement admis que les actes des hommes sont meilleurs et ont plus de valeur que ceux des femmes.

Les conséquences des rôles dévolus aux femmes et aux hommes construits socialement sont très perceptibles dans le domaine de la sexualité et du comportement sexuel. On attend des femmes qu'elles se rendent séduisantes pour les hommes, mais qu'elles soient plus passives, qu'elles gardent leur virginité, qu'elles ne prennent jamais l'initiative dans le domaine sexuel, et qu'elles s'occupent de se protéger des désirs sexuels incontrôlés des hommes. Dans certaines sociétés, ces attentes sont basées sur l'idée que les femmes ont moins de pulsions sexuelles que les hommes. Dans d'autres sociétés, les moyens de contrôle des femmes s'appuient sur l'idée que les femmes ont des désirs sexuels incontrôlables. On attend souvent des hommes qu'ils soient virils et que leur désir sexuel, une fois stimulé, soit incontrôlable, qu'ils prennent l'initiative dans le domaine sexuel et qu'ils aient, par nature, une incapacité à la monogamie.

## 3. Accès aux ressources et contrôle sur les ressources

Les femmes et les hommes n'ont pas le même accès aux ressources et le même contrôle sur les ressources. Cette inégalité désavantage les femmes. Les inégalités basées sur le genre dans l'accès aux ressources et le contrôle sur les ressources existent au sein des classes sociales, des races ou des castes. Mais les femmes et les hommes de différentes races, classes et castes ne sont pas inégaux de la même façon. Par exemple, il est possible que les femmes d'une certaine classe sociale aient plus de pouvoir que les hommes d'une classe sociale inférieure.

- L'accès est la capacité à utiliser une ressource.
- Le contrôle est la capacité à définir et à prendre des décisions sur l'utilisation d'une ressource.

Par exemple, les femmes peuvent avoir accès aux services de santé mais peuvent n'avoir aucun contrôle sur les décisions définissant quels services sont disponibles et à quel moment. Les femmes peuvent également avoir accès à un revenu ou posséder un bien, mais elles peuvent n'avoir aucun contrôle sur la façon dont le revenu est dépensé ou dont le bien est utilisé.

Il existe de nombreux types de ressources auxquelles les femmes ont moins accès et sur lesquelles elles ont moins de contrôle. Par exemple :

#### Ressources économiques

- Travail
- Nourriture
- Crédit
- Argent
- Sécurité sociale, assurance santé
- Structures de prise en charge des enfants
- Logement
- Structures de prise en charge des tâches domestiques
- Transports
- Equipement
- Services de santé
- Technologie et développement scientifiques

#### Ressources politiques

- Position de leader et accès aux décideurs
- Possibilités de communication, de négociation et de recherche de consensus
- Ressources permettant de faire valoir des droits, par exemple des ressources légales

#### Ressources sociales

- Ressources communautaires
- Réseaux sociaux
- Appartenance à des organisations sociales

#### Information/Education

- Participation permettant d'amener des décisions qui vont modifier ou faire évoluer une situation
- Education formelle
- Education non formelle
- Possibilités d'échanger des informations et des opinions

### Temps

- Nombre d'heures par jour dont les personnes peuvent disposer librement
- Flexibilité du temps de travail rémunéré

### Ressources internes

- Estime de soi
- Confiance en soi
- Capacité à exprimer ses propres intérêts

## 4. Pouvoir et prise de décision

Ayant un meilleur accès et un plus grand contrôle sur les ressources, les hommes ont souvent plus de pouvoir que les femmes quel que soit le groupe social dont il est question. Il peut s'agir du pouvoir dû à la force physique, aux connaissances et aux compétences, à la richesse et au revenu, ou du pouvoir de prendre des décisions parce qu'ils sont dans une position d'autorité. Souvent les hommes ont un plus grand pouvoir de décision en matière de reproduction et de sexualité.

Le pouvoir des hommes et leur contrôle sur les ressources et les décisions est institutionnalisé par les lois et les politiques de l'Etat ainsi que par les règles et règlements des institutions sociales formelles. Dans de nombreux pays, les lois donnent aux hommes un plus grand contrôle sur les richesses et plus de droits dans le mariage et sur les enfants. Depuis des siècles, les institutions religieuses refusent aux femmes le droit à la prêtrise, et les écoles soulignent souvent le fait que l'enfant est sous la garde légale de son père et non de sa mère.



Document

## 2

## Données sur les femmes, l'éducation et la politique

Vous avez reçu deux tableaux. Le premier présente les taux d'alphabétisation des femmes à deux moments donnés, en 1994 et en 2002, et les taux de scolarisation aux niveaux primaire et secondaire en pourcentage des mêmes taux chez les hommes à trois moments donnés – 1970, 1992 et 2001/2002 – pour un certain nombre de pays d'Afrique francophone. Le second tableau présente des données sur le nombre de sièges parlementaires occupés par des femmes en proportion du total, pour les années 1994 et 2004, et la participation des femmes au niveau ministériel pour 1994 et 2001.

**Etape 1 :**  
Tendances  
en matière  
d'alphabétisation  
et d'éducation

- Résumez les tendances observables dans les différents pays dans le comblement du fossé entre les sexes en matière d'alphabétisation et de scolarisation aux niveaux primaire et secondaire. (Par exemple, dans quelle région le fossé a-t-il été le mieux comblé et dans quelle région l'a-t-il été le moins bien ? Comment les taux d'alphabétisation progressent-ils en comparaison avec les taux de scolarisation aux niveaux primaire et secondaire ?)
- Quels sont, selon vous, les facteurs causant les différentiels de genre que l'on constate dans la scolarisation en primaire et en secondaire ? Pourquoi les différentiels sont-ils plus importants pour la scolarisation au niveau secondaire que pour la scolarisation au niveau primaire ? Et pour les taux d'alphabétisation en comparaison avec les taux de scolarisation aux niveaux primaire et secondaire ?
- Selon vous, comment cela influence-t-il le statut des femmes ? Le statut des hommes ?

**Etape 2 :**  
Tendances en  
matière de  
participation  
politique

- Résumez les tendances observables dans les différents pays sur les deux premiers points.
- Quels sont les facteurs qui expliquent le faible niveau de participation politique des femmes ? Quelles en sont les conséquences pour les femmes et pour les hommes ?

**Etape 3 :**  
Les différences  
entre les deux  
tendances

Quelles différences voyez-vous entre les progrès faits dans le comblement des différentiels de genre en matière d'éducation et en matière de participation politique ? Pourquoi les tendances observables dans les deux domaines sont-elles si différentes ?

**Document 2 - Tableau 1 : Les tendances des différentiels de genre en matière de niveau d'éducation**

	Taux d'alphabétisation féminine en pourcentage du taux masculin			Ratio de scolarisation féminine nette au niveau primaire en pourcentage du taux masculin de scolarisation			Ratio de scolarisation féminine nette au niveau secondaire en pourcentage du taux masculin de scolarisation		
	1970	1992	2002	1970	1990	2000/01	1970	1990	2000/01
<b>Bénin</b>	n.d.	49	47	44	51	69 <sup>d,e</sup>	45	48	48 <sup>d,g</sup>
<b>Burundi</b>	n.d.	43	76	53	91	82 <sup>d</sup>	33	69	75 <sup>d</sup>
<b>Burkina Faso</b>	n.d.	29	44 <sup>b,c</sup>	58	63	71 <sup>d</sup>	48	56	65 <sup>d,g</sup>
<b>Cameroun</b>	n.d.	66	78 <sup>a</sup>	77	87	n.d.	60	76	n.d.
<b>Côte d'Ivoire</b>	n.d.	56	n.d.	60	71	74	43	58	n.d.
<b>Madagascar</b>	n.d.	n.d.	n.d.	87	101	101	72	89	103 <sup>d,f</sup>
<b>Mali</b>	n.d.	56	44 <sup>b,c</sup>	59	59	72 <sup>d,f</sup>	42	54	n.d.
<b>Rwanda</b>	n.d.	70	84	81	101	103	69	89	n.d.
<b>Sénégal</b>	n.d.	51	61	65	76	89	55	61	n.d.
<b>Zaïre/Rép. Dém. Du Congo</b>	n.d.	75	n.d.	64	79	95 <sup>f</sup>	40	56	58 <sup>d,f</sup>

n.d. : non disponible

<sup>a</sup> : données d'une enquête

<sup>b</sup> : données de recensement

<sup>c</sup> : les données portent sur les années 1995 et 1999

<sup>d</sup> : estimations préliminaires de l'Institut pour les statistiques de l'UNESCO, sujettes à révision

<sup>e</sup> : les données portent sur l'année scolaire 1999/2000

<sup>f</sup> : les données portent sur l'année scolaire 1998/1999

<sup>g</sup> : les données portent sur l'année scolaire 2000/2001

**Sources** : Pour les données de 1970, 1990 et 1992 : United Nations Development Programme. *Human development report 1995*. New York, Oxford University Press, 1996: 68, tableau A2.6. Pour les données de 2002 : United Nations Development Programme. *Human development report 2004*. New York, Oxford University Press, 2004 : 227-228, tableau 26.

### Quelques définitions

**Taux d'alphabétisation féminine en pourcentage du taux masculin**: le nombre de femmes alphabétisées pour 100 hommes alphabétisés.

**Ratio de scolarisation nette des filles au niveau primaire/secondaire en pourcentage du taux masculin**: le nombre de filles en âge de scolarisation primaire/secondaire (en général de 6 à 10 ans pour le primaire et de 11 à 14 ans pour le secondaire) qui sont inscrites à l'école primaire/secondaire pour 100 garçons en âge de scolarisation primaire/secondaire scolarisés.



**Document 2 - Tableau 2 : Tendances dans la participation politique des femmes**

	Sièges parlementaires occupés par des femmes (en pourcentage du total)		Postes ministériels occupés par des femmes en pourcentage du total	
	1994	2004	1994	2001 <sup>a</sup>
<b>Bénin</b>	6	7.2	10	10.5
<b>Burundi</b>	10	18.5	7	4.5
<b>Burkina Faso</b>	6	11.7	17	8.6
<b>Cameroun</b>	12	8.9	3	5.8
<b>Côte d'Ivoire</b>	5	8.5	8	9.1
<b>Madagascar</b>	4	6.4	0	12.5
<b>Mali</b>	2	10.2	10	33.3
<b>Rwanda</b>	17	45.0	9	13.0
<b>Sénégal</b>	12	19.2	7	15.6
<b>Zaïre/Rép. dém. du Congo</b>	4	7.4	7	n.d

<sup>a</sup> : les données ont été fournies par les Etats à partir de leur définition de l'exécutif national ; elles peuvent donc comprendre les femmes ministres, vice-ministres et celles qui occupent d'autres postes ministériels, comme les secrétaires parlementaires

**Sources** : Pour les données de 1994 : United Nations Development Programme. *Human development report 1995*. New York, Oxford University Press, 1996: 62, tableau A2.4. Pour les données de 2001 et 2004 : United Nations Development Programme. *Human development report 2004*. New York, Oxford University Press, 2004 : respectivement 223-224, tableau 25 et 236-237, tableau 29.

### Quelques définitions

Sièges parlementaires occupés en pourcentage du total : le nombre de femmes parlementaires sur 100 parlementaires.

Postes ministériels occupés par des femmes en pourcentage du total : pour 100 ministres, le nombre de femmes ministres.



Document

## 3

## Données sur la valeur économique des activités et du temps

Vous avez reçu trois tableaux. Le premier présente, pour chaque sexe, des données portant sur le temps de travail quotidien en minutes. Le deuxième tableau porte sur le temps consacré aux activités ayant une valeur économique, et servant au calcul du PIB. Le troisième tableau montre la part des femmes dans le revenu national en pourcentage du revenu des hommes.

**Etape 1 :**  
Les différences  
entre les sexes

Résumez les différences entre les sexes observables dans les divers pays, et entre les régions rurales et les régions urbaines (si possible) en termes de :

- Nombre d'heures de travail
- Distribution du temps
- Représentation dans les postes de haut encadrement

Selon vous, quels sont les facteurs qui expliquent ces différences ?

**Etape 2 :**  
Les conséquences  
pour les femmes

Pouvez-vous citer quelques conséquences de ces différences pour les femmes et pour les hommes ?

**Etape 3 :**  
Les conséquences  
d'un PIB par  
habitant plus faible  
pour les femmes  
que pour les  
hommes

Quelles raisons expliquent que, dans tous les pays, la part des femmes dans le revenu soit inférieure à celle des hommes ? Quelles en sont selon vous les conséquences en terme de statut des femmes et des hommes dans la société ?

Document 3 - Tableau 1 : Temps de travail par jour, en minutes

	Année	Femmes	Hommes	Femmes en pourcentage des hommes
<b>DANS QUELQUES PAYS EN DÉVELOPPEMENT</b>				
Milieu urbain				
Colombie	1983	399	356	112
Indonésie	1992	398	366	109
Kenya	1986	590	572	103
Népal	1978	579	554	105
Venezuela	1983	440	416	106
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>481</b>	<b>453</b>	<b>107</b>
Milieu rural				
Bangladesh	1990	545	496	110
Guatemala	1977	678	579	117
Kenya	1988	676	500	135
Népal	1978	641	547	117
Plateaux	1978	692	586	118
Montagnes	1978	649	534	122
Coteaux ruraux	1978	583	520	112
Philippines	1975–77	546	452	121
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>617</b>	<b>515</b>	<b>120</b>
Chiffres nationaux <sup>b</sup>				
Inde	2000	457	391	117
Mongolie	2000	545	501	109
Afrique du Sud	2000	332	273	122
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>445</b>	<b>388</b>	<b>116</b>
<b>DANS QUELQUES PAYS INDUSTRIALISES</b>				
Chiffres nationaux				
Australie	1997	435	418	104
Autriche	1992	438	393	111
Canada	1998	420	429	98
Danemark	1987	449	458	98
Finlande	1987/88	430	410	105
France	1999	391	363	108
Allemagne	1991/92	440	441	100
Hongrie	1999	432	445	97
Israël	1991/92	375	377	99
Italie	1988/89	470	367	128
Japon	1996	393	363	108
République de Corée	1999	431	373	116
Lettonie	1996	535	481	111
Pays-Bas	1995	308	315	98
Nouvelle-Zélande	1999	420	417	101
Norvège	1990/91	445	412	108
Royaume-Uni	1985	413	411	100
Etats-Unis	1985	453	428	106
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>423</b>	<b>403</b>	<b>105</b>

**Note** : Les données sont des estimations faites à partir des enquêtes sur l'utilisation du temps dont les résultats étaient disponibles au moment de la publication. Des données sur l'utilisation du temps sont actuellement collectées dans d'autres pays dont le Bénin, le Tchad, Cuba, la République dominicaine, l'Equateur, le Guatemala, la République démocratique populaire du Laos, le Mali, le Mexique, le Maroc, le Népal, le Nicaragua, le Nigeria, Oman, les Philippines, la Thaïlande et le Vietnam. Les activités marchandes désignent les activités de production destinées au marché, selon la définition de 1993 du Système de comptabilité nationale révisé des Nations Unies ; les enquêtes antérieures à 1993 ne sont pas strictement comparables avec celles qui portent sur les années plus récentes.

<sup>a</sup> : désigne la moyenne non pondérée pour les régions ou pays montrés précédemment

<sup>b</sup> : Harvey 1995

**Source** : United Nations Development Programme, *Human development report 2004*. New York, Oxford University Press, 2004 : 233, tableau 28.

### Quelques définitions

**Temps de travail** : le temps consacré à toutes les sortes de travail à la maison ou en dehors, que l'activité soit ou non rémunérée.

**Temps de travail** : pour 100 minutes de temps de travail des hommes, le nombre de minutes de travail des femmes.

**Document 3 - Tableau 2 : Pourcentage du temps de travail total consacré aux activités marchandes et non marchandes**

	Année	Temps consacré par les femmes (en %)		Temps consacré par les hommes (en %)	
		Activités marchandes	Activités non marchandes	Activités marchandes	Activités non marchandes
<b>DANS QUELQUES PAYS EN DÉVELOPPEMENT</b>					
Milieu urbain					
<b>Colombie</b>	1983	24	76	77	23
<b>Indonésie</b>	1992	35	65	86	14
<b>Kenya</b>	1986	41	59	79	21
<b>Népal</b>	1978	25	75	67	33
<b>Venezuela</b>	1983	30	70	87	13
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>31</b>	<b>69</b>	<b>79</b>	<b>21</b>
Milieu rural					
<b>Bangladesh</b>	1990	35	65	70	30
<b>Guatemala</b>	1977	37	63	84	16
<b>Kenya</b>	1988	42	58	76	24
<b>Népal</b>	1978	46	54	67	33
<b>Plateaux</b>	1978	52	48	66	34
<b>Montagnes</b>	1978	48	52	65	35
Coteaux ruraux	1978	37	63	70	30
<b>Philippines</b>	1975–77	29	71	84	16
<b>Moyenne<sup>a</sup></b>		<b>38</b>	<b>62</b>	<b>76</b>	<b>24</b>
Chiffres nationaux <sup>b</sup>					
<b>Inde</b>	2000	35	65	92	8
<b>Mongolie</b>	2000	49	51	75	25
<b>Afrique du Sud</b>	2000	35	65	70	30
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>40</b>	<b>60</b>	<b>79</b>	<b>21</b>
<b>DANS QUELQUES PAYS INDUSTRIALISES</b>					
Chiffres nationaux					
<b>Australie</b>	1997	30	70	62	38
<b>Autriche</b>	1992	31	69	71	29
<b>Canada</b>	1998	41	59	65	35
<b>Danemark</b>	1987	58	42	79	21
<b>Finlande</b>	1987/88	39	61	64	36
<b>France</b>	1999	33	67	60	40
<b>Allemagne</b>	1991/92	30	70	61	39
<b>Hongrie</b>	1999	41	59	60	40
<b>Israël</b>	1991/92	29	71	74	26
<b>Italie</b>	1988/89	22	78	77	23
<b>Japon</b>	1996	43	57	93	7
<b>République de Corée</b>	1999	45	55	88	12
<b>Lettonie</b>	1996	35	65	58	42
<b>Pays-Bas</b>	1995	27	73	69	31
<b>Nouvelle-Zélande</b>	1999	32	68	60	40
<b>Norvège</b>	1990/91	38	62	64	36
<b>Royaume-Uni</b>	1985	37	63	68	32
<b>Etats-Unis</b>	1985	37	63	63	37
<b>MOYENNE<sup>a</sup></b>		<b>37</b>	<b>64</b>	<b>69</b>	<b>31</b>

**Note** : Les données sont des estimations faites à partir des enquêtes sur l'utilisation du temps dont les résultats étaient disponibles au moment de la publication. Des données sur l'utilisation du temps sont actuellement collectées dans d'autres pays dont le Bénin, le Tchad, Cuba, la République dominicaine, l'Equateur, le Guatemala, la République démocratique populaire du Laos, le Mali, le Mexique, le Maroc, le Népal, le Nicaragua, le Nigeria, Oman, les Philippines, la Thaïlande et le Vietnam. Les activités marchandes désignent les activités de production destinées au marché, selon la définition de 1993 du Système de comptabilité nationale révisé des Nations Unies ; les enquêtes antérieures à 1993 ne sont pas strictement comparables avec celles qui portent sur les années plus récentes.

<sup>a</sup> : désigne la moyenne non pondérée pour les pays ou régions montrées précédemment..

<sup>b</sup> : Harvey 1995

**Source** : United Nations Development Programme, *Human development report 2004*. New York, Oxford University Press, 2004 : 233, tableau 28.

### Quelques définitions

**Activités marchandes**: Les activités marchandes sont définies comme les activités entraînant la production de biens et de services destinés au marché, mais aussi la production domestique de biens destinés à la consommation domestique. Mais la production de services pour la consommation domestique – la cuisine, l'approvisionnement en eau et en combustible, les soins donnés aux enfants, aux malades et aux personnes âgées – sont considérés comme des activités non marchandes lorsque l'on mesure la production économique.

**Le pourcentage du temps total de travail consacré aux activités marchandes/non marchandes** : sur 100 minutes du temps total de travail de chaque personne, le nombre de minutes consacrées aux activités marchandes/non marchandes.

**Document 3 - Tableau 3 : Estimations du revenu par sexe, dans un certain nombre de pays en 2002**

	Revenu des femmes en pourcentage du revenu des hommes (estimations en PPP \$ US) 2002 <sup>a</sup>
<b>DANS QUELQUES PAYS EN DÉVELOPPEMENT</b>	
Bangladesh	56
Colombie	53
Guatemala	33
Inde	38
Indonésie	51
Kenya	90
Mongolie	67
Népal	50
Philippines	59
Afrique du Sud	45
Venezuela	41
<b>DANS QUELQUES PAYS INDUSTRIALISES</b>	
Australie	83
Autriche	36
Canada	63
Danemark	72
Finlande	70
France	59
Allemagne	52
Hongrie	59
Israël	53
Italie	45
Japon	46
République de Corée	46
Lettonie	69
Pays-Bas	53
Nouvelle-Zélande	69
Norvège	74
Royaume-Uni	60
Etats-Unis	62

<sup>a</sup> : faute de données sur le revenu détaillées selon le sexe, les revenus des femmes et des hommes ont été grossièrement estimés à partir des données disponibles sur le ratio entre le salaire non agricole pour les femmes et le salaire non agricole pour les hommes, sur la part des femmes et des hommes dans la population active, sur la population totale des femmes et des hommes, et sur le PIB par habitant en dollars PPP (voir définition plus bas)

Source : United Nations Development Programme, *Human development report 2004*. New York, Oxford University Press, 2004 : 233, tableau 28.

### Quelques définitions

**PIB ou produit intérieur brut** : la production totale de biens et de services réalisée dans une économie, à la fois par les résidents et par les non-résidents et indépendamment de la répartition entre les commandes domestiques et venues de l'étranger. Il n'inclut pas les déductions pour dépréciation du capital physique ou pour dépréciation ou dégradation des ressources naturelles. Les activités non marchandes – qui comprennent la préparation des repas, la transformation des produits alimentaires pour la consommation domestique, l'approvisionnement en eau et en combustible, les soins donnés aux enfants, aux malades et aux personnes âgées – ne sont pas prises en compte comme des services dans le calcul du PIB.

**PPP\$ ou pouvoir d'achat en parité dollar** : le nombre d'unités en monnaie nationale nécessaire à l'achat du même panier représentatif de biens et services (ou un panier similaire de biens et services) qu'un dollar américain permettrait d'acheter aux Etats-Unis. En utilisant le PPP\$ pour mesurer le PIB d'un pays, on n'applique pas le taux de change du dollar applicable sur le marché mais un taux de change qui mesure la quantité de monnaie d'un pays nécessaire pour l'achat des biens et services que l'on peut acheter pour un dollar américain aux Etats-Unis. Ce chiffre permet de comparer les PIB entre les pays.

**Revenu des femmes en pourcentage du revenu des hommes en PPP\$** : le nombre de dollars gagnés par la population féminine pour 100 PPP\$ gagnés par la population masculine.



## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- Connaître un outil de l'analyse comparative entre les sexes dans le domaine de la santé
- Apprendre à appliquer l'outil de l'analyse comparative entre les sexes à des questions précises liées à la santé, et comprendre que le genre a un impact sur l'état de santé.

[durée] 3 heures

### Matériel

- Document 1 : Outil d'analyse genre et santé
- Document 2 : Utilisation de l'outil de l'analyse comparative entre les sexes pour comprendre les questions de genre dans le problème du paludisme
- Document 3 : Fiche d'information de l'OMS – «Genre et blessures par accidents de la circulation»
- Diapositive : Les liens entre genre et santé (voir encadré p.95)
- Diapositive : Outil d'analyse genre et santé (d'après le document 1).

### Lectures de l'animateur-trice

1. WHO. 1998. *Gender and health*. Technical Paper. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
2. UNAIDS. 2000. *Men and AIDS - a gendered approach*, 2000 World Aids Campaign. UNAIDS. [<http://www.thebody.com/unaidsmen/contents.html>]
3. Swedish International Development Cooperation Agency. 1997. Handbook for mainstreaming a gender perspective in the health sector. chapitre 2. Stockholm : Department for Democracy and Social Development, Health Division, Swedish International Development Cooperation Agency. [[http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=118&a=2512&language=en\\_US&searchWords=handbook](http://www.sida.se/sida/jsp/sida.jsp?d=118&a=2512&language=en_US&searchWords=handbook)]

4. Krieger N. 2003. « Genders, sexes, and health: what are the connections—and why does it matter? » *International Journal of Epidemiology* 32 : 652-657.
5. Sabo D. 1999. *Understanding Men's Health: A relational and gender sensitive approach*. The Harvard Center for Population and Development Studies.
6. OMS. Fiches d'information sur le genre et la santé. [Disponibles sur : [http://www.who.int/gender/other\\_health/fr/](http://www.who.int/gender/other_health/fr/)]
7. OMS. 2002. *Gender analysis in health. A review of selected tools*. Genève : OMS. [<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590408.pdf>]
8. Andro A. 2003. « Saisir les rapports de genre dans l'analyse de la fécondité ». dans : Stéphanie Condon et Armelle Andro (coord.), *Questions de genre en démographie. Actes de la journée-séminaire du 22 juin 2001*. Paris : INED (Documents de travail 117), pp. 48-56. [toute la publication : <http://www.ined.fr/publications/collections/dossiersetrecherches/117.pdf>]
9. Family Health International. 2002. « Les stéréotypes nuisent à une bonne santé sexuelle ». *Network en français* 21(4). [[http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v21\\_4/NWvol21-4gendroles.htm](http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/Network/v21_4/NWvol21-4gendroles.htm)]
10. Bajos N, Ferrand M. 2004. « La contraception, levier réel ou symbolique de la domination masculine? » *Sciences sociales et santé* 22(9) : 117-141.
11. Egrot M. 2004. « Différenciation sexuelle des interprétations causales de la maladie en Afrique subsaharienne (Burkina Faso) ». *Sciences sociales et santé* 22(3) : 45-69.

---

## Lectures pour les participant-e-s

Références 1, 4 et 5 et les fiches d'information de l'OMS (VIH et accidents).

---

## Déroulement de la session

La session comprend trois activités. Dans la première, vous présentez aux participant-e-s un outil permettant l'analyse du genre dans le domaine de la santé. Dans la deuxième activité, les participant-e-s se répartissent en sous-groupes et étudient l'impact du genre sur la santé à partir de l'outil d'analyse comparative des sexes que vous avez présenté. Ils étudient alors des exemples de problèmes liés à la santé qui touchent les femmes et les hommes. Ils font ensuite un rapport devant l'ensemble du groupe, préalablement à une discussion générale qui se terminera par la conclusion de l'animateur-trice.



45 mins

## Activité 1 : Un outil d'analyse comparative entre les sexes dans le domaine de la santé



Présentez aux participant-e-s la construction de l'outil d'analyse comparative entre les sexes en montrant une diapositive du Document 1. Attirez l'attention des participant-e-s sur les concepts de genre qui ont été présentés lors de la session précédente, et sur l'utilisation qui en est faite pour comprendre les questions de genre dans le cas de certains problèmes liés à la santé.

Passer en revue les titres des lignes et des colonnes et expliquez la signification de chacun des termes utilisés. Prenez ensuite quelques cellules de la matrice et montrez les questions qu'elles soulèvent. Par exemple, la deuxième cellule de la première colonne indique : « Existe-t-il des différences entre les sexes dans les comportements de recherche de santé ? », etc. La tâche consiste alors à chercher les données permettant de répondre à cette question. Donnez des exemples de données disponibles sur certains problèmes liés à la santé. Par exemple, il existe des données montrant que les femmes et les hommes contactent différents types de prestataires de santé en première intention pour des symptômes associés à la tuberculose ; etc.

Après avoir étudié la matrice, montrez l'utilisation qui peut en être faite à partir d'un exemple (l'identification des questions de genre en lien avec le paludisme) pour montrer comment elle peut être utilisée. Cet exemple est donné dans le document 2.

1 hr  
15 mins

## Activité 2 : Sexe, genre et santé



15 mins

### Etape 1 : Lecture individuelle hors cours

Divisez le groupe en six sous-groupes. Deux sous-groupes reçoivent le document 3, deux sous-groupes le document 4, ces documents étant des fiches d'information traitant respectivement des questions de genre en lien avec la tuberculose, les blessures par accidents de la circulation et la santé mentale. Chaque participant-e reçoit un exemplaire du document attribué à son groupe et le lit individuellement. Demandez aux participant-e-s de lire les documents la veille.



1 hr

### Etape 2 : Discussions de groupe

Chaque sous-groupe travaille alors avec l'outil d'analyse comparative entre les sexes et remplit la matrice (sur un tableau à feuilles volantes ou sur un transparent) à partir des informations contenues dans son document. Une personne est alors responsable du rapport devant l'ensemble du groupe.



## Activité 3 : Rapports et discussion



**Etape 1 : Rapport** Chaque groupe fait son rapport devant l'ensemble du groupe (six à sept minutes par groupe). Autorisez les participant-e-s à poser des questions une fois que toutes les présentations ont été faites mais pas après chaque rapport. Notez chaque question ou problème important soulevé, et soumettez-les à la discussion de groupe lors de l'étape 2.



**Etape 2 : Discussion** Animez une discussion avec l'ensemble du groupe et terminez l'activité en dégagant les principaux points qui ressortent des trois problèmes de santé.

**Points clés de la discussion** **Restez centré-e sur le genre**  
Un certain nombre de questions va certainement porter sur le problème lié à la santé dont il est question dans le document. Il vaut mieux ne pas entrer dans les détails et rester centré sur les questions de genre.

### Interrogez les données

Passez en revue certaines questions importantes et résumez le rôle du sexe et du genre dans ces questions. Par exemple : que nous disent les données sur la vulnérabilité des hommes et des femmes face à la tuberculose ? Que la prévalence s'avère être plus forte chez les hommes, notamment dans les tranches d'âge adultes. Mais cela ne veut pas nécessairement dire que les femmes sont moins vulnérables. Les tests de diagnostic utilisés ou la nature des chiffres de prévalence sont des éléments qui entraînent une sous-déclaration des cas touchant les femmes. Les données ne sont pas concluantes.

### Comportement de recherche de santé

S'attend-on à trouver des différences dans les comportements de recherche de santé chez les femmes et chez les hommes ? Pourquoi ? Quel rôle le genre a-t-il dans ces différences ? Etc.

### En se référant à la session 3 : comment les concepts influencent-ils de façon différente la santé des hommes et des femmes ?

Il peut être utile de se référer aux concepts de genre qui ont été introduits dans la session 2 : la division sexuelle du travail, les rôles et normes de genre, l'accès aux ressources et leur contrôle, le pouvoir. Passez chacun de ces concepts en revue pour en étudier les différents effets sur la santé des hommes et des femmes. Vous pouvez lancer la discussion sur la tuberculose, mais il sera opportun d'élargir la discussion en considérant, de manière plus générale, le fait que les différences de santé entre les hommes et les femmes ne résultent pas simplement des différences biologiques entre eux mais aussi de différences de genre, socialement construites.

Par exemple, les femmes pauvres qui travaillent avec des poêles à bois ont plus de risques de problèmes respiratoires car la division sexuelle du travail leur attribue la responsabilité de préparer les repas. Ce sont plutôt les emplois des hommes que ceux des femmes qui impliquent de conduire un véhicule, avec notamment des déplacements sur de longues distances qui entraînent un manque de sommeil, etc., en conséquence de quoi les hommes sont plus vulnérables aux accidents de la route. L'accès limité des femmes à l'information peut les empêcher de reconnaître les symptômes indiquant une infection ou un problème de santé. Les femmes peuvent ne pas avoir le temps, à cause de leur double journée de travail, de consulter à temps pour régler les problèmes liés à la santé. D'un autre côté, parce qu'ils ont des emplois à plein temps en dehors de leur domicile, les hommes ont parfois des difficultés à prendre congé pour une consultation clinique.

Concluez la discussion en récapitulant ce que l'on sait sur les liens entre le genre et la santé (voir encadré ci-dessous pour les informations à donner par rétroprojection).

#### Les liens entre genre et santé

- Les femmes et les hommes diffèrent de par l'espace physique qu'ils occupent, les tâches et les activités qu'ils mènent et les personnes avec lesquelles ils sont en relation.
- Dans presque toutes les cultures partout dans le monde, et dans tous les groupes sociaux, les femmes ont moins accès aux ressources et moins de contrôle sur ces ressources que les hommes, et un accès égal aux structures telles que l'éducation et la formation leur est refusé. Mais la signification de la masculinité et de la féminité varie selon les cultures, les races et les classes. Il est important de déconstruire les généralités sur « les femmes » et « les hommes » et de savoir clairement de quels groupes de femmes et d'hommes on parle.
- Les différences basées sur le genre en termes d'accès aux ressources et de contrôle de celles-ci, de pouvoir et de prise de décisions, ainsi que de rôles et responsabilités ont des conséquences sur l'état de santé des femmes et des hommes. Elles entraînent : des différences de risques et de vulnérabilité aux infections et d'états de santé ; des perceptions différentes des besoins de santé et des formes appropriées de traitement ; des accès différents aux services de santé ; des conséquences de maladies ou des séquelles différentes, et des répercussions sociales différentes pour les personnes en mauvais état de santé.
- Le genre influence de diverses façons l'état de santé, par :
  - L'exposition, le risque ou la vulnérabilité
  - La nature, la gravité et la fréquence des problèmes liés à la santé
  - La façon dont les symptômes sont perçus
  - Le comportement de recherche de santé
  - L'accès aux services de santé
  - La capacité à suivre les traitements conseillés
  - Les conséquences sociales et de santé à long terme.

## Points principaux pour conclure la session

---

### Les facteurs de genre et les différences biologiques ont des effets sur la santé des femmes et des hommes

Les facteurs de genre et les différences biologiques se combinent pour influencer l'état de santé des femmes et des hommes.

Les femmes et les hommes sont probablement exposés à des risques différents de contracter un problème de santé en raison de la division sexuelle du travail ou en raison des rôles et normes de genre.

Les femmes et les hommes ont aussi parfois une perception différente de ce que représente un mauvais état de santé et de ce qu'il faut faire pour régler le problème.

### Accès aux ressources

Souvent les femmes ont un accès plus limité aux ressources que les hommes, alors que ces ressources sont nécessaires à un bon état de santé.

Même lorsqu'elles ont un accès suffisant, il est possible que les femmes n'aient pas l'autorité nécessaire pour prendre des décisions, ce qui accentue les risques pour leur santé et les empêche de traiter leur problème de santé de façon adéquate.

### Le secteur de la santé entretient les rôles et normes de genre

Le secteur de la santé reflète la société, sa vision des femmes et des hommes et ce qu'elle attend d'eux. Par exemple, les messages d'éducation à la santé s'adressent le plus souvent aux femmes parce qu'elles sont considérées comme responsables de la santé des membres de la famille. Les femmes sont censées être soumises à l'autorité et ne pas contester les idées et les décisions des prestataires de santé. Dans de nombreux endroits, le secteur de la santé tient pour acquis que tous les hommes et toutes les femmes sont hétérosexuels, mariés et monogames, et quiconque n'entre pas dans ce modèle est considéré avec désapprobation. En d'autres termes, le secteur de la santé est une autre institution sociale qui maintient les rôles et normes de genre.

### Une analyse de genre des institutions de santé est nécessaire

Une analyse de genre des institutions de santé est nécessaire pour permettre d'identifier les mesures à prendre pour l'intégration transversale de l'égalité des sexes dans une institution. Mais elle est aussi un préalable à l'élimination des inégalités basées sur le genre qui découlent des programmes sanitaires.

Session développée par TK Sundari Ravindran, à partir d'une session précédemment développée par Makhosazana Xaba



Document

# 1

## Outil d'analyse genre et santé

### Outil 1 : Analyse de genre d'un problème de santé : les effets des différentes caractéristiques du genre sur la santé des hommes et des femmes

Relation avec le problème de santé x	Les différences biologiques des hommes et des femmes influencent-elles leur	Les activités, rôles et normes de genre différents des hommes et des femmes ont-ils des effets sur leur	Le niveau d'accès et de contrôle des ressources des hommes et des femmes affecte-t-il leur
Vulnérabilité (incidence, prévalence)			
Recherche de santé et capacité à accéder aux services de santé			
Options préventives et de traitement			
Expérience avec les services et les prestataires de santé			
Issue du problème (par exemple, guérison, handicap, mort)			
Conséquences (économiques, sociales, y compris comportementales)			

<sup>1</sup> Adapté de Gender and Health Group, 1999 : 26-27 (10) ; Hartigan et al. 1997 : 35-66 (11) ; Ravindran TKS 2000 (12) ; Klugman, Fonn et Tint 2001: 45-50 (13).



Document

## 2

## Application de l'outil d'analyse genre et santé

**Analyse du genre en ce qui concerne le paludisme**

La matrice ci-dessous illustre, à partir de l'exemple du paludisme, la façon d'utiliser l'Outil d'analyse genre et santé comme base pour examiner la santé et les comportements de recherche de santé. Elle attire immédiatement votre attention sur les biais de genre possibles et sur les questions de genre qui peuvent mériter votre attention lorsque vous définirez des politiques et des programmes. La matrice a été remplie à partir des informations données par un article sur le genre et le paludisme et ne comporte que les informations qui vous permettront de vous faire une idée de l'utilisation de la matrice. Lorsque les informations ne sont pas données dans l'article, les cases n'ont pas été remplies. Pour une réelle analyse du genre, vous utiliseriez des sources d'informations plus diverses et vous auriez recours à la matrice pour en faire une synthèse.

Relation avec le paludisme	Les différences biologiques des hommes et des femmes influencent-elles leur	Les rôles, les normes/ valeurs de genre et les activités différentes des hommes et des femmes ont-ils des effets sur	Le niveau d'accès et de contrôle des ressources des hommes et des femmes affecte-t-il leur
<b>Vulnérabilité : incidence prévalence (masculin / féminin)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de rapport de différence de sexe significative dans l'incidence ou la prévalence</li> <li>• Les taux d'infection augmentent en cas de grossesse</li> <li>• Les femmes enceintes sont plus vulnérables à cause de leurs immunités basses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Influence possible sur l'exposition, p. ex. en Inde : les hommes qui dorment dans des fermes loin de chez eux n'utilisent certainement pas de moustiquaires ; les femmes qui récoltent le maïs avant la levée du jour à l'heure où les piqûres sont les plus nombreuses ou qui tiennent des étals de nourriture la nuit</li> <li>• Les vêtements portés peuvent influencer la proportion du corps qui est exposée ; les hommes passent certainement plus de temps de loisir en plein air</li> </ul>	

<sup>2</sup> Allotey PA et Ravindran TK. *Gender Analysis in the Control of Malaria : The Insecticide-Treated Bed Net Intervention*, Key Centre for Women's Health, Faculty of Medicine, Dentistry and Health Sciences, Université de Melbourne, Australie, 2001.



Relation avec le paludisme	Les différences biologiques des hommes et des femmes influencent-elles leur	Les rôles, les normes/ valeurs de genre et les activités différentes des hommes et des femmes ont-ils des effets sur	Le niveau d'accès et de contrôle des ressources des hommes et des femmes affecte-t-il leur
<p><b>Comportement de recherche de santé et capacité à accéder aux services de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes de la tranche d'âge 20–49 ans sont très sous-représentées dans les cas de paludisme rapportés par les structures de santé</li> <li>• La nature asymptomatique du paludisme durant la grossesse signifie que les femmes enceintes ne vont certainement pas chercher à se faire soigner</li> <li>• Une étude menée en Papouasie-Nouvelle Guinée montre que l'effet de la distance sur l'accès varie selon les groupes d'âge-sexe. L'effet de la distance est le plus prononcé pour les garçons adolescents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'entretien et donc la ré-imprégnation des moustiquaires relève en général de la responsabilité des femmes, mais elle peut être rendue impossible par des contraintes de coûts ou de temps (lien avec les ressources)</li> <li>• Dans certaines communautés, les hommes sont prioritaires pour l'utilisation des moustiquaires pour que, en tant que soutiens de famille, ils puissent bien dormir. Dans bien des cas, les hommes sont prioritaires pour des raisons de statut plus élevé</li> <li>• Les femmes, en tant que personnes qui s'occupent de la famille, vont certainement plus chercher des soins</li> <li>• La chimioprophylaxie et le traitement habituels du paludisme lors de la grossesse sont freinés par divers facteurs culturels, sociaux et économiques qui empêchent également le suivi des soins prénatals. Parmi ces facteurs: les femmes recourent plus facilement aux guérisseurs traditionnels; ne suivent pas les soins prénatals à cause des tabous liés à la grossesse; lorsque la préférence est donnée aux enfants de sexe masculin, les femmes amènent plus souvent leurs nourrissons masculins atteints de paludisme aux centres de santé, et sont prêtes à marcher sur de plus longues distances avec eux</li> </ul>	<p>Voir colonne 3</p>

Relation avec le paludisme	Les différences biologiques des hommes et des femmes influencent-elles leur	Les rôles, les normes/ valeurs de genre et les activités différentes des hommes et des femmes ont-ils des effets sur	Le niveau d'accès et de contrôle des ressources des hommes et des femmes affecte-t-il leur
<b>Expérience avec les services de santé et les prestataires de santé</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes, en tant que mères, sont les cibles des programmes visant à faire venir les enfants dans les centres de soins, mais elles sont souvent tenues responsables de l'échec de ces programmes</li> <li>• Une étude menée au Burkina Faso a montré que les patientes avaient plus de difficultés à communiquer avec le personnel de santé</li> <li>• Cas de femmes refusant un examen fait par des hommes ; Burkina Faso - itinéraires thérapeutiques inadéquats chez les femmes mais pas chez les hommes ; New York - diagnostic retardé pour les femmes mais pas pour les hommes</li> </ul>	Dans les régions où l'on est passé des moustiquaires subventionnées aux moustiquaires entièrement à la charge des familles, leur utilisation a reculé et la vulnérabilité a donc progressé. Le genre est ici doublement déterminant car les femmes ont moins de contrôle sur le revenu du ménage et parce qu'elles ont plus tendance à donner la priorité à l'achat des moustiquaires
<b>Options préventives et de traitement, réactions au traitement ou rétablissement</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• La non-participation des femmes aux essais de vaccins risque d'entraîner la mise au point de vaccins aux effets secondaires imprévus pour les femmes</li> <li>• Les programmes préventifs sont en général de type communautaire; lorsque les normes sociales font que les femmes ne peuvent pas participer, le succès est limité</li> </ul>	Les considérations financières sont en général les plus importantes dans la décision de suivre ou non le traitement jusqu'à son terme - liens avec le moindre accès des femmes au revenu
<b>Issue du problème de santé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faible diagnostic pendant la grossesse</li> <li>• Mortalité masculine plus élevée que la mortalité féminine dans les groupes d'âge 0–4 ans et 5–14 ans. A partir de 15 ans, les décès de femmes à cause du paludisme sont plus nombreux. Forts taux de mortalité rapportés pour les femmes enceintes</li> </ul>	Dans les sociétés où la préférence est donnée aux enfants mâles, les effets de la maladie sont parfois défavorables pour les filles même lorsque les taux d'incidence du paludisme sont les mêmes pour les deux sexes	De mauvais résultats pour les femmes enceintes, qui peuvent être parfois renforcés par des facteurs de genre dans le contexte socioculturel et dans le statut économique des femmes qui font obstacle à l'utilisation des services de santé et à une bonne santé

<b>Relation avec le paludisme</b>	<b>Les différences biologiques des hommes et des femmes influencent-elles leur</b>	<b>Les rôles, les normes/ valeurs de genre et les activités différentes des hommes et des femmes ont-ils des effets sur</b>	<b>Le niveau d'accès et de contrôle des ressources des hommes et des femmes affecte-t-il leur</b>
<b>Conséquences (économiques, sociales, y compris comportementales)</b>	[Pas toujours applicable]	Pas d'informations disponibles	Une étude menée au Cambodge a montré que lorsque les hommes ont le paludisme, le ménage est plus gravement touché économiquement ; et qu'alors la charge de travail des femmes augmente



## Document

## 3

## Genre et blessures par accidents de la circulation

Fiche d'information OMS *Genre et santé* - Janvier 2002

Dans le monde, les blessures par accidents de la circulation ont causé plus d'un million de décès en 1998 et ont été la deuxième cause de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. Quatre-vingt-huit pour cent de ces décès se sont produits dans les pays à bas et moyen revenu où la majorité des victimes ont été des piétons, des cyclistes et des personnes circulant sur des deux-roues motorisés. Plus d'un quart de tous les décès par accidents de la route a lieu en Asie du Sud-Est, mais c'est l'Afrique qui a le plus fort taux de décès par accident de la circulation avec 28,2 décès pour 100 000 habitants.

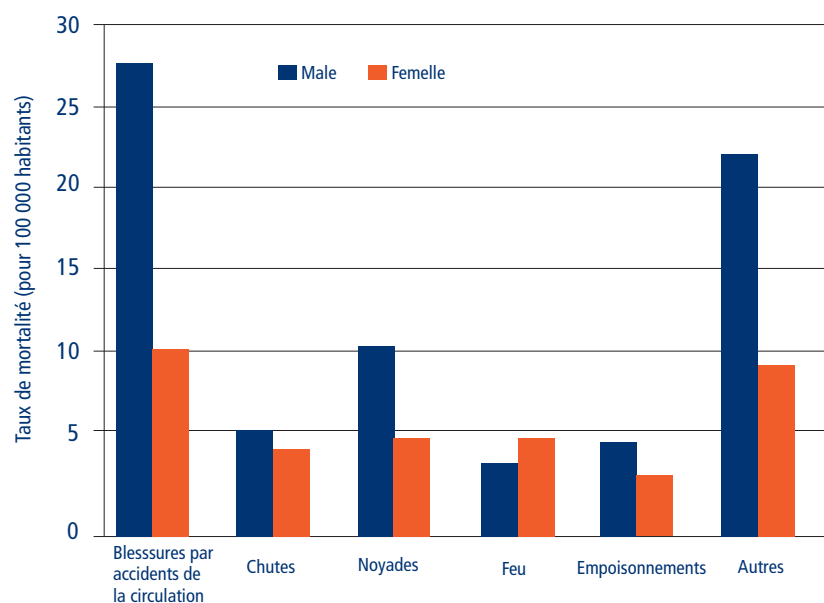
Les études menées dans les pays en développement montrent une croissance constante du nombre d'accidents de la circulation, des blessures par accident de la circulation et des taux de mortalité de ces accidents ces dernières décennies. Cette augmentation résulte de la croissance du nombre de véhicules motorisés et de la congestion croissante des routes. Au Kenya par exemple, le nombre de personnes décédées de blessures dues à des accidents de la circulation a été multiplié par presque 6, et le nombre de victimes dont les blessures n'ont pas été fatales par plus de cinq entre 1962 et 1992.

## Que savons-nous ?

## Des taux de blessures et de fatalité plus forts chez les hommes

Dans le monde, les hommes sont presque trois fois plus nombreux (taux de 2,7) que les femmes à mourir de blessures par accidents de la circulation, ce qui représente le plus fort différentiel entre les sexes de tous les taux de mortalité due à des blessures involontaires (Graphique 1).

Graphique 1. Mortalité globale due à des blessures involontaires, 1998.



Source : *Injury : A leading cause of the global burden of disease*. Organisation mondiale de la Santé, 1999.

A Barcelone (Espagne), une vaste étude portant sur six hôpitaux<sup>1</sup> a montré que 7 cas sur 10 de blessures par accident de la circulation chez des personnes de plus de 14 ans concernaient des hommes, et le taux global de mortalité était plus de 3 fois plus élevé chez les hommes (26,0) que chez les femmes (7,7).

Dans plusieurs pays en développement, les taux de blessure et de fatalité sont plus élevés chez les hommes dans chaque catégorie de blessure par accident de la circulation. Une étude menée en 1997 dans un hôpital de Kampala (Ouganda) a montré que les hommes étaient de 2 à 7 fois plus nombreux que les femmes parmi les blessés par accidents de la circulation, aussi bien parmi les piétons que parmi les passagers d'un véhicule, les conducteurs d'un véhicule motorisé ou d'un deux-roues motorisé, ou les cyclistes. Des résultats similaires ont été trouvés au Kenya et en Ethiopie.

Dans plusieurs pays industrialisés, il est fait état d'un plus grand nombre de décès chez les hommes piétons. Aux Etats-Unis, 70% des personnes mortes parmi les piétons sont des hommes, et la proportion était de 61% à Singapour entre 1990 et 1994. La proportion d'hommes parmi les victimes piétonnes a beaucoup augmenté en Australie où elle est passée de 69% entre 1986 et 1993 à 78% en 1994.

#### Des risques particuliers pour les enfants et les jeunes

Parmi les enfants piétons, les garçons sont en général plus souvent victimes que les filles de blessures dans les accidents de la circulation. Une étude australienne suggère que ce déséquilibre est dû au fait que les garçons risquent plus que les filles de traverser la rue sans la compagnie d'un adulte.

Les collisions impliquant des enfants cyclistes montrent des taux de fatalité plus hauts chez les garçons. En Australie, le taux de mortalité est deux fois plus élevé pour les garçons cyclistes que pour les filles. Tous les décès impliquaient des véhicules en marche et la plupart de ces collisions étaient attribuables à un comportement à risque de la part des enfants à bicyclette.

Aux Etats-Unis, où de nombreux adolescents ont des permis de conduire pour véhicules à moteur, les jeunes hommes courent un risque particulièrement élevé, les risques de décès par accident de la circulation étant presque deux fois plus élevés pour eux que pour les jeunes femmes.

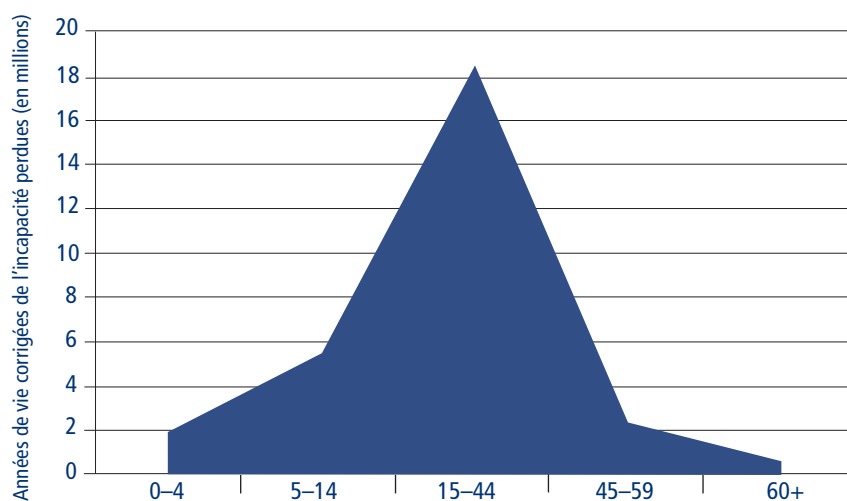
#### Les victimes âgées sont surtout susceptibles d'être gravement blessées et tuées

Pour les piétons, les risques d'être victimes d'une collision, d'être tués ou d'avoir besoin de soins spécialisés à long terme augmentent avec l'âge. C'est probablement vrai aussi pour les passagers des véhicules. Selon une étude menée aux Etats-Unis, à force de collision égale, le risque de décès pour les passagers d'un véhicule augmente régulièrement avec l'âge, les personnes de 70 ans ayant 3 fois plus de risque de mourir de la même collision que les personnes de 20 ans.

<sup>1</sup> Ces six hôpitaux reçoivent 95% des victimes d'accidents de véhicules motorisés de Barcelone, ce qui permet d'avoir des statistiques portant sur l'ensemble de la population de la ville (Plasencia 1995).

Des données portant sur les années 1990 recueillies dans cinq pays en développement (Chine, Colombie, Costa Rica, Mexique, Taiwan) montrent que les personnes âgées de plus de 65 ans ont un plus fort taux de mortalité due aux blessures par accidents de la circulation, les taux étant deux à trois fois plus élevés chez les hommes âgés que chez les femmes du même âge.

**Graphique 2.** Nombre d'années vécues avec une incapacité (AVI) résultant de blessures par accidents de la circulation (corrige). Hommes 1998.



Source : *Injury : A leading cause of the global burden of disease*. World Health Organization, 1999.

La plus petite taille des femmes les expose à de plus hauts risques de blessures des membres inférieurs et de décès

Tous aspects d'une collision dans un accident de la circulation égaux, les femmes ont plus de risques d'avoir des blessures des membres inférieurs à cause de leur plus petite taille. Des études sur la fréquence et la gravité des blessures des membres inférieurs ont trouvé un excédent de blessures de la cheville/du tarse chez les femmes, et une étude de suivi a trouvé que cette différence était imputable à la différence de taille entre les sexes.

Une autre étude menée récemment aux Etats-Unis rapporte que, pour les âges compris entre 20 et 35 ans, les passagères de véhicules motorisés ont 28 à 31% plus de risques de mourir des mêmes forces de collision que les hommes, à cause de leur plus petite stature.

### Rôles dévolus aux femmes et aux hommes et blessures par accidents de la circulation

Les hommes sont plus exposés à des risques de blessures et de décès par accidents de la circulation en grande partie parce qu'ils conduisent plus et parce qu'ils ont plus souvent des comportements à haut risque lorsqu'ils conduisent. Par ailleurs, les blessures et les décès semblent plus nombreux pour les hommes piétons indépendamment du temps passé sur la route, et sont attribuables à la consommation d'alcool et à des comportements à risque.

### La « masculinité » pourrait être un risque pour la santé

La socialisation fait partie du système de genre, c'est-à-dire qu'elle participe à la construction des différences et au façonnement des rôles. Le lien qui est fait entre la masculinité et la prise de risque, l'acceptation du risque et un mépris de la douleur et des blessures entraînent probablement des actions risquées de la part des hommes. Ces actions sont, par exemple, la consommation excessive d'alcool, l'usage de drogues, des comportements agressifs pour être maître de la situation, et une conduite risquée.

### Conduite plus fréquente

Là où la mobilité des femmes est traditionnellement limitée, les hommes risquent de passer beaucoup plus de temps que les femmes à conduire des véhicules, et partout, sauf dans une petite élite économique, les hommes vont plus probablement être propriétaires d'une voiture que les femmes. Les hommes travaillent aussi plus souvent comme chauffeurs et mécaniciens de voiture et de camions, y compris de long-courriers, ce qui signifie passer plusieurs jours et plusieurs nuits à bord du véhicule. L'exposition aux risques de blessures par accidents de la circulation serait donc plus grande chez les hommes conducteurs de véhicules, ce qui est clairement attribuable aux différences liées au genre dans les rôles masculins et féminins.

### Usage d'alcool

- Les données montrent régulièrement que les hommes vont plus probablement que les femmes conduire ou marcher sur la route sous l'influence de l'alcool.
- Les études menées au Kenya et aux États-Unis montrent que les conducteurs risquent beaucoup plus que les conductrices d'avoir bu de l'alcool avant d'avoir un accident avec un véhicule motorisé.
- Aux États-Unis, la consommation d'alcool est en cause dans environ un tiers de toutes les collisions fatales impliquant des adolescents, et les risques sont les plus grands chez les jeunes hommes.
- Selon une étude nationale menée au Canada auprès des jeunes, parmi les personnes qui ont bu dans une soirée, les hommes risquaient 3,5 fois plus de conduire après avoir bu.

- En Suède, entre 1977 et 1995, les décès chez des piétons dont les tests ont révélé une consommation d'alcool touchaient deux fois plus souvent des hommes que des femmes.
- Selon une étude menée dans un hôpital au Cap (Afrique du Sud), les hommes piétons blessés avaient une probabilité deux fois plus grande que les femmes d'avoir un test d'alcoolémie positif, et leur niveau moyen d'alcool dans le sang était significativement plus haut que celui des femmes.

#### Conduite à risque et comportement à risque des piétons

- Au cours d'une étude menée en Géorgie (Etats-Unis) sur les comportements à risque au volant chez les personnes de 16 à 19 ans, les hommes ont été beaucoup plus nombreux que les femmes à reconnaître avoir dépassé la limite de vitesse de 20 miles à l'heure, à avoir circulé sur des voies interdites, avoir pris des risques pour le plaisir et avoir conduit à deux ou trois voitures de front sur une route à deux voies.
- A Athènes (Grèce), une étude a rapporté que les conductrices de voiture et les femmes motocyclistes portaient deux fois plus souvent un casque que les conducteurs et les hommes motocyclistes.
- A Karachi (Pakistan), les observations ont montré que les hommes sautaient beaucoup plus souvent que les femmes hors d'un bus en mouvement (43% contre 1,6 %), qu'ils sautaient beaucoup plus souvent dans un bus en mouvement (49% contre 12%) et qu'ils couraient plus souvent pour attraper un bus (45% contre 8%), autant de comportements à risque dans une circulation urbaine dense.

#### Facteurs de genre dans les comportements de recherche de santé et conséquences sociales/économiques

Une limitation des déplacements, un éloignement des structures de santé, de mauvais systèmes de communication, tous ces facteurs empêchent la recherche de santé pour des problèmes aigus et pour des blessures. Sur un même terrain, il est probable que les disparités de genre dans l'accès aux soins pour des blessures dues aux accidents de la circulation soient les mêmes que celles pour les autres blessures graves. Il a été suggéré que les soins pour les accidents graves présentent une similarité avec les urgences obstétricales, et que les communautés qui ne peuvent pas répondre aux uns ne peuvent pas répondre aux autres.

Des différences entre les sexes vont probablement être trouvées en ce qui concerne les conséquences sociales et économiques des incapacités temporaires et/ou permanentes résultant des blessures. En général, les femmes n'ont pas des emplois qui leur permettent d'avoir une bonne couverture par une assurance ou qui vont leur permettre d'avoir un congé de longue durée. Elles risquent de ne pas pouvoir payer des soins à domicile, une garde d'enfant ou une aide ménagère, autant de soutiens qui peuvent être



nécessaires lors d'une incapacité temporaire ou permanente. D'un autre côté, les hommes étant souvent les seuls membres à apporter un revenu dans bien des ménages, les blessures et leurs conséquences risquent d'avoir des effets négatifs pour l'économie de toute la famille. On sait que le manque de soutien social et familial, les difficultés financières et les incertitudes quant à l'emploi sont associés de manière significative à de hauts taux de détresse psychologique et à un stress à long terme à la suite de blessures par traumatisme. Parfois, les incapacités permanentes qui résultent des blessures causent la fin des mariages et exposent les femmes au dénuement.

#### Quelles recherches s'imposent ?

- Lorsque les données appropriées n'existent pas, un système national de surveillance des blessures doit être mis en place pour fournir des données détaillées par âge et par sexe sur les causes des blessures lors d'accidents de la circulation. Il faut aussi standardiser et détailler selon le sexe les données relatives aux blessures par accidents de la circulation qui sont déjà disponibles dans de nombreux pays en développement et industrialisés. L'analyse de ces données permettrait d'identifier certains problèmes spécifiques à un pays, de suivre l'évolution des tendances et d'évaluer les interventions en cours.
- Il est nécessaire d'explorer les avantages potentiels de politiques adaptées à l'âge et au sexe dans le domaine de la circulation, par exemple en ce qui concerne la délivrance du permis de conduire.
- De nouvelles recherches sur les causes de la prise de risques excessive chez les hommes seraient justifiées. Etablir l'importance des effets sociaux (seuls ou en combinaison avec des facteurs biologiques) pourrait venir appuyer certaines restrictions des médias dans la mesure où elles renforcent des comportements risqués liés aux stéréotypes de genre.
- Plus de recherches sont nécessaires pour mieux connaître les différences de genre dans l'accès aux soins et aux services d'aide sociale pour les victimes de blessures par accidents de la route, ainsi que les conséquences sociales et économiques à long terme de ces blessures.

#### Quels enseignements tirer pour les politiques et les programmes de lutte contre les accidents ?

- A la lumière des données disponibles à ce jour, les Etats devraient peut-être explorer la faisabilité et l'efficacité, en terme de prévention des accidents, de mesures législatives telles que la création d'un permis à points, le recul de l'âge donnant le droit de conduire et (pour les garçons) de consommer de l'alcool, ainsi que la tolérance zéro pour l'alcool au volant.

- Dans les pays à bas revenu et à revenu moyen, des mesures et des interventions ciblant tout particulièrement les utilisateurs de la route qui sont vulnérables doivent être développées et pilotées.
- Sur des terrains divers, des projets doivent être créés et testés pour mettre en question les stéréotypes sur les rôles dévolus aux femmes et aux hommes valorisant les hommes qui prennent des risques, et encourager les pratiques saines. Ces projets doivent s'adresser plus particulièrement aux enfants et adolescents en âge scolaire des deux sexes, mais ils doivent aussi impliquer des femmes et des hommes plus âgés de façon à instaurer un environnement de soutien pour les hommes et les garçons qui adoptent des comportements plus sûrs et qui n'impliquent pas de prise de risque.
- Des changements de comportements dans le bon sens pourront être atteints grâce à des approches communautaires qui permettront de répéter sous différentes formes et dans différents contextes les messages de prévention des accidents.
- Les stratégies de financement et d'organisation de l'offre de services de traumatologie et de prise en charge des blessures doivent prendre en compte différences de genre dans les possibilités d'accéder et de payer les soins d'urgence et la rééducation.
- Les différences de genre qui existent dans les conséquences économiques et sociales des incapacités temporaires et/ou permanentes qui résultent de blessures doivent être prises en compte dans la planification des services de rééducation.

## Ce que les participant-e-s vont retirer du module



### Les participant-e-s vont :

Les participant-e-s auront une vision d'ensemble des outils et des concepts présentés dans le module Genre, et des liens qui existent entre eux.

[durée] 10 minutes

## Déroulement de la session

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.

## Contenu de votre présentation



Passez en revue les différents points de la présentation du module et projetez votre diapositive « Structure du module ».

**Rappelez aux participants l'outil d'analyse comparative entre les sexes, et en particulier, soulignez les concepts qui sont à la base de l'outil :**

- La distinction entre sexe et genre
- La division sexuelle du travail, des tâches et des activités
- Les rôles et normes portant sur la masculinité et la féminité
- L'accès et le contrôle des ressources
- Le pouvoir et la prise de décision.

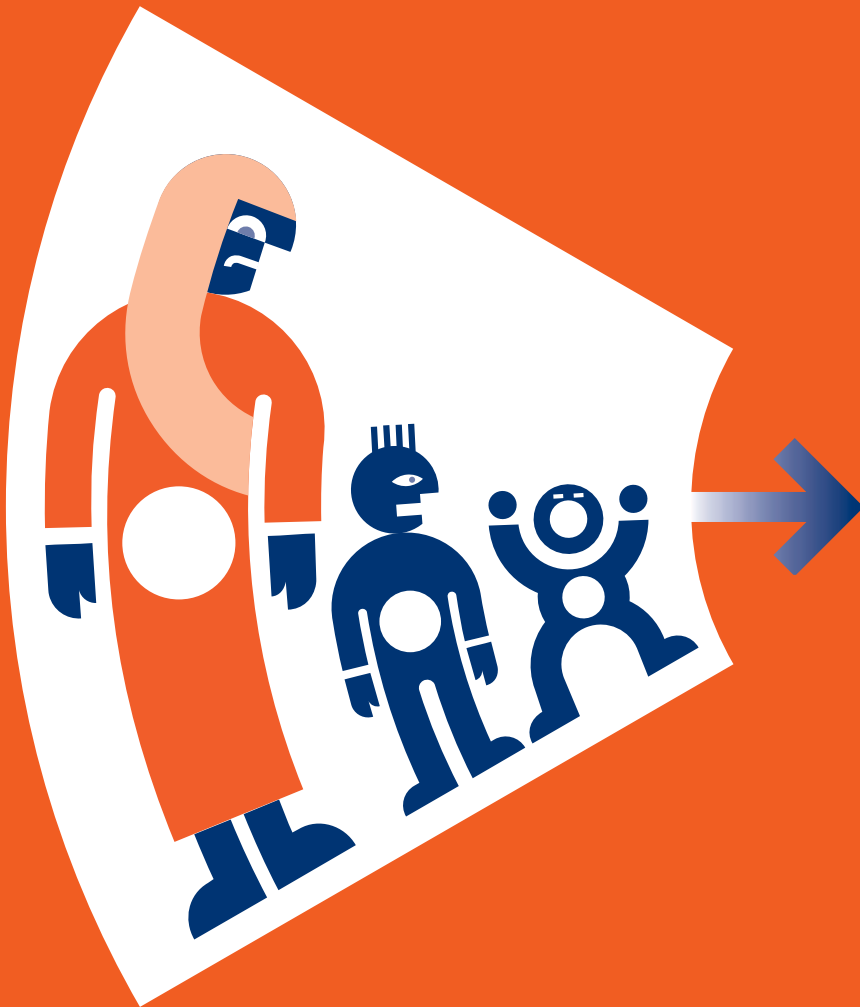
### Utilisation des outils et concepts

Rappelez aux participant-e-s qu'ils-elles ont utilisé ces concepts pour une analyse de genre de problèmes spécifiques liés à la santé, afin d'examiner comment le genre a des effets sur différentes dimensions de la santé.

### Introduction aux deux modules suivants

Les deux modules suivants vont apporter de nouveaux concepts et outils analytiques sur les déterminants de la santé et les droits. Les concepts introduits dans ces trois modules fondamentaux seront revus tout au long du cours pour étudier le traitement possible des questions de genre dans l'information relative à la santé, dans les politiques et programmes de santé. Par exemple, le concept d'intégration transversale du genre a été introduit dans le premier module, mais les informations et les compétences nécessaires au lancement d'actions pour l'intégration transversale du genre seront donnés dans les modules de mise en application : Données, Politiques et Systèmes de santé.

## Module 2 : Déterminants sociaux





# MODULE 2

## Présentation du module

### Ce que les participant-e-s vont retirer du module Déterminants sociaux

#### Les participant-e-s vont :

- comprendre que la santé est plus qu'une question médicale, et bien connaître le concept de déterminants sociaux de la santé
- savoir identifier le genre comme l'un de ces déterminants et savoir qu'il est lié et interdépendant des autres déterminants
- comprendre les différents niveaux d'action des déterminants de la santé, et les relations entre eux
- distinguer les divers facteurs qui ont des effets sur la santé des femmes :
  - ceux qui sont communs aux femmes et aux hommes d'un groupe social particulier (par exemple vivant en milieu rural/urbain, groupe pauvre/riche)
  - ceux qui découlent des différences biologiques distinguant les femmes des hommes
  - ceux qui résultent des différences basées sur le genre
- comprendre les interactions entre ces facteurs
- apprendre à appliquer le cadre des déterminants sociaux et du genre pour comprendre les facteurs structurels qui déterminent l'impact des politiques et projets dans le domaine de la santé
- comprendre que ces compétences permettent de définir et d'infléchir les politiques et projets dans le domaine de la santé.

#### Base conceptuelle du module

##### La santé est une question sociale

L'approche des questions de genre dans la santé adoptée dans l'ensemble de ce cours et dans ce module est guidée par l'idée que la santé ne relève pas seulement du domaine médical et ne dépend pas uniquement de facteurs naturels et biologiques et d'interventions médicales. La santé est une question sociale. L'endroit où nous vivons, notre mode de vie, ce que nous faisons, les personnes avec lesquelles nous sommes en relation, la nature de ces interactions et de ces relations – tous ces facteurs ont une influence sur notre santé. La santé est donc le produit d'une interaction entre notre biologie et l'environnement physique, socioculturel et politique dans lequel nous vivons et agissons.

Le module Déterminants sociaux replace le genre parmi les autres déterminants sociaux de la santé et montre les liens qui existent entre le genre et ces autres déterminants de la santé.

Le module Genre a montré que les femmes et les hommes ont des rôles et des responsabilités différents, et vivent des réalités sociales différentes, et ce non seulement en raison de différences biologiques mais aussi à cause de normes de genre déterminées socialement. Les femmes et les hommes ont des responsabilités différentes et n'ont pas le même accès ni le même contrôle sur les ressources. Par conséquent, les besoins de santé, les comportements de recherche de santé et l'accès aux services de santé vont certainement être très différents chez les femmes et chez les hommes, ce qui participe des différences liées au genre dans le statut sanitaire des femmes et des hommes.

**La session 1 introduit le concept de déterminant social de la santé à partir de deux exercices de groupe.** Elle montre qu'un cadre lié aux déterminants sociaux, s'il s'appuie sur une vision du monde qui prend en compte les questions de genre, implique que l'on considère le genre comme un déterminant de santé important.

**La session 2 est un exercice participatif dont le but est d'aider les participant-e-s à comprendre les divers niveaux d'action des déterminants de la santé (dont le genre), ainsi que les relations qui existent entre ces déterminants.** Les facteurs influençant la santé sont eux-mêmes influencés par les contextes locaux, nationaux et mondiaux. L'accès d'une communauté aux ressources dépend de la richesse du pays mais aussi du pouvoir relatif de la communauté dans le contexte national. De la même façon, des forces internationales – comme une dépression des prix à l'exportation des produits agricoles – peuvent causer un chômage important dans une communauté locale, ce qui, à son tour, va avoir une influence sur les ressources dont dispose un ménage et les femmes de ce ménage, et donc sur la santé de ces femmes. Les réformes du secteur sanitaire lancées par certains pays – avec notamment le paiement par l'utilisateur des actes et des médicaments et la privatisation des services de santé – ont également un rapport avec la santé des femmes et des hommes.

**La session 3 introduit un nouveau niveau de complexité pour l'analyse des facteurs influençant la santé. Elle permet aux participant-e-s de voir l'importance de :**

- facteurs liés à la situation sociale des femmes et des hommes : leur classe, leur race, leur appartenance ethnique ou leur position dans la hiérarchie sociale de leur communauté, autant de facteurs qui peuvent être communs aux femmes et aux hommes



- facteurs liés aux différences biologiques qui existent entre les femmes et les hommes ;
- facteurs liés au statut des femmes par rapport aux hommes en raison du genre, et notamment leur pouvoir et leur contrôle sur les ressources.

**Les sessions 2 et 3 permettent de comprendre les déterminants de la santé de façon plus nuancée et donnent des outils essentiels pour la définition de projets et de politiques.**

Par exemple, les projets qui visent à résoudre les problèmes liés à la santé des femmes ne seront pas identiques selon qu'ils cibleront les problèmes résultant de la pauvreté des femmes ou les problèmes découlant de leur manque relatif de pouvoir face aux hommes dans leur ménage. De la même façon, en appréhendant la relation complexe qui existe entre, d'une part, les facteurs nationaux et internationaux et, d'autre part, les facteurs communautaires, liés au ménage et individuels, et qui déterminent des situations sanitaires différentes selon le genre, on comprend mieux les chances de succès ou d'échec d'une politique ou d'un programme.

**La session 4** permet un résumé du tout ce qui a été présenté dans ce module.

## Organisation du module

		Objectifs Les participants vont :	Type d'activité	Durée : 4 heures 45 mins
<b>Session d'introduction</b>		Introduction au module Déterminants sociaux	Présentation	15 minutes
<b>SESSION 1</b>	Déterminants de la santé et de la maladie Déterminants sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Travail individuel/en sous-groupes	20 minutes
			Discussion de l'ensemble du groupe	40 minutes
<b>SESSION 2</b>	Un cadre à niveaux multiples pour comprendre les déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les différents niveaux d'action des déterminants de la santé (international, national, communautaire, au niveau du ménage, individuel)</li> <li>Avoir un aperçu des facteurs structurels qui déterminent l'impact des politiques et des programmes</li> </ul>	Travail en sous-groupes sur des problèmes de santé particuliers que l'on rencontre dans la région	45 minutes
			Exercice participatif avec l'ensemble du groupe	1 heure
<b>SESSION 3</b>	Exploration des liens qui existent entre le genre et les autres déterminants de la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distinguer les facteurs qui jouent sur la santé des femmes mais qui sont communs aux femmes et aux hommes d'un groupe particulier (par exemple, vivant en milieu rural/urbain, groupe pauvre/riche) ; les facteurs qui découlent des différences biologiques entre les femmes et les hommes ; et les facteurs liés à des différences de genre dans les rôles et les normes, l'accès et le contrôle des ressources, et le pouvoir des femmes et des hommes d'un même groupe social</li> <li>Dans les trois catégories précédentes, distinguer les différents niveaux d'action des déterminants</li> <li>Apprendre à appliquer un cadre de genre lié aux déterminants sociaux dans la définition et l'évolution des politiques et des projets</li> </ul>	Exercice participatif de l'ensemble du groupe	55 minutes
			Session plénière	40 minutes
<b>SESSION 4</b>	Synthèse du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une vision d'ensemble des outils et des concepts présentés dans le module, et de leurs liens</li> </ul>	Présentation	10 minutes

## Introduction au module Déterminants sociaux

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Vous allez présenter aux participant-e-s la structure, le contenu et les objectifs du module.

**[Durée] 15 minutes**

### Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.



Présentez le module à l'aide de diapositives inspirées de la présentation du module.

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Déterminants sociaux »
- « Structure du module Déterminants sociaux »
- « Organisation du module ».

# Déterminants de la santé et de la maladie

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- comprendre que la santé est bien plus qu'une question médicale
- se familiariser avec les concepts de déterminants sociaux de la santé et de la maladie.

[durée] 1 heure

## Matériel

- Document 1 : « Poème »
- Document ou tableau accroché au mur : « Questions de débat : Qu'est-ce qui fait qu'une personne est en bonne santé ? », p. 119.
- Tableau à feuilles et crayons.

## Lectures pour l'animateur-trice et les participant-e-s

1. Blaxter M. 1990. « What is health? » *Health and lifestyles*, chapitre 3, London : Tavistock-Routledge.
2. Mckeown T. 1976. « The medical contribution ». *The modern rise of population*, chapitre 5, London : Edward Arnold.
3. Eboko F, Grenier-Torres C, Mestre C. 2002. « Inégalités et santé: des disparités récurrentes à un projet global? » *Face à Face* 4. [[http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero\\_4/edito.htm](http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero_4/edito.htm)]
4. Fassin D. 1999. « Inégalité, genre et santé, entre l'universel et le culturel », dans : Preiswerk Y. (textes réunis par), *tant qu'on a la santé: les déterminants socio-économiques et culturels de la santé dans les relations sociales entre les femmes et les hommes*, pp. 119-130. Genève : Institut universitaire d'études du développement. [[http://www.iued.ch/information/publications/pdf/yp\\_tant\\_quon\\_a\\_sante/9Sant=Fassin.pdf](http://www.iued.ch/information/publications/pdf/yp_tant_quon_a_sante/9Sant=Fassin.pdf)]
5. Leroy V. 2004. « L'inégalité des sexes face à l'infection par le VIH-sida en Afrique : un cercle vicieux anthropologique, sociologique, épidémiologique et clinique, facteur d'entretien de l'épidémie ». *Sciences sociales et santé* 22(3) : 71-85.

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première est une discussion en sous-groupes ou un travail individuel sur les déterminants de la santé et de la maladie, suivie d'une discussion avec l'ensemble du groupe. La seconde activité est la lecture d'un poème qui étudie le lien entre pauvreté et mauvais état de santé.



### Activité 1 : Discussion sur les déterminants de la santé et de la maladie



**Etape 1 : Etude des questions de débat** Présentez aux participant-e-s les questions de l'encadré, soit en leur distribuant un document, soit en les écrivant au tableau. Expliquez bien qu'il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

#### Questions de débat : Qu'est-ce qui fait qu'une personne est en bonne santé ?

1. Qu'est-ce qu'une personne en bonne santé ?
2. Citez des facteurs contribuant à une bonne santé.
3. Citez des facteurs contribuant à une mauvaise santé.
4. Parmi les facteurs que vous avez identifiés pour les questions 2 et 3, lesquels sont de nature sociale et lesquels sont de nature biologique ?
5. Existe-t-il des différences dans la situation sanitaire des différents groupes sociaux ? Si oui, quelles sont ces différences, et comment s'expliquent-elles ?
6. Quelles sont les différences, s'il en existe, entre les causes sociales et biologiques de la maladie ?



**Etape 2 : Notez les réponses** Les participant-e-s peuvent travailler en groupes ou individuellement (en fonction de la taille de votre groupe). Ils-elles doivent noter leurs réponses sur papier s'ils-elles travaillent individuellement et sur un tableau s'ils travaillent en groupe.



**Etape 3 : Discussion de l'ensemble du groupe** Une fois que les participant-e-s ont noté leurs réponses, ouvrez la discussion avec l'ensemble du groupe. Il ne s'agit pas d'une session où l'on doit faire un rapport devant le groupe ; les participants répondent aux questions à mesure que vous les abordez. Pour la discussion, les deux premières questions peuvent être regroupées, de même que les troisième et quatrième, la cinquième et la sixième devant être prises chacune séparément.

**Sujets à discuter**    **Questions 1 et 2 : définition de la santé**

Les réponses à la première question partent en général d'évidences – une personne en bonne santé n'a pas de maladie – et comprennent en général : une personne en bonne santé ne se sent pas constamment fatiguée, elle n'a pas de mal ou de douleur constante ; une personne en bonne santé est détendue, positive, heureuse ; etc.

Les réponses à la question suivante, ce qui fait que l'on est en bonne santé, recourent en général les réponses à la première question et parlent de la satisfaction des besoins en nourriture, en vêtements et en logement, de l'accès aux équipements de base comme l'eau et les installations sanitaires, d'une vie dans un environnement non pollué et propre, mais aussi d'une vie dans un environnement agréable, du fait qu'une personne est productive, créative et utile, détendue, heureuse et positive et qu'elle se sent soutenue.

A partir des réponses à ces deux questions, aidez les participant-e-s à s'accorder sur ce que l'on entend par santé. Le plus souvent, la définition à laquelle ils arrivent est semblable à la définition que l'OMS donne de la santé comme « non seulement l'absence de maladie mais aussi un état de complet bien-être physique, mental et social ».

**Questions 3 et 4 : étude des causes sociales**

Les questions 3 et 4 sont faites pour aller au-delà des causes physiques et biologiques évidentes de la mauvaise santé. Les réponses vont en général de : une vie dans un environnement malsain, un logement surpeuplé et en mauvais état, la malnutrition, des problèmes congénitaux, la pauvreté et le manque d'éducation, jusqu'à des maladies liées au style de vie – le stress, le tabagisme et l'abus de certaines substances, le manque d'exercice, une alimentation déséquilibrée, etc. Les conflits armés et les guerres, la migration forcée et les catastrophes naturelles sont aussi mentionnés parfois.

**Question 5 : groupes sociaux différents, situations sanitaires différentes**

La discussion sur la question 5 doit isoler et étudier les facteurs qui déterminent les différences observées dans les situations sanitaires en fonction du : lieu de résidence (rural/urbain) ; statut socio-économique du groupe ; race/caste/appartenance ethnique/religion ; sexe.

Parmi les facteurs déterminant ces différences, il y a des différences d'exposition aux risques et de vulnérabilité, de perception de la santé, de comportements de recherche de santé, d'accès aux services de santé, de réponses des prestataires de santé, mais également des conséquences sociales et sanitaires à long terme. Par exemple : pourquoi, dans la plupart des pays, les taux de mortalité infantile sont-ils plus hauts dans les zones rurales que dans les zones urbaines ? Est-ce imputable à la pauvreté, au manque d'éducation, à la plus grande pauvreté de l'environnement ou à un manque d'accès aux services de santé ? Et

pourquoi tenons-nous pour acquis que les personnes pauvres ont des taux de mortalité plus élevés ? Par quels moyens la pauvreté empêche-t-elle d'être en bonne santé ? Rappelez aux participant-e-s les différentes dimensions de la santé qu'ils-elles ont étudiées dans la session 5 du module Genre.

### Question 6 : les causes sociales de la maladie sont différentes des causes biologiques

Alors qu'il n'est certainement pas toujours possible de prévenir les causes biologiques d'une mauvaise santé, les causes sociales de la maladie peuvent être combattues et modifiées par des politiques et des programmes. Mais ces deux types de causes ne sont pas faciles à distinguer. Des bébés avec de faibles poids à la naissance naissent dans des ménages riches et dans des ménages pauvres. Mais la probabilité de ce type de naissance est plus forte dans les ménages pauvres à cause du mauvais état nutritionnel de la mère, ou des infections, de l'absence de soins prénatals, etc. En outre, les chances de survie d'un bébé ayant un faible poids à la naissance vont être très différentes selon les ressources du ménage. Des politiques peuvent être définies à la fois pour une prévention des faibles poids à la naissance dus à des causes évitables et pour augmenter les chances de survie des bébés nés dans des environnements trop pauvres.

#### Points clés de la discussion

- La santé est une réalité construite socialement : elle est le produit de l'environnement physique et social dans lequel nous vivons et agissons
- Les différences de situation sanitaire, y compris les différences selon le genre, découlent non seulement des différences biologiques mais aussi des différences de statut social et économique
- Les déterminants sociaux de la santé peuvent être combattus et modifiés par des interventions politiques.

Cette activité a été aménagée par le Key Centre for Women's Health de Melbourne, Australie, pour étudier plus précisément les différences de genre dans les déterminants sociaux de la santé. Les participant-e-s ont été réparti-e-s en trois sous-groupes, et il leur a été distribué une liste de questions légèrement différente de celle qui figure dans l'encadré « Questions de débat : Qu'est-ce qui fait qu'une personne est en bonne santé ? », p. 120.

Le premier groupe devait répondre à des questions sur l'adulte/la personne en bonne santé, le deuxième groupe sur l'homme en bonne santé, et le troisième groupe sur la femme en bonne santé.

Si beaucoup de caractéristiques d'un homme en bonne santé et d'une femme en bonne santé décrites par les participant-e-s étaient similaires, des différences frappantes ont aussi été trouvées. Par exemple, un homme en bonne santé a été considéré comme étant une personne capable d'assumer des responsabilités et qui avait l'énergie nécessaire pour faire son travail, alors qu'une femme en bonne santé a été décrite comme une personne capable de faire le travail domestique et de prendre bien soin de sa peau.

Cette discussion a fait ressortir les valeurs sous-jacentes à ces descriptions : des affirmations sur les rôles et activités des femmes et des hommes et des attentes selon lesquelles une femme doit être belle et avoir une belle peau alors qu'un homme doit être fort. Ces idées préconçues nous ramènent aux discussions sur les rôles et normes de genre du module Genre.

Les principaux points qui sont ressortis de cette discussion sont :

- les rôles et normes de genre sont d'importants déterminants sociaux de la santé et de la maladie
- les normes de genre créent des définitions de la bonne santé différentes pour les hommes et pour les femmes.



## Activité 2 : Un poème pour récapituler

Le but de cette activité est de renforcer le message sur les causes sociales de la maladie. Demandez à l'un-e des participant-e-s de lire le document 1, un poème de Bertolt Brecht. Il n'est pas nécessaire de discuter du poème.

Session développée par TK Sundari Ravindran





Document

1

Poème

## Un ouvrier parle à un docteur

Nous savons ce qui nous rend malade  
 Quand nous sommes malades, on nous dit  
 Que c'est vous qui allez nous guérir.

Pendant dix ans, nous dit-on  
 Pour apprendre à guérir vous êtes allé dans de grandes écoles  
 Construites aux frais du peuple  
 Et pour acquérir vos connaissances  
 Avez dépensé des fortunes.  
 Alors vous devez pouvoir nous soigner

Pouvez-vous nous soigner ?

Quand nous venons vous voir  
 On nous arrache nos haillons  
 Et vous écoutez nos corps dénudés  
 Comme s'ils étaient la cause de notre maladie  
 Un seul regard sur nos haillons  
 Vous en dirait beaucoup plus. C'est la même chose  
 Qui use nos corps et nos vêtements.

La douleur de notre épaule provient  
 Dites-vous, de l'humidité ; c'est aussi une raison  
 Alors dites-nous : d'où vient cette humidité ?

Trop de travail et trop peu de nourriture  
 Nous affaiblit et nous amaigrit  
 C'est ce que dit votre prescription ;  
 Prenez du poids  
 C'est comme si vous disiez à un jonc  
 D'éviter de se mouiller.

Combien de temps pouvez-vous nous consacrer ?  
 Nous voyons qu'un tapis chez vous coûte  
 Les honoraires  
 De cinq mille consultations.

Vous allez sûrement dire  
 Que vous êtes innocent. C'est aussi ce que nous dit  
 La tache d'humidité  
 Sur les murs de nos appartements.

*Bertolt Brecht*

SESSION  
2

## Cadre à niveaux multiples pour comprendre les déterminants sociaux de la santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- comprendre les différents niveaux d'action des déterminants de la santé (international, national, communautaire, du ménage, individuel, etc.)
- avoir un aperçu des facteurs structurels qui déterminent l'impact des politiques et programmes de santé

[durée] 1 heure 45 minutes

### Matériel

- Diapositive : « Les différents niveaux d'action des déterminants », p. 125
- Plusieurs jeux de cartes de cinq couleurs différentes, de format A5 au moins
- Ficelle, ruban adhésif et de nombreuses planches ou pans de murs permettant d'exposer les documents pendant toute la durée du cours.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Arber S. 1991. « Class, paid employment and family roles: making sense of structural disadvantage, gender and health status ». *Social Science and Medicine* 32(4) : 425-436.
2. Cooper Weil DE, et al. 1990. *The impact of development policies on health: a review of the literature*, chapitres 2 et 7. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
3. Dyches H, Rushing B. 1996. « International stratification and the health of women: an empirical comparison of alternative models of world-system position ». *Social Science and Medicine* 43(7) : 1063-1072.
4. Doyal L. 1995. *What makes women sick: gender and the political economy of health*, chapitres 1 et 2. London : Macmillan.
5. Raynaut Claude, Tatiana Engel Gerhardt, Eleusis Nazareno. 2002. « Pauvreté, inégalités économiques et disparités de santé : conditions de vie et stratégies d'acteurs ». *Face à Face* 4. [[http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero\\_4/articles/condition\\_vie\\_strategie.htm](http://www.ssd.u-bordeaux2.fr/faf/archives/numero_4/articles/condition_vie_strategie.htm)]

## Lectures pour les participant-e-s

Références 2, 3 et 4.

## Déroulement de la session

Cette session commence par une activité en sous-groupes qui permettra d'identifier les différents niveaux d'action des déterminants sociaux de la santé. Elle se poursuit avec une activité de l'ensemble du groupe consistant à construire le cadre à niveaux multiples en utilisant les idées des différents sous-groupes et de l'animateur-trice.



### Activité 1 : Construction d'un cadre d'analyse



**Etape 1 :** Ouvrez la session avec une brève introduction à l'activité qui va suivre.  
**Les différents niveaux, du niveau international**



Projetez le tableau suivant qui montre quels sont les déterminants agissant à différents niveaux.

#### Les différents niveaux d'action des déterminants

Individuel	Ménage	Communauté	National	International
Biologique ou génétique ; âge ; nombre d'enfants ; ordre de naissance ; éducation ; emploi ; pouvoir de décision ; statut matrimonial	Statut économique et social du ménage au sein de la communauté ; accès du ménage aux ressources	Niveau de développement ; communauté rurale ou urbaine ; stratifiée ou homogène ; dotée ou non de ressources pour la santé ; normes en matière de succession, normes relatives au lieu de résidence après le mariage	Taille du pays ; population ; niveau de développement ; type de gouvernance ; structure du système de santé ; niveau de dépendance vis-à-vis du marché mondial ; nature des politiques de santé et profil des mesures de réforme du secteur de santé	Scénario économique mondial et idéologies économiques dominantes ; équilibre du pouvoir entre les différentes forces géopolitiques ; réforme du secteur de la santé ; régime international en matière de droits humains

Demandez aux participants d'autres exemples de déterminants sociaux de la santé agissant à chaque niveau.

La notion de « ménage » est relative en fonction des contextes socioculturels. Voici un exemple d'organisation familiale dans la sous-région.

**La notion de « ménage » dans le contexte de la sous région**

Source : Diouf Abdou. 2004. *Insertion différenciée des migrantes et migrants sérères à Dakar*. Genève : Institut universitaire d'études du développement (IUED), mémoire de diplôme de recherche, sous la direction de Fenneke Reysoo, pp. 20-28.

*Famille Sérère (Sénégal)*

Elle est composée du « mbind » (la concession ou groupe résidentiel) et du « ngak » (unité de production et de consommation). Le « mbind » regroupe généralement un ou des couples avec leurs enfants et d'autres personnes ayant ou non des liens de parenté avec le chef du « Mbind » (« yal Mbind » littéralement le propriétaire de la maison). Ce dernier assure l'autorité au sein du « mbind ». Le « ngak » est une unité de production et de consommation pour un ensemble de personnes du « mbind ». Il dépasse le cadre du ménage compris comme un couple et leurs enfants. Dans le cadre d'une famille polygame, chaque épouse, sous la direction de son fils aîné, peut former un « ngak ». Le « ngak » fonctionne autour du chef de cuisine, appelé « yal ngak », ce dernier prend les décisions concernant la vie économique du « ngak ».



**Etape 2 :**  
**Exploration**  
**par groupe**  
**des différents**  
**niveaux**

Répartissez les participant-e-s en cinq groupes environ. Attribuez à chacun l'une des questions suivantes liées à la santé :

- Prévalence des MGF chez les jeunes filles
- Infections sexuellement transmissibles chez les jeunes
- Faible prévalence de la contraception chez les femmes et les hommes
- Taux élevé de mortalité maternelle.

Chaque groupe devra identifier les facteurs liés à ces questions qu'il considère comme importants, et ce à chacun des cinq niveaux. Chaque groupe reçoit des cartes de cinq couleurs différentes, chaque couleur correspondant à un niveau.

Le groupe écrit chaque facteur sur une carte de la couleur correspondant au niveau. Les cartes et les caractères d'écriture doivent être assez grands pour être lus lorsqu'ils seront exposés sur une planche.



## Activité 2 : Construction d'un cadre à niveaux multiples

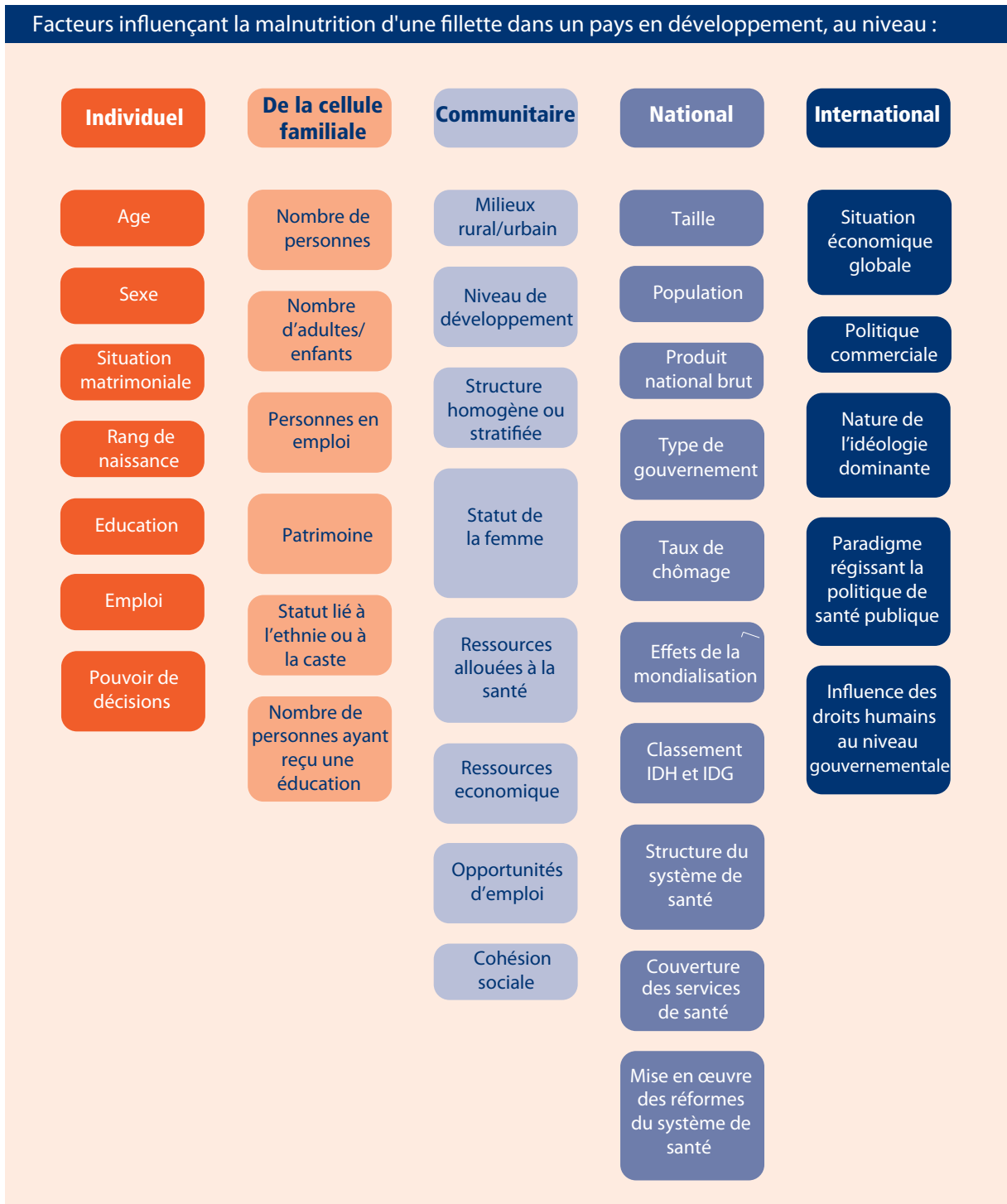


**Etape 1 :**  
**Accrochage des**  
**cartes**

Vous avez besoin d'une grande planche ou d'un mur vierge sur lesquels vous pourrez exposer les cartes jusqu'à la fin du cours. Définissez cinq colonnes dont les titres seront « individuel », « ménage », « communauté », « national » et « international ».

Chaque groupe à son tour va accrocher ses cinq cartes dans la colonne correspondante. Un membre accroche les cartes de son groupe.

Chaque groupe ajoute de nouveaux facteurs et ne répète pas un facteur s'il a déjà été donné.





## Etape 2 : Les liens entre les facteurs

Une fois toutes les cartes accrochées, chaque groupe à son tour donne une illustration des liens qui existent entre les facteurs à différents niveaux.

On peut demander à chaque groupe de ne travailler que sur un facteur en partant d'un des niveaux et en le reliant aux autres.

### Exemple : mauvaise nutrition d'un enfant

Prenons l'exemple de la mauvaise nutrition d'un enfant. L'enfant est peut-être une fille, ou il est le dernier d'une suite déjà longue de naissances. Ces facteurs relèvent du niveau individuel. L'enfant est peut-être né dans un ménage pauvre, dans une communauté qui a vu son revenu agricole reculer de façon spectaculaire à cause d'une chute des prix des produits primaires au niveau international et à cause du manque de pouvoir de négociation du gouvernement dans les arènes internationales.

### Exemple : programmes nationaux

Partons du niveau national : un programme national d'amélioration des voies d'irrigation par la construction de grands barrages profiterait à certaines communautés et obligerait d'autres communautés à partir. Si la communauté est pauvre et n'a qu'un faible pouvoir de négociation, elle ne demandera certainement pas la mise en place d'un programme de réhabilitation et de réimplantation raisonnable ; les ménages pauvres de cette communauté risquent ainsi de perdre leurs moyens de subsistance et leur espace de vie, et donc d'être réduits à la plus grande pauvreté. Les femmes de ces ménages seront les personnes les plus touchées.

### Exploiter la diversité au sein du groupe

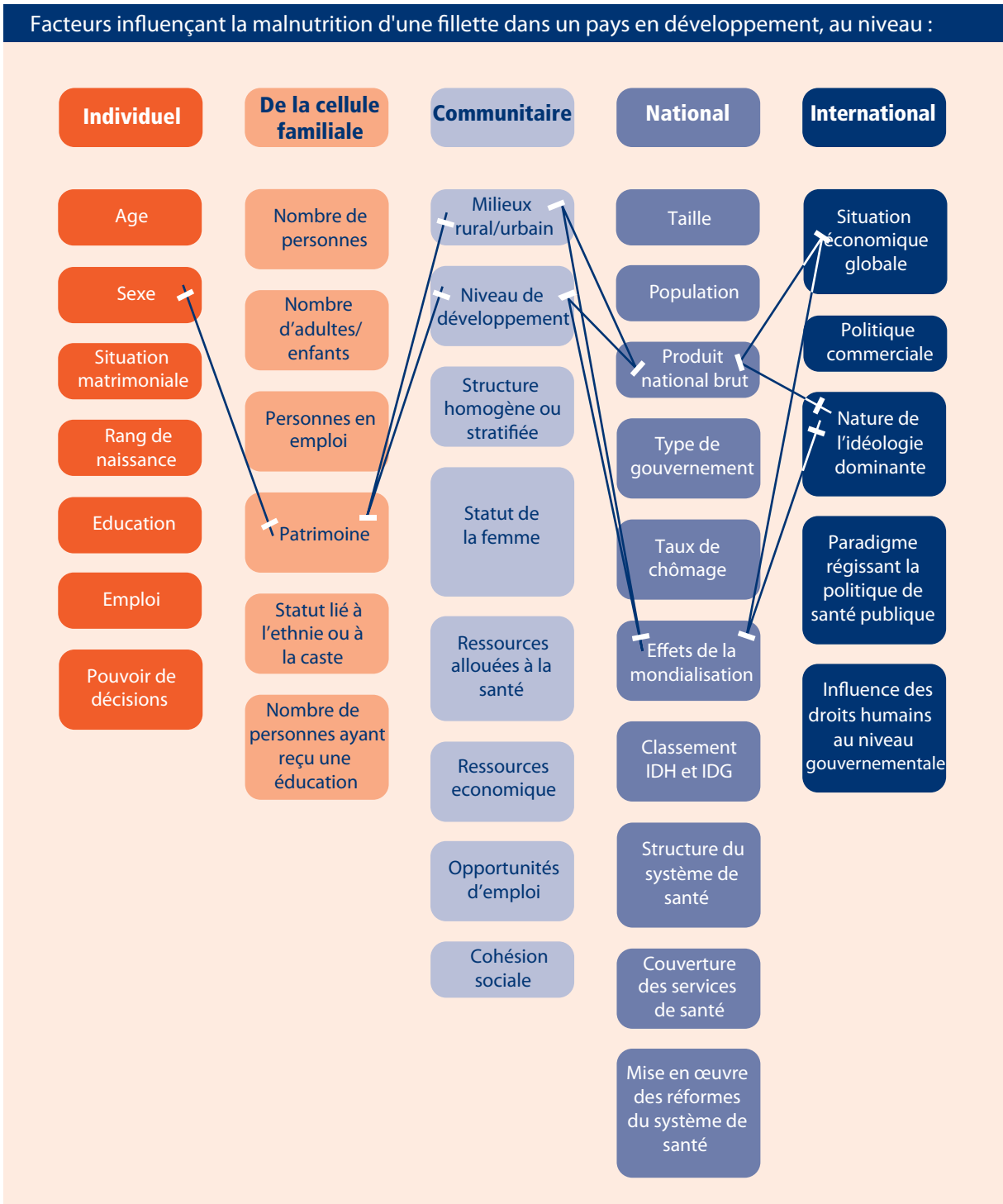
Si les participants viennent d'horizons différents et travaillent dans des groupes divers (ce qui sera le cas si le cours est un cours international), il pourrait être utile d'avoir une discussion sur la diversité des facteurs individuels, au niveau du ménage, communautaires et nationaux/provinciaux dans leurs différents pays.

Pour établir un lien graphique entre les facteurs de différents niveaux, matérialisez avec des cordes ou des rubans adhésifs les liens entre les cartes représentant les différents niveaux.

Souvent, chaque facteur est lié à plusieurs autres facteurs. Les membres du groupe qui fait sa présentation sont encouragés à identifier autant de liens que possible.

Lors du cours mené par le Women's Health Project en Afrique du Sud, les responsables de santé participant au cours s'empressaient souvent de citer l'ignorance comme facteur expliquant la survenue d'un problème de santé. Par exemple, ils-elles disaient que les femmes étaient mal nourries parce qu'elles ne connaissaient pas les régimes équilibrés. Cet exercice a permis à l'animateur-trice de contester cette affirmation et de montrer le peu d'attention que l'on porte aux droits de ces femmes – le droit à la subsistance – et de montrer d'autres facteurs importants comme le coût élevé des aliments nutritifs et l'absence de droits fonciers pour les femmes.

Cette partie de l'activité risque de trop se prolonger. Entretenez une discussion animée et suscitez des questions, et assurez-vous que les liens entre les différents niveaux sont établis en 30 minutes pour que l'intérêt des participant-e-s ne se relâche pas.



**Points importants à souligner**

Les déterminants sociaux de la santé agissent à différents niveaux, du niveau individuel au niveau international.

Certains des facteurs relevant de différents niveaux sont communs à différents pays et régions alors que d'autres varient selon les terrains.

Il faut dépasser les facteurs individuels et du ménage – ne pas simplement attribuer un mauvais état de santé au fait d'être une femme ou d'être pauvre – et parler du manque d'éducation, du fait de vivre dans un endroit défavorisé dépourvu d'accès aux équipements de base, d'un mauvais accès aux structures de santé, etc.

Beaucoup de facteurs des niveaux individuels et du ménage sont déterminés par des forces politiques et économiques plus larges. Faute de voir les liens existant entre ces facteurs, facilement identifiables, et les facteurs structurels agissant au niveau macro, nous risquons de finir par avoir un état d'esprit de victimes, par blâmer les autres et par ne pas pouvoir améliorer la santé de certains groupes de population. Réciproquement, l'impact des forces nationales et internationales – par exemple les programmes d'ajustement structurel et la réforme du secteur de la santé – dépend de normes et de pratiques existant aux niveaux communautaire et du ménage.

Les cinq niveaux fonctionnent collectivement, parfois dans le même sens, et parfois dans des sens contraires – mais souvent aux dépens des groupes marginalisés.

**Etape 3 :  
Discussion de  
l'ensemble du  
groupe**

A ce stade, les participants se sentiront peut-être découragés ou vaincus par les forces plus vastes qui sont en jeu. Il est important de montrer que la compréhension de ces forces peut et doit nous aider de manière significative à définir des projets meilleurs et plus pertinents.

**Points clés de la  
discussion****Exemple : un haut niveau de morbidité liée à la reproduction chez les femmes d'une certaine communauté**

Prenons l'exemple d'un haut niveau de morbidité reproductive chez les femmes d'une certaine communauté. Une analyse de la situation va peut-être souligner l'absence de services de santé en matière de reproduction. Mais cette absence risque de ne pas seulement découler d'un manque de ressources. Les services de santé nationaux sont peut-être influencés par les politiques de financement des bailleurs de fonds (un facteur du niveau international) considérant le contrôle de la population comme leur priorité. Si ce facteur est déterminant dans le manque de services de santé en matière de reproduction, le projet à mener ne consistera certainement pas à lever des fonds supplémentaires mais à faire un travail de mobilisation et à faire pression à différents niveaux, par exemple en mobilisant l'opinion internationale contre la politique du bailleur de fonds.



### Recherche de scénarios alternatifs

Vous pouvez demander aux participant-e-s des exemples similaires et en débattre. Par exemple, le fait qu'une grande partie des femmes enceintes qui connaissent des complications lors de leur accouchement ne vont pas vers une structure de santé est peut-être une question d'empowerment. Dans ce cas, un travail avec les femmes de la communauté apporterait une amélioration. Si en plus les routes sont mauvaises et qu'il n'existe pas de moyen de transport, il faudra impliquer le gouvernement local pour qu'il améliore la route, le centre local de santé pour qu'il mette un véhicule à la disposition de la population, et aussi mobiliser des ressources alternatives – par exemple les ressources d'un fonds spécial du gouvernement fédéral – pour l'achat du véhicule. Si en revanche la raison principale est l'introduction du recouvrement des coûts des services d'accouchement conformément aux recommandations de la Banque mondiale sur le financement du secteur de la santé, des actions pourront être lancées à de nombreux niveaux : la création d'un fonds communautaire de santé pour les futures mères, un lobbying national, ou une campagne nationale pour informer l'opinion publique sur les effets nocifs de l'introduction du recouvrement des coûts.

### L'importance des facteurs structurels

Une autre raison justifie la nécessité de comprendre les facteurs structurels qui influencent l'accès aux conditions d'un bon état de santé et aux services de santé. Supposons que nous définissions un programme d'éducation à la nutrition dans une province ou au niveau national sur la base des résultats d'une recherche ayant révélé que la pauvreté du régime alimentaire est un élément important contribuant à la malnutrition des enfants. Presque en même temps, le gouvernement coupe ses subventions en matière de nourriture et les aliments de base ne sont plus accessibles aux pauvres à des prix subventionnés. Le programme doit alors immédiatement prendre en compte le fait que l'éducation à la nutrition seule ne sert à rien car la nourriture coûte désormais plus cher. Pour être efficace, le programme doit peut-être aussi être redéfini, par exemple de façon à donner aux plus nécessiteux un accès à la nourriture à des prix subventionnés.

### Aperçu des droits

Le module suivant, portant sur les droits, donne un cadre et des outils conceptuels pour une étude des droits qui sont en jeu lorsqu'une personne souffre d'un mauvais état de santé. Ce cadre servira aussi à définir des projets et à proposer des mesures visant non seulement à prévenir la négligence ou la violation des droits nécessaires à la prévention d'un mauvais état de santé mais aussi à permettre l'exercice des droits essentiels à une bonne santé.

## Points principaux pour conclure la session

---

Pour pouvoir définir des interventions pertinentes et efficaces, il faut comprendre les facteurs nationaux et internationaux qui étayent les facteurs influençant la santé aux niveaux individuel et du ménage.

Session développée par TK Sundari Ravindran

## Exploration des liens entre le genre et les autres déterminants de la santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- savoir distinguer les différents facteurs qui ont une influence sur la santé des femmes :
  - ceux qui sont communs aux femmes et aux hommes d'un groupe social particulier
  - ceux qui résultent des différences biologiques entre les femmes et les hommes
  - ceux qui tiennent à des différences liées au genre dans les rôles et les normes, ainsi que dans l'accès et le contrôle des ressources, et qui découlent des relations de pouvoir entre les femmes et les hommes au sein du même groupe social
- apprendre à utiliser le cadre des déterminants sociaux et des rapports de genre pour déterminer et infléchir les politiques et les projets de santé.

**[durée] 1 heure 35 minutes**

### Matériel

- Diapositive ou photocopie de : « L'histoire de Miriam », p. 135
- Une pelote de ficelle ou de laine et une paire de ciseaux
- Diapositive : « Structure du module Déterminants sociaux ».

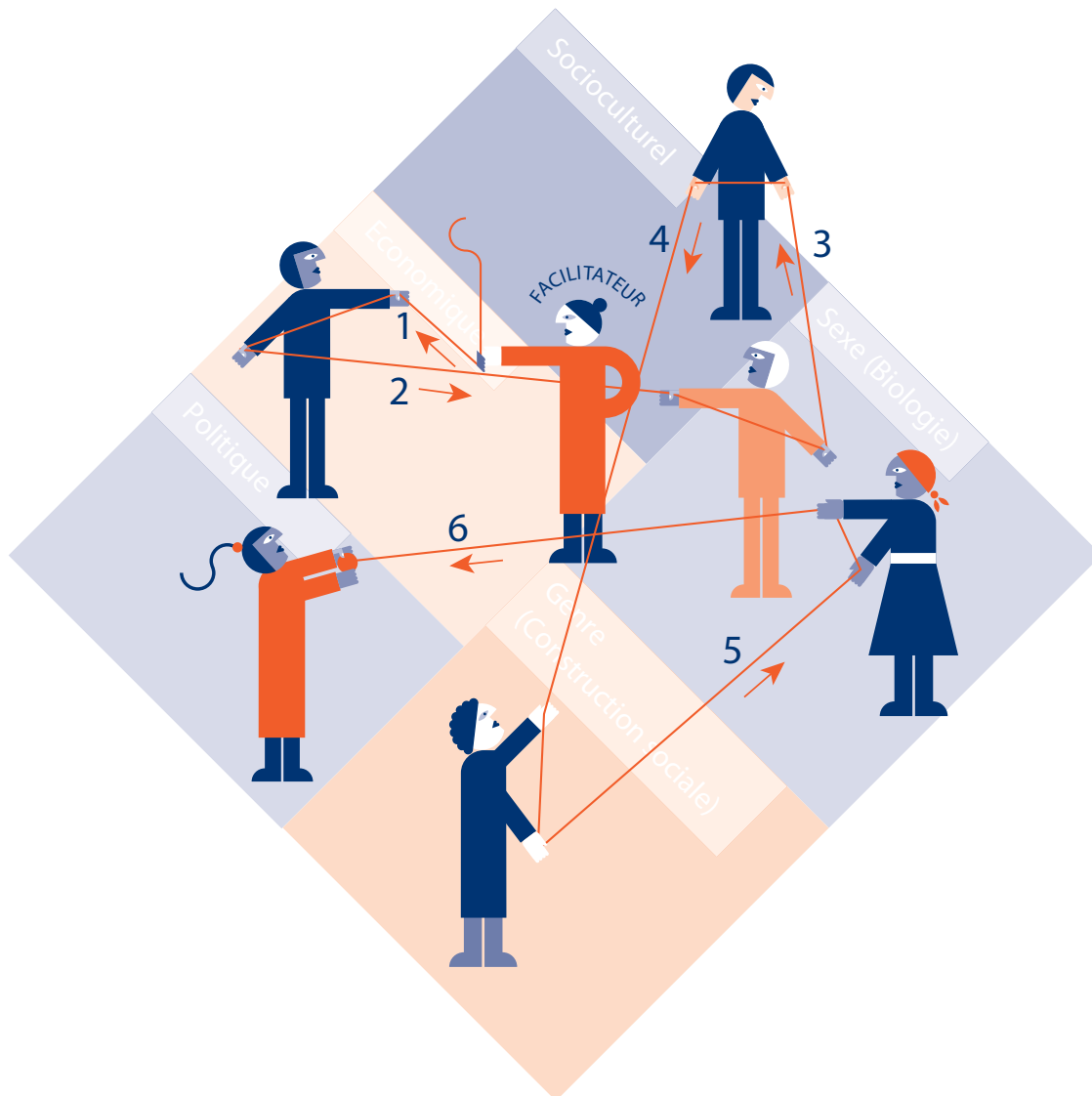
### Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première est un exercice participatif connu sous le nom de « toile d'araignée ». Elle consiste à lire l'étude du cas d'une femme en mauvaise santé et à défaire le nœud des causes de ce mauvais état de santé. L'activité montre l'enchevêtrement des nombreux facteurs en faisant une analogie avec la toile d'araignée. La seconde activité est une discussion de l'ensemble du groupe visant à permettre aux participant-e-s de comprendre tout à la fois les liens et les différences qui existent entre le sexe, le genre et les autres déterminants sociaux de la santé.



## Activité 1 : La toile d'araignée

- Etape 1 :  
Division de la  
pièce**
- La surface de la pièce est divisée en cinq grands carrés ou rectangles. La moitié de la pièce est attribuée aux trois facteurs communs aux femmes et aux hommes du même groupe social : facteurs économiques, socioculturels et politiques, lesquels sont marqués sur le sol des trois carrés ou rectangles. L'autre moitié de la pièce est divisée en deux carrés ou rectangles, dans lesquels on marque « sexe » et « genre ».



- Etape 2 :  
Votre  
présentation**
- Expliquez que cette session est la suite de la session précédente qui a permis d'étudier les différents déterminants sociaux de la santé et leurs différents niveaux d'action. Son objectif est de montrer comment faire la différence entre les déterminants qui touchent à la fois les femmes et les hommes et ceux qui touchent surtout la santé des femmes en raison de ce qui les différencie des hommes du point de vue biologique et de celui du genre. Elle a aussi pour objectif l'étude des liens qui existent entre ces deux types de déterminants.



**Etape 3 :** Donnez une copie de « L'histoire de Miriam », ou utilisez une autre étude de cas susceptible de déclencher la même discussion.

**« L'histoire de Miriam »**

Lorsque le cours a été donné en Argentine, l'étude de cas utilisée pour l'exercice de la toile d'araignée était « Comment Mme X est-elle morte ? », au sujet d'une femme qui meurt en couches. (Organisation mondiale de la santé. *Education material for teachers of midwifery. Foundation module: the midwife in the community*. Genève, OMS, 2008.

### L'histoire de Miriam

Miriam a 36 ans et elle a six enfants. Elle a grandi dans un village à 400 kilomètres de la capitale de son pays. Elle a quitté l'école au bout de deux ans. Ses parents étaient pauvres et l'école était à trois kilomètres de son village. Son père pensait qu'éduquer sa fille revenait à « arroser le jardin du voisin ».

A l'âge de 12 ans, Miriam a été excisée, conformément à la coutume de sa tribu. A 16 ans, elle a été mariée à un homme qui avait trois fois son âge. Son père a reçu une dot importante. Dans l'année qui a suivi, elle a donné naissance, chez elle, à un petit garçon. Le bébé était mort-né. Le centre de santé était situé à 10 kilomètres, et de toute façon on n'y pratiquait pas les accouchements. Miriam a pensé que le bébé était mort-né parce qu'elle avait été battue et avait reçu des coups de pieds de façon répétée au cours de sa grossesse. Au contraire, c'est elle qui a été accusée de ne pas être capable de porter un bébé en bonne santé.

Le mari de Miriam considérait comme son droit d'avoir des relations sexuelles avec elle et régulièrement il la prenait de force. Miriam ne voulait pas être enceinte constamment, mais elle n'avait pas le choix. Elle n'avait pas le temps d'aller à la clinique, et lorsque parfois elle s'y rendait pour faire soigner l'un de ses enfants, elle hésitait à aborder le sujet de la contraception avec les infirmières.

La vie avec son mari n'a été qu'une longue suite de violences. Miriam a lutté pour survivre à ses nombreuses grossesses et éduquer ses enfants. Son mari ne lui donnant jamais assez d'argent, elle devait cultiver un petit lopin de terre pour nourrir les enfants. Elle est allée plusieurs fois voir le prêtre de sa paroisse pour lui demander de l'aide. A chaque fois il lui a conseillé de garder foi en Dieu et de continuer à communier.

Un jour son mari a accusé Miriam d'avoir une liaison avec un homme du village. Il disait avoir vu Miriam rire et discuter avec cet homme. Lorsqu'elle lui a répondu, il l'a frappée plusieurs fois avec une bûche au genou et criant « Putain ! Je vais te briser les jambes ». Miriam a été gravement blessée, elle pensait avoir une fracture. Pendant des semaines, elle n'a pas pu sortir de la maison. Mais elle n'avait pas d'argent pour prendre un transport et se rendre au centre de santé. Ne pouvant aller au marché pour vendre, elle n'avait aucun revenu et elle mourait littéralement de faim.

Miriam était terrifiée par la perspective d'autres violences. Elle en avait supporté assez. Dès qu'elle a pu marcher, elle a pris avec elle ses deux plus jeunes enfants et a quitté le village. Elle vit désormais dans un village étranger, réfugiée dans son propre pays ; elle vit dans la peur que son mari la retrouve et la ramène à la maison.

A partir d'un ou deux exemples, montrez comment fonctionne l'exercice de la toile d'araignée.

Placez-vous au centre de la pièce avec une pelote de laine ou de ficelle. Chaque participant-e à son tour lit une partie de l'étude de cas, et après chaque phrase ou groupe de phrases, vous demandez : « Pourquoi ? »

Par exemple :

- Animateur-trice :** Miriam a quitté l'école au bout de deux ans. Pourquoi ?
- Participant-e 1 :** Son école était située à trois kilomètres de son village.
- Animateur-trice :** Pourquoi ?
- Participant-e 2 :** Le village était un village pauvre, éloigné de la capitale.

La personne qui a donné cette dernière réponse a identifié une raison qui toucherait à la fois les garçons et les filles du village de Miriam. Ce facteur pourrait être classé comme économique – le sous-développement du village – ou comme politique : le manque de pouvoir de négociation du village pour s'assurer des ressources.

Dès que le-la participant-e a trouvé que la raison tient à l'impuissance du village, l'animateur-trice demande : « Comment classeriez-vous ce facteur ? ». Le-la participant-e dira peut-être « économique ». Dès qu'il-elle le dit, il-elle va se placer dans le carré marqué « Economique ». L'animateur-trice, placé au centre avec la pelote de ficelle, tient une extrémité de la pelote et lance la pelote au participant-e qui se tient dans le carré « Economique ». Vous pouvez continuer l'exploration en demandant : « Pouvez-vous le classer comme un facteur d'une autre nature ? ». Un-e autre participant-e dira peut-être « politique ». Il-elle ira alors se placer dans le carré « Politique », et la personne qui se tiendra dans le carré « Economique » lui lancera la pelote tout en continuant à tenir la ficelle. Les trois personnes sont alors reliées par la ficelle.

Miriam a quitté l'école pour une autre raison – son père ne croyait pas que l'éducation était nécessaire pour les filles. Cette information pourrait être classée dans « Genre », et la pelote passerait alors de la personne placée dans le carré « Politique » à la personne qui a identifié ce facteur et située désormais dans le carré « Genre ».

L'exercice continue ainsi, jusqu'à la fin où nous nous retrouvons avec une toile d'araignée complexe de facteurs déterminant le mauvais état de santé des femmes.

### Maintenir un rythme soutenu

L'activité doit être menée sur un rythme rapide, avec les « Pourquoi » venant très vite après le classement de chaque facteur et l'entrée des nouveaux participants dans la toile.

Préalablement à l'activité, vous devez décider à quel moment vous allez arrêter d'explorer les « Pourquoi ? ». Limitez cette exploration à 10-12 questions au maximum.



#### **Etape 4 :** **Découpage de** **la toile**

Lorsque la toile d'araignée est complète, demandez aux participant-e-s de trouver des points auxquels ils peuvent la couper. Quel projet pourraient-ils/elles définir pour faire évoluer la situation de Miriam ? On peut poser cette question alors que les participant-e-s sont toujours entremêlé-e-s dans la toile d'araignée.

#### **Vous pouvez demander aux participant-e-s de répondre selon une position précise**

- Animateur-trice :** Si vous étiez un-e activiste local-e, où couperiez-vous la toile ?
- Participant-e :** J'interviendrais pour aider Miriam à résister à la violence de son mari ; je lui donnerais refuge chez moi et je l'aiderais à cultiver sa terre.
- Animateur-trice :** Si vous étiez l'infirmière de la clinique locale, où couperiez-vous la toile ?
- Participant-e :** Je tiendrais compte des signes et des symptômes de violence sur les femmes qui viennent dans ma clinique. Je les aiderais à trouver un refuge et un soutien social par l'intermédiaire de personnes compétentes.
- Animateur-trice :** Si vous travailliez pour le Département de la santé du gouvernement national, où couperiez-vous la toile ?
- Participant-e :** Je défendrais la création de centres intégrés aux grands hôpitaux pour aider les femmes victimes de violences domestiques.

Et ainsi de suite.

A mesure que les participant-e-s répondent, coupez la toile et libérez-les. Après trois ou quatre exemples similaires, les participant-e-s retournent à leur place pour le debriefing et la discussion.



## Activité 2 : Discussion de groupe sur les liens entre les facteurs



### Etape 1 : Réaction des participant-e-s

Pour commencer, invitez les participant-e-s à livrer leurs sentiments sur l'exercice. Comment se sentaient-ils/elles lorsqu'ils-elles étaient entremêlé-e-s ? Qu'ont-ils/elles ressenti lorsque la toile a été coupée à certains points particuliers ? Quelles sont les leçons qu'ils/elles ont tirées de l'exercice ? Quelle signification donnent-ils/elles à l'enchevêtrement ?

En général, les participant-e-s disent s'être senti-e-s désespérément piégé-e-s à mesure que la toile se construisait, et avoir eu le sentiment de ne jamais pouvoir dénouer les problèmes. Couper certaines parties de la toile donne des idées d'actions possibles pour des individus ou des groupes – aussi compliquée la situation puisse-t-elle paraître et quel que soit le niveau possible d'intervention : individuel, communautaire ou national.

#### Par où commencer ?

Faites remarquer que pour couper cette toile complexe, le plus important peut être de commencer par la femme elle-même, ce qui lui donne plus d'espace pour réfléchir à sa propre situation, pour être en relation avec les autres et faciliter son empowerment ; cela lui permet de voir qu'un changement est possible.

Montrez bien que dans cet exercice, de nombreux facteurs liés au genre ont aussi été classés comme socioculturels, par exemple les raisons de l'excision de Miriam ou de son mariage précoce. Ce point doit être débattu – la culture et la tradition ne sont pas neutres du point de vue du genre et peuvent devenir des outils de discrimination contre les femmes. Ce seront les parties de la toile d'araignée les plus difficiles à couper.

#### Où couper la toile ?

Les facteurs économiques, socioculturels et politiques qui touchent la santé des femmes, d'une part, et, d'autre part, les facteurs liés au genre et au sexe sont tellement enchevêtrés qu'ils semblent se confondre. Il est important de voir ces liens, mais il est tout aussi important de les dénouer par l'analyse pour identifier les points où il est possible et pertinent de couper la toile.



### Etape 2 : Discussion plus générale

Déplacez la discussion à un niveau plus général.



**Sujets à discuter** **Quels sont les facteurs qui touchent exclusivement les femmes ?**

Expliquez que l'exercice de la toile d'araignée a permis d'identifier certains facteurs qui touchent surtout ou exclusivement les femmes – par exemple l'excision, les mariages précoces et les violences physiques. D'autres facteurs étaient communs aux femmes et aux hommes dans la communauté de Miriam – par exemple l'éloignement de l'école et du centre de santé.

Il est important d'utiliser cette méthode dans l'analyse des questions de santé. Supposons que les femmes d'une communauté souffrent d'une anémie de déficit en fer. C'est peut-être imputable à des facteurs communs aux femmes et aux hommes – une infection à l'ankylostome ; ou c'est peut-être dû aux différences biologiques des femmes – infection au paludisme pendant la grossesse ; ou cela peut résulter de différences de genre – une discrimination dans la distribution de la nourriture entraînant une malnutrition. Chacune de ces causes appelle une intervention totalement différente.

**Dénouer ce qui relève du sexe, du genre et des autres facteurs**

Demandez aux participant-e-s de vous donner d'autres exemples de facteurs liés au sexe et au genre – par opposition aux facteurs économiques, socioculturels et politiques – qui agissent à divers niveaux et qui peuvent causer certains états de santé et certains problèmes.

Faute d'analyse permettant de dénouer les facteurs liés au genre et au sexe des autres facteurs responsables du problème, les interventions risquent de ne pas traiter les causes réelles et de nuire encore plus à la position des femmes. Il existe beaucoup d'exemples d'interventions de ce type : des programmes d'éducation à la santé qui s'adressent aux femmes, partant du principe que leur ignorance est la cause de leur malnutrition ; des programmes de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles qui se contentent de tester et traiter les femmes, laissant de côté les hommes et les relations sexuelles protégées ; etc.

**La perspective des déterminants sociaux et le cadre des droits**

Attirez l'attention des participants sur les liens existant entre la perspective des déterminants sociaux et un cadre relatif aux droits (qui sera présenté dans le module suivant) en matière de santé. Comprendre les causes sociales qui entraînent un mauvais état de santé aide aussi à identifier les droits économiques, socioculturels, civils et politiques qui sont en jeu. Une violation ou une négligence de ces droits peut être une cause du problème. Mettre fin à ces violations ou à ces négligences créera alors les conditions d'une bonne santé.



**Etape 3 :**  
**Le lien entre le**  
**cadre à niveaux**  
 **multiples et le**  
**cadre de cette**  
**session**

**Quel est le lien entre le cadre à niveaux multiples présenté dans la session 2 et le cadre présenté dans cette session ?**

Pour chacun des cinq niveaux de facteurs (individuel, du ménage, communautaire, national et international), il est possible de diviser les facteurs touchant la santé qui sont communs aux deux sexes de ceux qui sont spécifiques aux femmes. Par exemple, l'attitude du père de Miriam au sujet de l'éducation des filles est un facteur de genre au niveau du ménage. L'absence d'école dans la communauté est un facteur économique et politique qui agit au niveau communautaire, etc.

Une manière de visualiser les liens entre les deux cadres est de considérer les cinq carrés dessinés sur le sol comme une explicitation de chacun des cinq niveaux que les participant-e-s ont noté sur le mur ou sur le tableau lors de la session précédente.

## Points principaux pour conclure la session

### La distinction entre les déterminants touchant les hommes aussi bien que les femmes et les facteurs de sexe et de genre

Il est utile de faire la distinction entre les déterminants de la santé qui sont communs aux femmes et aux hommes et ceux qui sont liés au sexe et au genre, car chaque groupe de facteurs appelle différents types d'interventions.

L'analyse d'une situation sanitaire ou d'un problème spécifique lié à la santé doit explicitement prendre en compte la dimension de genre et les liens qu'elle a avec d'autres déterminants du problème.

La définition des projets devrait s'inspirer de cette analyse et prendre en compte leur impact potentiel sur les rapports de pouvoir entre les sexes.

### Des problèmes de santé dus à des facteurs multiples appellent une stratégie multidirectionnelle

Souvent, ce sont des facteurs multiples qui sont à l'origine d'un problème et une stratégie multidirectionnelle est nécessaire pour les traiter simultanément.

### Une perspective des déterminants sociaux nous oblige à considérer la question des droits

L'analyse d'un problème de santé à partir de la perspective des déterminants sociaux nous permet également d'identifier les droits dont la négligence ou la violation contribue peut-être au problème de santé. Lutter contre ces violations ou négligences des droits crée aussi les conditions nécessaires au traitement du problème lié à la santé.

# SESSION 4 Synthèse du module

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



A la fin de cette session, les participants auront une vision générale des outils et concepts présentés dans le module des Déterminants sociaux. Ils auront également une vision générale des liens qui existent entre ces outils et concepts, et des liens qui existent entre les outils présentés dans les modules Genre et Déterminants sociaux.

**[durée] 10 minutes**

## Déroulement de la session

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.

## Contenu de votre présentation



Revenez sur les principaux points de la Présentation du module et repassez la « Structure du module Déterminants sociaux ».

### Mettez en avant les outils et concepts présentés dans ce module :

- le genre comme l'un des déterminants sociaux de la santé, transversal et en relation avec d'autres déterminants comme la race, la classe et l'appartenance ethnique
- les nombreux niveaux auxquels agissent les déterminants sociaux de la santé, y compris celui du genre
- à chacun de ces nombreux niveaux, la distinction à faire entre les facteurs communs aux femmes et aux hommes et ceux qui sont différents pour les femmes et pour les hommes en raison de facteurs biologiques ou de genre.

En particulier rappelez aux participants l'outil appris pendant ce Module: le cadre à niveaux multiples, qui aide à comprendre les différents niveaux d'action des déterminants de la santé (international, national, communautaire, au niveau du ménage, individuel).

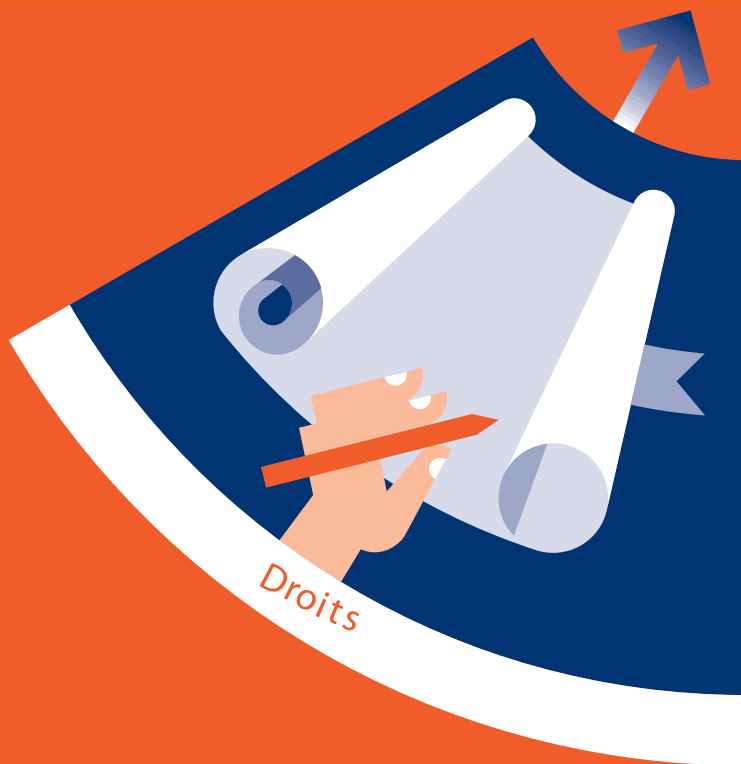
### Les facteurs de genre agissent rarement seuls

Ce module situe la distinction entre le sexe et le genre, et replace des concepts de genre tels que l'accès et le contrôle des ressources, ainsi que le pouvoir et les prises de décision, dans le contexte des autres déterminants sociaux de la santé. Nous pouvons ainsi comprendre le genre comme déterminant social de la santé de façon plus nuancée. Les facteurs de genre agissent rarement seuls ou à un seul niveau. Pour pouvoir définir des politiques et des projets ou pour trouver les raisons du succès ou de l'échec d'une politique ou d'un programme, il faut aller au-delà d'une analyse simpliste des problèmes de santé n'utilisant que les outils de genre.

### Lien avec le module Droits

Tout au long du module sur les déterminants sociaux, vous avez attiré l'attention des participant-e-s sur le fait que, souvent, les violations ou les négligences des droits sont à l'origine d'un mauvais état de santé. Le module suivant, sur les droits, apporte un cadre et des outils pour aller vers plus d'équité dans le domaine de la santé, en accordant une attention particulière à la non-discrimination. Il détaille les normes et les obligations des acteurs étatiques et non étatiques. Il permet également de planifier et de définir des projets qui vont au-delà de la simple satisfaction des besoins tels qu'ils sont perçus, mais qui défendent et protègent les droits, actions essentielles pour que tous les membres d'une société puissent durablement profiter d'une bonne santé.

## Module 3 : Droits





**MODULE**  
**3**

## Présentation du module

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer du module

#### Droits

---

#### Les participant-e-s vont :

- se familiariser avec les concepts de base des droits, y compris des droits en matière de reproduction et de sexualité
- comprendre la relation qui existe entre les droits en matière de reproduction et de sexualité et les droits humains, et que l'exercice de ces droits est nécessaire à une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité
- savoir appliquer une méthodologie liée aux droits humains pour l'analyse des programmes, politiques et recherches en matière de santé sexuelle et reproductive
- découvrir des concepts éthiques fondamentaux dans le domaine de la santé et comprendre leur relation avec les droits
- discuter des dilemmes éthiques importants dans l'offre des services de santé en matière de reproduction selon une perspective de genre.

### Base conceptuelle du module

---

#### La nécessité d'une approche par les droits en matière de reproduction et de sexualité

Le but de ce module est d'apporter aux participant-e-s les connaissances et les compétences dont ils-elles auront besoin pour appliquer le cadre des droits humains à l'analyse et à la mise en œuvre des politiques et des programmes relatifs à la santé en matière de reproduction et de sexualité. Cela implique de comprendre le contenu et la nature des droits en matière de reproduction et de sexualité et le travail des institutions qui œuvrent dans ce domaine. Le module fournit également des exemples concrets d'application d'une approche par les droits en matière de reproduction et de sexualité.

A partir des modules Genre et Déterminants Sociaux, nous allons voir comment les droits humains et un cadre relatif aux droits humains permettent d'aborder les facteurs ayant une influence sur l'état de santé et sur l'offre de services de santé. Mettre cette approche en application doit aider à renforcer les partenariats locaux, nationaux, régionaux et internationaux concernés par la santé en matière de reproduction et de sexualité.

**La première session présente le concept de droits.** Par un exercice de groupe nous étudions, du point de vue des participant-e-s, l'impact de la promotion ou de la violation des droits sur leur vie, pour montrer que l'exercice des droits est nécessaire à une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité. Cet exercice s'inspire des expériences personnelles des participant-e-s, qu'il met ensuite en lien avec les droits humains reconnus internationalement. Exposer les questions de genre qui se dégagent des expériences relatées par les participant-e-s permet de lancer une discussion sur les effets aggravants de la négligence ou de la violation des droits comme le droit à la non-discrimination, à la vie privée et à l'éducation. Cela souligne également le fait que la violation ou la négligence des droits est rarement un phénomène isolé, et que les effets nocifs se renforcent souvent. Nous étudions les conséquences des violations et des négligences des droits sur la santé, ainsi que les effets des méthodes de définition et de mise en œuvre des politiques et programmes de santé en matière de reproduction sur l'exercice des droits. L'objectif de cette session est de permettre aux participant-e-s de comprendre que le discours sur les droits peut être utilisé de façons très différentes : pour faire un travail de mobilisation ou au contraire pour mener une politique. Mais il est possible d'arriver à s'entendre sur le sens des concepts fondamentaux.

**Une fois cette base conceptuelle posée, la deuxième session présente les principes et la pratique de la promotion et de la protection des droits humains.** Le but de la discussion est de montrer les bases de la législation relative aux droits humains, avec les documents fondamentaux et les institutions clés. Nous explorons les obligations qui sont faites aux gouvernements aux termes des textes sur les droits humains lorsqu'ils traitent de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Ce cadre pose les bases pour une discussion structurée sur les droits liés à la reproduction, lesquels doivent être compris comme les droits émanant des textes internationaux sur les droits humains et traitant de la capacité pour une femme de prendre des décisions portant sur sa propre vie et qui ont un impact sur sa santé en matière de reproduction et de sexualité et de les mettre en œuvre. La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire et la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing ont reconnu que les droits relatifs à la reproduction faisaient partie intégrante et étaient la condition nécessaire pour arriver à profiter d'une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité. Cette session est donc déterminante pour permettre aux participant-e-s de travailler avec les droits en matière de reproduction tels qu'ils sont compris par les gouvernements et les institutions de pouvoir. Elle va également leur permettre d'acquérir un outil déterminant pour leurs projets d'amélioration de la santé en matière de reproduction.



**La troisième session permet d'utiliser les concepts et la méthodologie des droits humains pour l'analyse et l'amélioration d'une politique ou d'un programme de santé publique.**

Cet exercice doit donner aux participant-e-s l'habitude de mettre en application les droits humains dans leur travail quotidien. Cette session fournit aux participant-e-s les outils d'intégration des concepts de santé et de droits humains dans les politiques et les programmes, en partant du principe que ces derniers sont meilleurs et plus efficaces s'ils respectent les droits humains. Nous utilisons l'exemple des tests VIH obligatoires pour les travailleuses du sexe, mais la méthodologie que nous proposons doit pouvoir servir pour l'analyse de toutes les politiques ou programmes de santé en matière de reproduction.

**Dans la session 4, les participant-e-s appliquent les méthodes et concepts à des exemples concrets.**

Les participants sont invités à mettre en application les outils analytiques et méthodologiques appris dans les sessions précédentes pour commencer à développer des stratégies d'intégration des questions de droits humains à leur travail quotidien. Cette quatrième session comporte trois options. Chaque option doit montrer les relations possibles entre la promotion ou la violation des droits humains et la santé en matière de reproduction et de sexualité. Elle doit aussi montrer comment définir des projets et des actions en ayant conscience de ces relations.

**La session 5 donne aux participant-e-s les principes internationaux d'éthique médicale et établit des liens entre l'éthique et les droits humains.**

Les dilemmes éthiques qui surgissent dans le cadre de la santé en matière de reproduction sont aggravés par les inégalités entre les sexes – les femmes sont souvent l'objet de recherches en matière de santé de la reproduction dans des situations où elles n'ont pas le statut social qui leur permet d'assurer la protection de leur santé et de leurs droits. Dans de nombreuses régions, l'héritage des politiques de contrôle de la population amène à ignorer des considérations éthiques lors des essais contraceptifs ou dans la définition des standards acceptables de soins cliniques, ce qui compromet encore plus les choix des femmes (et parfois des hommes) de participer à des programmes et à des recherches sur la planification familiale. Cette session s'organise en un débat formel dont le but est d'aider les participant-e-s à développer leurs capacités à exprimer et à défendre des principes éthiques.

**La session 6** présente un résumé de tous les concepts et outils présentés dans le module.

## Organisation du module

		Objectifs Les participants vont :	Type d'activité	Durée : 10 heures 15 mins
Session d'introduction	Introduction au module Droits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Présentation	15 minutes
SESSION <b>1</b>	Perspective personnelle sur les droits humains	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prendre conscience du fait que la promotion ou la violation de droits est facilement identifiable et que cela nous concerne tous-toutes</li> </ul>	Travail en sous-groupes	25 minutes
			Discussion de l'ensemble du groupe	50 minutes
SESSION <b>2</b>	Introduction aux droits humains internationaux en lien avec la santé en matière de reproduction	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se familiariser avec le contenu des droits en matière de reproduction et de sexualité</li> <li>Comprendre le lien entre droits liés à la reproduction et droits humains, et que l'exercice des droits est nécessaire à la santé en matière de reproduction et de sexualité</li> </ul>	Discussion avec prise de position sur la base des lectures personnelles hors session après la journée précédente. L'animateur-trice doit faire des présentations spécifiques sur les obligations des gouvernements, les droits des femmes et les droits en matière de reproduction comme partie intégrante des droits humains	1 heure 45 minutes
SESSION <b>3</b>	Equilibre entre les devoirs et les bénéfices des droits humains en lien avec les politiques et programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les effets possibles de la promotion des droits ou de la violation des droits sur la santé en matière de reproduction et de sexualité</li> <li>Savoir utiliser une approche basée sur la santé publique et les droits pour identifier et résoudre des problèmes</li> </ul>	Présentation de l'animateur-trice sur la méthodologie permettant d'optimiser les éléments de santé publique et de droits humains dans les politiques et les programmes	45 minutes
			Travail individuel et discussion par deux en alternance avec des discussions plénières	1 heure 45 minutes
SESSION <b>4</b>	Application du cadre des droits aux questions de santé en matière de reproduction et de sexualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les concepts présentés dans les sessions précédentes à des exemples qui montrent les diverses formes d'interaction entre la violation ou la promotion des droits et la santé en matière de reproduction et de sexualité</li> <li>Savoir que comprendre ces relations permet de mieux définir les politiques et les projets</li> </ul>	Travail en sous-groupes	1 heure
			Discussion de l'ensemble du groupe	1 heure 15 minutes
SESSION <b>5</b>	Questions éthiques dans la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître les concepts éthiques fondamentaux dans la santé et comprendre leur lien avec les droits</li> <li>Débattre des dilemmes éthiques majeurs dans la pratique de la santé en matière de reproduction depuis une perspective genre</li> </ul>	Présentation	45 minutes
			Discussions informelles de groupe sur des exemples de dilemmes éthiques	30 minutes
			Débat et discussion de l'ensemble du groupe	45 minutes
SESSION <b>6</b>	Synthèse du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une vue d'ensemble des concepts et outils présentés dans le module, et de leurs liens</li> </ul>	Présentation	15 minutes

## Introduction au module Droits

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Vous allez présenter la structure, le contenu et les objectifs du module aux participant-e-s.

[Durée] 15 minutes

### Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.



Présentez le module à l'aide de **diapositives** inspirées de la présentation du module.

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Droits »
- « Structure du module Droits »
- « Organisation du module ».

## SESSION

## 1

# Perspective personnelle sur les droits humains

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- prendre conscience que la promotion ou la violation des droits est facilement identifiable, et que cela nous concerne tous-toutes
- comprendre que l'exercice des droits est nécessaire à une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité.

[durée] 1 heure 15 minutes

## Matériel

- Document : « Récits personnels de violations des droits »
- Document : La déclaration universelle des droits humains, qui peut être téléchargée sur [http://www.unhchr.ch/french/html/intlinst\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/intlinst_fr.htm)
- *Flip chart* ou panneau sur lequel il est possible d'écrire.

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première se déroule en sous-groupes. Lors de la deuxième, chaque groupe fait un rapport ; suit alors une discussion de l'ensemble du groupe, qui doit déboucher sur des conclusions des participant-e-s.



## Activité 1 : Récits personnels de violations des droits



### Etape 1 : Travail en sous- groupes

Cette première étape se déroule sans référence ou accès aux documents sur les droits humains. Les participant-e-s travaillent en sous-groupes et identifient des situations dans lesquelles ils-elles ont eu l'impression qu'un droit avait été violé.

Répartissez les participant-e-s en groupes de cinq personnes. A chaque personne, remettez le document « Récits personnels de violations des droits », qui décrit ce qu'ils-elles doivent faire. Dites aux



**Etape 2 :**  
**Rapport devant**  
**l'ensemble du**  
**groupe**

groupes qu'ils disposent de 20 minutes pour leur discussion et pour préparer des notes sur les droits qu'ils pensent être en jeu dans les histoires qu'ils-elles ont racontées, pour ensuite faire un rapport devant l'ensemble du groupe.

Demandez au premier groupe de faire son rapport sur les droits qu'il a considérés être en jeu. Pourquoi les membres ont-ils considéré ces droits comme importants ? Notez ces droits sur le tableau blanc ou le panneau, en les séparant en deux colonnes : l'une pour les droits civils et politiques, et l'autre pour les droits économiques, sociaux et culturels. Chaque groupe ajoute alors à la liste les droits qui n'ont pas encore été cités. Placez les droits qui ne sont pas reconnus internationalement dans la colonne avec laquelle ils ont le plus de liens. A cette étape, ne parlez pas encore des histoires impliquant ces droits.

Parmi les droits que les participant-e-s des cours précédents ont cités se trouvent :

- le droit à la santé
- le droit à la sécurité
- le droit à l'égalité de traitement
- le droit au respect
- le droit à l'accomplissement émotionnel
- le droit à l'information
- le droit au choix
- le droit à la dignité
- le droit à un revenu et d'entretenir une famille
- le droit aux décisions portant sur sa propre vie
- le droit à l'éducation.



**Etape 3 :**  
**Discussion : L'impact**  
**de la violation des**  
**droits sur la santé**  
**en matière de**  
**reproduction et de**  
**sexualité**

Demandez au participant-e-s de vous parler de ce qu'ils-elles considèrent comme des violations de droits ayant eu un impact sur la santé en matière de reproduction et de sexualité ou de violations de droits liés à la reproduction et à la sexualité.

Parmi les exemples qui ont été donnés se trouvent :

- les mutilations génitales féminines
- le droit à être informé-e lorsque le-la partenaire a été testé-e positif-ve au VIH
- les droits du personnel de santé à être protégé de l'infection au VIH
- le droit de choisir la personne que l'on épouse, et de ne pas être contraint-e à accepter un mariage arrangé
- le droit d'utiliser la méthode contraceptive de son choix sans la contrainte explicite ou indirecte du système de santé
- le droit à ne pas être victime de discrimination sur le marché du travail parce que l'on a des enfants.



**Etape 4 :**  
**La Déclaration**  
**universelle**  
**des droits de**  
**l'homme**

Distribuez des copies de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Les participant-e-s ont cinq à sept minutes pour la lire individuellement. Demandez-leur de ne pas lire le Préambule et de passer directement à l'Article 1.

Passez en revue tous les droits figurant dans la liste au tableau et demandez aux participant-e-s d'identifier l'article de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* qui en est le plus proche. Si vous avez peu de temps, sélectionnez les droits dont les participants ont pensé qu'ils avaient un effet sur la santé en matière de reproduction et de sexualité.

La question de savoir si un acte, bien que légal au regard du droit d'un pays, peut être considéré comme une violation est souvent soulevée. Expliquez clairement que la réponse peut être positive.

Explicitez que les normes relatives aux droits humains relèvent de la législation, des politiques et des pratiques. Les gouvernements ont l'obligation première de promouvoir et de protéger les droits, et ils participent également à la rédaction des normes internationales. Ils ont l'obligation d'amender leur loi nationale pour la mettre en conformité avec les normes internationales en matière de droits humains et de garantir que leurs lois ne sont pas contraires à leurs obligations internationales en matière de droits humains. Ceux qui se battent pour obtenir un changement dans la législation et les procédures peuvent se référer aux normes internationales en matière de droits humains et mettre en évidence le fossé qui sépare le droit national et les normes internationales. Ils mettent alors les gouvernements face à leur responsabilité d'adopter l'amendement nécessaire.

Lorsque le cours a été donné en Afrique du Sud, les violations qui ont été identifiées par les participant-e-s comme ayant des effets sur la santé en matière de reproduction et de sexualité étaient par exemple les mutilations génitales féminines, la contrainte d'un mariage arrangé, le fait pour une femme de se voir refuser un emploi parce qu'elle a de jeunes enfants, et les difficultés que rencontrent les femmes pauvres pour accéder aux services de santé. Les participant-e-s ont alors dit que les mutilations génitales féminines étaient couvertes par l'article 3 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, qui porte sur le droit à la sécurité des personnes. Le droit de choisir la personne que l'on épouse a été détecté comme étant couvert par l'article 16 qui affirme que le mariage ne peut être contracté qu'avec le consentement libre et total des futurs époux. La discrimination sur le marché du travail au motif que la femme a un enfant a été interprétée comme une violation du droit à l'égalité, lié aux articles 1 et 2, mais aussi à l'article 23. L'article 21, qui affirme le droit à l'égalité d'accès aux services publics dans son pays, a été considéré comme affirmant l'égalité d'accès des femmes pauvres aux services publics de santé.

## Points principaux pour conclure la session

---

Il existe des violations flagrantes des droits, et des obstacles à l'exercice des droits.

Pour les questions qui nous occupent, la plupart des protections par les droits figurent dans les textes internationaux de droits de l'homme, mais les normes en cours ont besoin d'évoluer et d'être appliquées à de nouvelles situations.

Les droits sont interprétés de façons différentes. Mais les dispositions de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* sont rédigées de façon à couvrir tous les domaines. Il faut être clair sur la manière d'utiliser le langage du droit : pour un travail de mobilisation, pour faire une politique, pour mettre les gouvernements devant leurs responsabilités, etc.

Session développée par Sofia Gruskin



Document

## 1

## Récits personnels de violations des droits

Vous avez vingt minutes pour faire cet exercice. Désignez un membre du groupe pour faire votre rapport devant l'ensemble du groupe.

### 1. Souvenirs personnels

Prenez seul-e deux minutes pour vous rappeler un incident que vous avez vécu et au cours duquel vous avez l'impression qu'un droit a été violé.

### 2. Récit

Racontez votre histoire aux autres membres du groupe si vous êtes assez à l'aise pour le faire.

### 3. Nommez les droits

A la fin de chaque histoire, la personne qui la raconte doit essayer de nommer les droits qu'il-elle pense être en jeu dans cette histoire, et de quelle manière. Notez-les. Les membres du groupe peuvent alors suggérer d'autres droits qu'ils pensent être impliqués.

### 4. Dressez une liste

Après chaque récit, faites la liste des droits qui ont été nommés. Chaque personne qui souhaite raconter son histoire le fait à son tour. A mesure que la liste s'allonge, chaque fois qu'un droit intervient dans plus d'une histoire personnelle, ajoutez un X à côté de son nom.

Si le groupe compte de nombreuses personnes, essayez de limiter le nombre d'histoires de façon à éviter les répétitions.

### 5. Cherchez les différences systématiques

Existe-t-il des différences systématiques dans les violations de droits dont les membres du groupe ont parlé ? Par exemple des différences de race, de classe et de sexe ? En d'autres termes, les femmes ont-elles plus de risques de subir une violation de leurs droits, et ont-elles plus de risques de rapporter des violations du droit à la non-discrimination, en comparaison avec les autres personnes ?

### 6. Généralisation et relevé des autres droits en jeu

Avant de retrouver l'ensemble du groupe, revenez sur les histoires liées à la santé en matière de reproduction et de sexualité. Dépassez l'histoire elle-même pour évoquer d'autres droits à ajouter à la liste si le groupe considère la question en termes plus généraux. Par exemple, un incident lié à un traitement irrespectueux dans une structure de santé et concernant une personne venue pour recevoir le traitement d'une infection sexuellement transmissible a peut-être été identifié comme une violation du droit au respect. Mais si l'on considère la question plus large de la prévention et du



traitement des problèmes de santé en matière de reproduction, un certain nombre de droits paraissent immédiatement en jeu. En termes de droits humains, les questions suivantes seront probablement en jeu :

- le droit à ne pas être victime de discrimination
- le droit d'accès aux services de santé
- le droit à l'information.

# SESSION 2 Introduction aux droits internationaux de l'homme en lien avec la santé en matière de reproduction

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- se familiariser avec le contenu des droits en matière de reproduction et de ceux en matière de sexualité
- comprendre le lien entre droits liés à la reproduction et droits humains, et que l'exercice des droits est nécessaire à une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité

**[durée] Approximativement 1 heure 45 minutes**

## Matériel

### Documents fournis dans le manuel

- Document 1 : « Les droits humains internationaux en lien avec la santé en matière de reproduction ». Ce document est un résumé des principaux points, mais il n'est pas un résumé définitif. Vous pouvez le copier tel qu'il est, souligner certains points plus particulièrement et entrer dans le détail de chaque point lors de la discussion avec l'ensemble du groupe. Mais vous pouvez également le retravailler, développer plus chaque section ou vous concentrer plus sur les points que vous considérez comme importants compte tenu des particularités du groupe.

### Documents préparés par l'animateur-trice

- Document 2 : liste des ratifications et des réserves à tous les traités de droits de l'homme faites par les pays dont ressortent les participant-e-s. Vous pouvez consulter cette liste sur le site du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (informations contenues uniquement sur le site en anglais) : <http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/index.htm>.
- Document 3 : Encadré « Conférences des Nations Unies et droits des femmes », p. 163
- Document 4 : Encadré « Quelques exemples de droits liés à la reproduction », p. 164.

- Copies de différents textes sur les droits de l'homme mentionnés dans le Document 1, que vous pouvez télécharger sur : [http://www.unhchr.ch/french/html/intlinst\\_fr.htm](http://www.unhchr.ch/french/html/intlinst_fr.htm) Parmi ces textes, on trouve : le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Convention relative aux droits de l'enfant, et la Convention pour l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes (CEDAW).

### Diapositives ou photocopies

- Encadré « Les obligations des gouvernements en matière de protection, de respect et pour permettre l'exercice des droits humaines » p. 161
- Encadré « Conférences des Nations Unies et droits des femmes », p. 163
- Encadré « Quelques exemples de droits liés à la reproduction », p. 164

### Autre matériel

Tableau blanc ou à feuilles blanches pour la prise de notes.

## Lectures pour l'animateur-trice

1. Bilder R. 1992. « An overview of international human rights law », dans: Hannum Hurst (ed.), *Guide to international human rights practice*, pp. 3-18. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 2nd ed.
2. Bunch C. 1990. « Women's rights as human rights: towards a revision of human rights ». *Human Rights Quarterly* 12 : 486-498.
3. Eide Asbjørn. 1995. « Economic, social and cultural rights as human rights », dans: Eide A, Krause C, Rosas A (eds), *Economic, Social and Cultural Rights: A Textbook*, pp. 1-40. Dordrecht : Martinus Nijhoff.
4. Hannum H. 1992. « Implementing human rights: an overview of strategies and procedures », dans : Hannum Hurst (ed.), *Guide to international human rights practice*, pp. 19-38. Philadelphia : University of Pennsylvania Press, 2nd ed.
5. Sullivan D. 1995. « The public/private distinction in international human rights law », dans : Peters J, Wolper A (eds), *Women's rights, human rights: International feminist perspectives*, pp. 126-134. New York : Routledge.
6. Fonds Des Nations Unies Pour La Population. 1996. *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994*. New York : Nations unies (A/CONF.171/13). [[http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint\\_fre.pdf](http://www.unfpa.org/icpd/docs/icpd/icpd-poa-04reprint_fre.pdf)]

7. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. 2005. *Santé de la reproduction et droits de l'homme. Intégrer la médecine, l'éthique et le droit*. Paris : Masson.
8. Organisation de L'unité africaine (OUA). 1981. *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* [[http://www.achpr.org/francais/\\_info/charter\\_fr.html](http://www.achpr.org/francais/_info/charter_fr.html)]
9. Organisation de L'unité africaine (OUA). 2003. *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique* [[http://www.achpr.org/francais/\\_info/women\\_fr.html](http://www.achpr.org/francais/_info/women_fr.html)]
10. Bunch C, Hinojosa C, Reilly N (éds). 2000. *Les voix des femmes et « les droits de l'homme »*. La Campagne internationale pour l'affirmation des droits humains des femmes. New Brunswick : Center for Women's Global Leadership Rutgers.
11. Pour des exemples de rapports soumis au comité des droits économiques, sociaux et culturels, voir les documents suivants :
  - a. Center for Reproductive Rights (CRR). 1999. *Les droits des mineures en matière de santé reproductive au Mali : rapport alternatif*. New York : Center for Reproductive Rights. [<http://www.crlp.org/pdf/SRmali99fr.pdf>]
  - b. Center for Reproductive Rights (CRR). 2001. *Les droits des femmes en matière de santé reproductive au Sénégal : rapport alternatif*. New York : Center for Reproductive Rights. [<http://www.crlp.org/pdf/SRsenegal01fr.pdf>]
12. Center for Reproductive Rights (CRR). 2000. *Les femmes à travers le monde. Lois et politiques qui influencent leur vie reproductive - l'Afrique francophone*. New York : Center for Reproductive Rights.
13. Center for Reproductive Rights (CRR). 2004. *Faire peser les droits. Guide de plaidoyer sur le travail des organes de surveillance des traités des Nations-Unies relatifs aux droits en matière de reproduction et de sexualité*, pp. 3-11 et 15-24. New York : Center for Reproductive Rights. [[http://www.reproductiverights.org/fr\\_pub\\_bo\\_tmb.html](http://www.reproductiverights.org/fr_pub_bo_tmb.html)]

---

## Lectures pour les participant-e-s

Référence 2.  
Référence 7.

---

## Déroulement de la session

Cette session commence par une brève présentation de l'animatrice et se poursuit par une discussion encadrée par l'animatrice de l'ensemble du groupe autour du Document 1.

Distribuez le Document 1 pour que les participants le lisent en dehors de la session.



## Activité 1 : Droits humains internationaux et droits liés à la reproduction



### Etape 1 : Introduction aux bases des droits humains

Commencez par une brève introduction à la session.

Pour que les participant-e-s puissent utiliser les droits en matière de reproduction dans leur travail quotidien et pour améliorer la protection que ces droits apportent, ils-elles doivent comprendre à la fois les perspectives intrinsèques et les limites des définitions de ces droits, qui ont fait l'objet d'un accord international. Le but de cette session est de donner le cadre fondamental et la structure de la législation internationale en matière de droits humains comme base pour la mise en application des droits relatifs à la reproduction dans la suite de ce cours.

Demandez à un-e ou plusieurs participant-e-s de résumer les principaux points de la première partie du Document 1.



### Etape 2 : Les droits des femmes

Une fois que les participant-e-s ont travaillé sur les concepts fondamentaux des droits humains, lancez avec eux une discussion sur les droits des femmes en particulier.

### Points clés de la discussion

#### Les sphères publique et privée

Demandez aux participant-e-s si les droits humains sont différents pour les femmes. Pourquoi, à leur avis, une convention spécifique sur les droits humains a-t-elle été nécessaire pour traiter des discriminations contre les femmes ? Montrez que le fait que le mouvement moderne des droits humains a été créé à la suite de la Seconde guerre mondiale explique son orientation publique et sa capacité limitée à suivre ce qui se passe dans la sphère privée. Clarifiez la signification des termes sphère publique et sphère privée, et les implications qu'elles ont pour les droits des femmes. Notez également que les femmes peuvent et devraient revendiquer ces droits aux termes de tous les traités existants, et que la Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination contre les femmes (CEDAW) n'est pas leur source de droits unique ni première. Elle détaille la signification de la discrimination, signification qui peut être reprise dans d'autres parties du système de droits pour désigner les obstacles différents que rencontrent les hommes et les femmes et qui les empêchent de jouir de leurs droits.

### Hommes, femmes et droits humains

Prenez l'un des droits figurant dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et demandez aux participant-e-s s'ils/elles pensent qu'une violation de ce droit serait identique pour les femmes et pour les hommes. Vous pouvez par exemple prendre le droit à l'information (article 19), le droit à la sécurité de la personne (article 3), le droit à participer au gouvernement de son pays (article 21) ou le droit au travail (article 23). Faites les liens avec le module Genre, et plus particulièrement avec les données de la session 3 sur l'accès des femmes aux ressources et leur contrôle sur les ressources, ainsi que sur leur participation politique.

Faites bien attention de ne pas donner l'impression que les droits des femmes sont une revendication à part. Assurez-vous donc que cette section s'appuie sur une analyse du genre pour accorder une attention appropriée aux réalités que vivent les femmes. Soulignez le fait que, même si du point de vue légal tous les droits humains s'appliquent aux femmes, dans la réalité ils ne s'appliquent pas à cause de la discrimination basée sur le genre.

### Un problème systémique

Abordez la question de la violence familiale pour montrer que la violation des droits humains implique l'action ou l'inaction de l'Etat dans une situation d'abus. Le problème systémique se situe dans la question des droits humains plus que dans l'acte individuel. Les questions systémiques sont vastes, et portent sur l'existence ou le manque de campagnes d'éducation et d'information, d'enquêtes en cas de violences familiales, d'un système de soutien aux femmes qui déclarent une violation, de refuges, de solutions effectives, de la connaissance de ces solutions par le public, etc.

### Les institutions violent aussi les droits en matière de reproduction et de sexualité

Mettez ce point en relation avec la discussion sur les institutions et sur les différents niveaux évoqués dans le module Déterminants sociaux, et montrez que les droits en matière de reproduction et de sexualité sont violés par diverses institutions : le ménage, les religions organisées, l'Etat, les marchés et les organisations internationales. Le gouvernement a l'obligation non seulement de respecter et de veiller à l'exercice des droits par les politiques, les programmes et les lois qu'il adopte, mais il doit aussi empêcher les violations de droits par les acteurs non étatiques.



#### Etape 3 : Partie 2 : Les obligations des gouvernements

Demandez à quelques participants de faire le résumé des principaux points liés au droit international des droits humains et aux obligations des gouvernements.

Projetez une **diapositive** sur les obligations du gouvernement en matière de droit à la santé, et ouvrez la discussion.



### Les obligations des gouvernements en matière de protection, de respect et pour permettre l'exercice des droits humains

#### Exemple : le droit à la santé

- **Le respect du droit** signifie que l'Etat ne peut pas violer le droit directement. Un gouvernement est en violation de sa responsabilité de respect du droit à la santé lorsque, bien que devant fournir des soins médicaux à certaines populations telles que des prisonniers ou les militaires, il décide arbitrairement de ne pas leur offrir ces soins.
- **La protection du droit** signifie que l'Etat doit empêcher les violations des droits par les acteurs non étatiques et offrir un type de réparation connu et accessible par la population en cas de violation. Il relèverait donc de la responsabilité de l'Etat de rendre illégal pour tous (praticien public ou privé, compagnie d'assurance) le refus automatique d'assurer ou de soigner une personne à cause de son état de santé. Il relèverait de la responsabilité de l'Etat de garantir qu'un système de réparation existe, qu'il est connu de la population et accessible.
- **Permettre l'exercice du droit** signifie que l'Etat doit prendre toutes les mesures appropriées – législatives, administratives, budgétaires et judiciaires, mais également d'autres types de mesures – pour permettre l'exercice des droits, ce qui inclut leur promotion. Un Etat peut être considéré comme étant en violation du droit à la santé s'il n'a pas alloué des ressources suffisantes au suivi de l'évolution des besoins de santé publique de toutes les communautés présentes sur son territoire.

#### Comment les gouvernements ont-ils réussi à respecter, protéger et faire exercer les droits ?

Demandez aux participant-e-s de vous donner des exemples de gouvernements qui ont réussi à remplir leurs obligations en matière de respect, de protection et d'exercice du droit à la santé en matière de reproduction et de sexualité, et des exemples de gouvernements qui n'ont pas réussi. Parmi les exemples positifs, il y a l'éducation sexuelle pour les adolescents, la mise en œuvre d'un programme pour une maternité sans risque ou un programme de planification familiale permettant un accès gratuit et facile aux méthodes de contraception. Les législations d'Etat contre le harcèlement sexuel au travail et contre la violence familiale envers les femmes sont des exemples positifs de mesures prises par l'Etat pour empêcher la violation des droits en matière de reproduction et de sexualité par des acteurs non étatiques. Parmi les exemples négatifs se trouvent les politiques et les lois limitant les possibilités d'avortement, l'absence de politique de dépistage du cancer du col de l'utérus, et les programmes de planification familiale intégrés uniquement aux services de santé maternelle et infantile (qui risquent donc d'exclure les hommes).



#### Etape 4 : Un cercle de droits

Voici un rapide exercice de groupe entier qui montre l'étroite relation qui existe entre les droits :

- des mesures tant négatives que positives sont nécessaires pour tous les droits
- l'accomplissement d'un droit dépend de l'accomplissement des autres.

L'exemple qui suit est celui du droit qu'a une femme de choisir le nombre d'enfants qu'elle veut, avec quel espacement, et la méthode qu'elle veut utiliser pour ce faire (article 16 de la CEDAW). Vous pouvez choisir n'importe quel droit lié à la santé en matière de reproduction et de sexualité.

- Au centre du tableau, tracez un cercle et marquez dans le centre « Le droit d'une femme à choisir le nombre d'enfants qu'elle veut, avec quel espacement, et la méthode qu'elle veut utiliser pour ce faire »
- Tracez un cercle plus large autour de ce premier cercle, et demandez aux participant-e-s de proposer les droits qui sont utiles et nécessaires à l'exercice de ce droit
- Tracez les lignes entre ces droits lorsqu'ils sont liés. Vous allez finir par avoir un schéma ressemblant à une molécule.
- Placez les facteurs qui ne sont pas des droits mais des conditions nécessaires sur la bordure extérieure du dessin
- Notez quels sont les acteurs qui doivent agir pour permettre d'exercer chacun de ces droits.

Parmi les droits qui sont liés à cette question : la liberté d'information, les lois de protection de l'intégrité physique et la liberté de refuser une activité sexuelle forcée, l'accès aux bénéfices du progrès scientifique, et les évolutions des attitudes culturelles autorisant les femmes à avoir moins d'enfants.



#### Etape 5 : Droits en matière de reproduction et droits humains

Explorez les connaissances des participant-e-s sur les droits en matière de reproduction et sur le nouveau paradigme qui s'est instauré après la Conférence du Caire.

Projetez la **diapositive suivante** suivant, que vous pouvez également distribuer comme Document 3. Passez en revue chacun des principaux points.





### Conférences des Nations Unies et droits des femmes

- Avant les années 1990, plusieurs conférences des Nations Unies sur la population ont été organisées, mais aucune n'avait porté sur les droits.
- Plusieurs conférences des Nations unies sur les femmes ont également été organisées, mais aucune n'avait porté sur les droits humains ni sur les questions liées à la reproduction et à la sexualité.
- La première Conférence mondiale sur les droits de l'homme, qui s'était tenue à Téhéran dans les années 1960, avait mentionné le droit à déterminer le nombre d'enfants et leur espacement.
- En 1993, la deuxième Conférence mondiale sur les droits de l'homme à Vienne avait préparé le terrain pour ce qui s'est produit, au Caire tout d'abord, puis à Beijing. Il y a été affirmé que les droits des femmes sont des droits humains ; que l'élimination de toutes les formes de discrimination sur la base du sexe devait être la priorité des gouvernements ; enfin, que les femmes ont le droit de profiter du meilleur standard de santé physique et mentale susceptible d'être atteint tout au long de leur vie, et que cela implique un droit à des soins médicaux accessibles et adaptés, et à une plus grande variété de services de planification familiale.
- C'est au Caire, en 1994, que pour la première fois un cadre global pour l'exercice des droits relatifs à la reproduction a été défini au niveau gouvernemental international. Ce cadre insistait sur le lien entre la population et le développement, et sur l'importance de répondre aux besoins des individus. Il s'agissait d'un abandon des cibles démographiques abstraites et de l'affirmation de l'importance des droits en matière de reproduction.
- Les programmes d'action du Caire et de Beijing se sont respectivement vus renforcés par les examens quinquennaux de 1999 et 2000, et décennaux de 2004 et 2005.

## Résumé par les participant-e-s

Une fois encore, demandez aux participant-e-s de résumer les principaux points de la section 4. Demandez-leur des exemples de ce qu'ils-elles considèrent comme des droits relatifs à la reproduction et à la sexualité : le droit de choisir son partenaire sexuel, le droit d'être protégé-e contre des relations sexuelles non consensuelles, le droit de choisir d'avoir des enfants ou de ne pas en avoir, quand et combien, le droit à une maternité et à un avortement sans risque, etc. Les droits liés à la reproduction ont déjà été présentés lors de la session d'ouverture ; le but est ici de les rappeler.

Ouvrez ensuite une discussion en demandant aux participant-e-s de poser des questions sur chacun des thèmes ci-dessous, donnez des exemples et expliquez ce qui n'est pas clair.

### Gouvernements et perspective de genre

Comment une perspective de genre changerait-elle les obligations qu'ont contractées les gouvernements aux termes des traités de droits de l'homme qu'ils ont ratifiés ? Par exemple il pourrait être exigé des gouvernements, dans leur rapport à la Convention sur les droits de l'enfant, de fournir des données détaillées selon le sexe en matière de santé des enfants, et de mettre en place, aux termes de la convention, des politiques et des programmes permettant aux filles de profiter des mêmes droits à la santé, à l'éducation et aux services sociaux que les garçons.

### Les gouvernements et la perspective des droits en matière de reproduction et de sexualité

En quoi la perspective des droits liés à la reproduction et à la sexualité changerait-elle les obligations qu'ont les gouvernements aux termes des traités de droits de l'homme qu'ils ont ratifiés ? L'encadré suivant donne de nombreux exemples que vous pouvez projeter en transparent ou distribuer comme Document 4.

Passez en revue les informations de la **diapositive**.



#### Quelques exemples de droits liés à la reproduction

Les droits énumérés ci-dessous peuvent être utilisés pour protéger et promouvoir l'égalité des sexes dans la santé en matière de reproduction et de sexualité.

**Le droit à la vie** : Selon une interprétation traditionnelle, il s'agit de la liberté de ne pas être arbitrairement privé de l'existence. Désormais, il porte aussi sur l'obligation positive de l'Etat, par exemple en matière de mortalité maternelle. Il faut se rappeler que chaque année plus de 515 000 femmes meurent pendant leur grossesse ou en couches de complications qui pourraient être évitées.

**Les droits à l'intégrité corporelle et à la sécurité de la personne** :

Selon l'interprétation traditionnelle, ces droits protègent la personne placée sous la garde de l'Etat. Ils portent aussi désormais sur la sécurité face aux violences sexuelles et aux agressions venant d'un partenaire ou d'une autre personne. Ils portent aussi, par exemple, sur les programmes de contrôle des naissances entraînant des stérilisations ou des avortements forcés, ou sur les programmes qui interdisent physiquement aux femmes de profiter des services de planification familiale.

**Le droit à la vie privée** : Selon l'interprétation traditionnelle, il désigne la vie privée de la personne à son domicile et dans sa correspondance. Il comprend maintenant aussi certaines protections liées à la sexualité. A ce sujet, le Comité des droits de l'homme, l'organe de suivi de la conformité des gouvernements avec le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, a déclaré, sur la sexualité, qu'il « est indéniable que la sexualité est couverte par le concept de vie privée » et que « les questions morales ne relèvent pas exclusivement de la compétence nationale car elles doivent être en conformité avec les instruments internationaux de droits de l'homme ».

**Le droit de bénéficier des progrès scientifiques** : Selon l'interprétation traditionnelle, il désigne le droit au transfert des technologies entre les pays du Nord et les pays du Sud. Désormais, il pourrait également mener à reconnaître que le droit pour une femme de contrôler sa reproduction serait de toute évidence mieux respecté si elle avait accès aux microbicides, aux méthodes de contraception féminines, à l'avortement dans de bonnes conditions et si des recherches permettaient de trouver une plus grande gamme de contraceptifs masculins.

**Le droit de chercher, de recevoir et de diffuser les informations** : Selon l'interprétation traditionnelle, il ne concerne que les médias et la liberté de la presse. Désormais, on reconnaît également que l'exercice de ce droit est déterminant pour la santé en matière de reproduction, par exemple, dans les décisions sur la procréation, dans la capacité d'une femme à faire des choix sur la base de toutes les informations dont elle a besoin, mais aussi dans sa capacité à se protéger de l'exploitation, des abus et des maladies sexuels.

**Le droit à l'éducation** : Selon l'interprétation traditionnelle, il désigne le droit à l'alphabétisation. Le fait d'être alphabétisé-e est évidemment déterminant pour la santé en matière de reproduction, mais, la sexualité étant reconnue comme élément de la personnalité humaine, l'éducation est également essentielle pour le développement de cet aspect de la personnalité.

**Le droit à la santé** : Selon l'interprétation traditionnelle, il désigne le droit de tout individu au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. De plus en plus, il est interprété comme le devoir des gouvernements de créer les conditions permettant à chacun de profiter du meilleur état de santé possible, avec des structures pour le traitement des maladies ou pour la réhabilitation. Les questions des maladies professionnelles et environnementales relèvent aussi de ce droit, qui attire également l'attention sur les questions liées à la santé des femmes. Par exemple, cette interprétation ouvre la possibilité de signaler le manque presque total d'attention et de ressources pour le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus de la part d'un certain nombre de gouvernements. Il permet aussi de montrer du doigt les programmes publics de santé en matière de reproduction qui s'adressent à certains groupes de population mais oublient et ne s'adressent pas à certaines communautés marginalisées.

**Le droit à l'égalité dans le mariage et le divorce** : Selon l'interprétation traditionnelle, il désigne l'égalité des femmes et des hommes à se marier et à divorcer de leur plein gré. Souvent ce droit a été négligé et violé. Ces négligences et violations sont possibles parce qu'elles sont tolérées, reconnues voire pardonnées par les gouvernements, parce qu'elles restent insidieuses, ou parce qu'elles sont ignorées délibérément. Les personnes engagées en faveur de la santé en matière de reproduction reconnaissent de plus en plus l'importance de ce droit car il protège la capacité des femmes à contrôler et à décider de leur vie.

**Non-discrimination** : Selon l'interprétation traditionnelle, elle signifie que chaque personne doit recevoir un traitement égal et avoir les mêmes chances, ce qui implique une protection égale par la loi. Ces 20 dernières années ont vu le développement de l'idée d'égalité substantielle qui note que certaines distinctions sont nécessaires à la promotion des droits de personnes vivant dans des lieux différents – mais que toutes les différences de traitement doivent s'appuyer sur des critères objectifs et raisonnables et servir un objectif ultime de promotion des droits. Dans le développement des politiques et programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité, une différence d'approche selon que l'on s'adresse aux filles ou aux garçons doit donc s'appuyer sur une reconnaissance acceptable des différences liées au genre. Il faut lutter autant que possible contre l'influence des rôles dévolus aux femmes et aux hommes prescrits et des normes culturelles dans la détermination des différences.

## Points principaux pour conclure la session

---

### Les devoirs des gouvernements sont clairs

Les obligations des gouvernements en matière de promotion et de protection des droits humains ont été clairement énoncées. Les États doivent prendre certaines mesures et obtenir certains résultats, même si les processus engagés pour les atteindre peuvent être très différents.

### Les institutions et les procédures sont en place

Les institutions et les procédures permettant de garantir un suivi et une responsabilité existent réellement.

### Une responsabilité plus large tout en restant dans le cadre traditionnel

Les droits liés à la reproduction ne sont pas des droits nouveaux mais ils ont permis d'arriver à établir une responsabilité plus large tout en restant dans le cadre traditionnel des droits humains sur des questions liées à la santé en matière de reproduction et de sexualité.

### Être clair sur l'application du droit

Les dispositions importantes ont été rédigées de telle façon qu'elles peuvent couvrir de nombreuses questions liées à la sexualité et à la reproduction. Mais il est nécessaire de dire clairement si l'on défend un principe en l'appliquant à de nouvelles réalités ou si l'on affirme un principe qui a déjà été accepté dans le système. Il existe des différences dans le maniement du langage des droits, selon son utilisation : pour mobiliser, pour faire une politique, pour mettre les gouvernements devant leurs responsabilités, etc.

Session développée par Sofia Gruskin



Document

1

## Les droits humains internationaux relatifs à la santé en matière de reproduction

*Voici un résumé des points importants. Ce n'est pas un résumé définitif.*

### Partie 1 : Les bases du droit international, incluant les documents fondamentaux, les institutions importantes et la place des droits des femmes

Le droit international en matière de droits humains définit ce que les gouvernements peuvent et ne peuvent pas nous faire, et ce qu'ils devraient faire pour nous. La mise en application du droit international en matière de droits humains dépend en premier lieu des actions des gouvernements eux-mêmes, mais des systèmes de suivi existent.

L'obligation légale d'application des droits humains se concentre sur les gouvernements, mais d'autres acteurs très divers, comme les sociétés commerciales, les prestataires de soins privés, etc., ont la responsabilité de promouvoir les droits.

La législation relative aux droits humains a vocation à être appliquée également pour chaque personne, partout, dans tous les pays, toutes les cultures et toutes les religions.

Les droits humains traitent en premier lieu des relations entre l'individu et l'Etat. Le droit international en matière de droits humains se compose des obligations que les gouvernements ont acceptées pour la promotion et la protection des droits des individus.

Lorsque les gouvernements ne remplissent pas leurs obligations ou lorsqu'ils limitent délibérément les droits sans justification acceptable, ils peuvent être tenus responsables de violation de droits au regard du droit international.

Le mouvement moderne des droits humains a été créé à la suite de la Seconde guerre mondiale et s'est centré sur les abus importants qui ont été à l'origine du conflit. C'est ce qui explique en partie son orientation publique et sa capacité limitée à protéger ce qui relève de la sphère privée.

Le document clé en terme de droits est la *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Il ne s'agit pas d'un document contraignant légalement ; elle représente la définition commune des droits par les Etats et leur volonté de voir les droits appliqués pour toute personne où qu'elle soit.

Les deux pactes, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* et le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, apportent de nouvelles clarifications sur les droits affirmés

dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme*. Contrairement à la *Déclaration*, ce sont des documents légalement contraignants pour les pays qui les ratifient.

L'ensemble des trois documents est souvent appelé la *Charte internationale des droits de l'homme*. Certains des autres documents relatifs aux droits humains qui ont été développés explicitent et vont parfois plus loin que ces trois documents. Aussi la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW) et la *Convention relative aux droits de l'enfant* (CRC), qui peuvent être considérées comme particulièrement utiles pour le développement de la santé en matière de reproduction et de sexualité, ne doivent-elles pas être lues indépendamment des autres textes. L'explication des obligations des gouvernements aux termes des traités relatifs aux droits humains se poursuit encore de nos jours ; par conséquent, l'interprétation des droits qui figurent dans le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* est maintenant beaucoup plus sensible aux questions de genre qu'elle ne l'était il y a encore quelques années. Les gouvernements sont légalement responsables d'être simultanément en conformité avec toutes les obligations qu'ils ont contractées aux termes des traités qu'ils ont ratifiés.

Parmi les droits considérés comme des droits civils et politiques, il y a le droit à la vie, à ne pas être torturé, le droit de vote, le droit à l'information et le droit d'association. Les droits considérés comme plus économiques, sociaux et culturels sont par exemple le droit à l'éducation, le droit au travail et le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.

Les droits humains servent de façons très diverses à des acteurs différents : ils justifient certaines décisions dans le cadre de politiques et de programmes ; ils servent à analyser ce qu'un gouvernement fait ou ne fait pas et à montrer que les vides sont peut-être des violations légalement identifiables ; ils peuvent être des outils tant formels qu'informels pour des campagnes de mobilisation. Certains vont utiliser essentiellement le système formel de droits (les traités internationaux et leur traduction dans la loi nationale), et d'autres vont surtout utiliser les principes qui les sous-tendent (utilisation informelle). Compte tenu de ces différences, il est toujours important de spécifier clairement la façon et le but dans lequel le langage du droit est utilisé.

## Partie 2 : Les obligations des gouvernements aux termes du droit international en matière de droits humains, y compris les limites de droit possibles

Pour chaque droit, les gouvernements ont trois niveaux d'obligation : ils doivent respecter le droit, le protéger et permettre de l'exercer. Respecter un droit veut dire ne pas le violer directement. Protéger un droit veut dire mettre en application des mécanismes empêchant la violation de ce droit par des acteurs non gouvernementaux. Permettre l'exercice du droit signifie prendre des mesures actives de mise en place d'institutions et de procédures, et distribuer les ressources qui vont permettre aux personnes de jouir de ce droit.

Le mécanisme des droits humains reconnaît que des problèmes de ressources et certaines contraintes peuvent empêcher un gouvernement de permettre d'exercer tous les droits immédiatement et complètement. En termes pratiques, un engagement pour le droit à la santé va demander plus que le simple vote d'une loi. Il va demander des ressources financières, un personnel formé, des structures et, surtout, une infrastructure durable. En général, on comprend donc que l'exercice des droits est progressif, qu'il consiste en progrès réguliers pour atteindre un but.

La mise en application des droits des individus est censée se faire en première instance au niveau national, par les gouvernements.

Si les gouvernements n'appliquent pas ou refusent d'appliquer les droits des individus, le système international peut être utilisé pour entamer un dialogue et parfois critiquer cette situation. Il est important de dire qu'une grande partie du travail en faveur du droit à la santé consiste à intégrer les normes de droit dans la pratique publique, et ne porte pas seulement sur la dénonciation des échecs de l'Etat.

Pour savoir si un gouvernement fait tout son possible pour permettre l'exercice des droits, il faut d'abord examiner la portée des obligations du gouvernement (en matière de respect, de protection et d'exercice), puis les limites de ces droits qui sont acceptables. Il est alors possible de savoir si une violation a eu lieu.

La plupart des droits peuvent légitimement être limités par les gouvernements. Cela signifie que la plupart des droits ne sont pas absolus. Les droits qui ne peuvent absolument pas être limités, même au prétexte du bien public, sont par exemple le droit de ne pas être torturé, de ne pas être tenu en esclavage ni en servitude, le droit à un procès juste et le droit à la liberté de pensée.

La santé publique est une justification acceptable pour limiter la plupart des droits ; par exemple, l'Etat peut s'ingérer et limiter la liberté de mouvement lorsqu'il faut, à un moment donné, imposer une quarantaine ou un

isolement pour empêcher l'expansion d'une maladie contagieuse, comme la fièvre Ebola. Cette limite peut être nécessaire pour l'intérêt public et peut donc être considérée comme légitime par le droit international en matière de droits humains. Les principes de base à prendre en considération pour pouvoir légitimement limiter des droits, comme dans le cas qui vient d'être évoqué, sont expliqués dans les Principes de Syracuse. Ces principes sont discutés en détail dans la session 3.

### **Partie 3 : Le suivi des droits au niveau international par les organes de traités. Les engagements politiques pris grâce aux processus engagés dans les conférences internationales comme les conférences du Caire et de Beijing**

---

#### **Les organes de suivi**

Chaque traité des Nations Unies relatif aux droits de l'homme est doté d'un organe de suivi appelé Comité qui suit le respect du traité par les Etats qui lui sont liés légalement (par la ratification). En ratifiant un tel traité, un Etat déclare qu'il souhaite participer au processus de suivi.

Le suivi du respect ou du non-respect, et du degré de respect par un Etat des obligations qu'il a acceptées en signant un traité spécifique se fait par un système de rapports réguliers que le gouvernement doit faire auprès du Comité concerné.

Les rapports réguliers des gouvernements auprès des Comités portent sur les mesures que le gouvernement a prises pour respecter ses obligations, les difficultés qu'il a rencontrées, et la façon précise dont il a intégré ses obligations dans la loi intérieure.

Le rapport doit porter à la fois sur le droit et sur la pratique du droit.

Les rapports peuvent tout à fait être biaisés en faveur du gouvernement, mais de plus en plus ils deviennent efficaces. Les organes de suivi se laissent en effet de moins en moins tromper par les apparences pour accepter les rapports. Ils obtiennent également des informations auprès des ONG (organisations non gouvernementales), souvent sous forme de « rapports fantômes » qu'ils peuvent utiliser lors des sessions de questions sur le rapport officiel du gouvernement. Le travail des ONG est déterminant dans ce processus.

Les organes de suivi publient également des « Commentaires généraux » et des « Recommandations générales » qui permettent de développer leur interprétation des droits figurant dans le traité. Par exemple, l'organe de suivi de la Convention relative aux droits des femmes a développé des recommandations sur la santé, la violence contre les femmes et le VIH/SIDA.



### Conférences internationales – engagements politiques

Les déclarations et programmes d'action adoptés par les conférences internationales, comme celles du Caire et de Beijing, ont été déterminants dans l'avancée des droits humains en ceci qu'ils permettent de clarifier et de donner du contenu à certains droits et groupes de droits. A la suite de la Conférence du Caire, une série de conférences internationales – y compris les examens quinquennaux et décennaux des Programmes d'action de Caire et de Beijing – a réussi à créer un consensus international entre les gouvernements sur la notion de droits liés à la reproduction et les mesures de respect des droits ayant trait à la santé sexuelle et de la reproduction ont progressé.

Les conférences internationales ne rédigent pas de nouvelles lois, mais elles sont importantes car elles traduisent les engagements politiques des gouvernements à un très haut niveau. Elles sont également importantes parce qu'elles donnent une visibilité à certaines questions.

Les engagements pris lors des conférences portent sur l'action des gouvernements, et sur ce qui doit et ne doit pas être fait aux niveaux national et international. Ils représentent non seulement une déclaration de principes mais aussi un programme d'action défini de façon à pouvoir se traduire dans toutes les politiques et tous les programmes dans le domaine de la santé en matière de reproduction.

De plus, dans leur dialogue avec les gouvernements, les organes de suivi commencent à faire valoir les engagements pris au Caire et à Beijing en matière de droits liés à la reproduction. Les gouvernements sont donc maintenant plus responsables du respect des dispositions figurant dans ces documents.

## Partie 4 : La santé en matière de reproduction et les droits liés à la reproduction dans le contexte des droits humains

---

Les droits liés à la reproduction ne sont pas nouveaux. Ils ont un lien avec la capacité de toute femme et de tout homme à contrôler et à prendre les décisions qui auront un impact sur sa santé en matière de reproduction et de sexualité. Conformément au consensus international, aucun nouveau droit n'a été créé : la constellation de droits qui forment ce que l'on appelle les droits liés à la reproduction a plutôt été identifiée à l'intérieur des textes relatifs aux droits humains existants.

Les droits en matière de reproduction sont compris comme devant être protégés pour leur intérêt intrinsèque, mais aussi parce qu'ils sont une condition essentielle à l'exercice sans discrimination des autres droits.

Les droits en matière de reproduction signifient de considérer sous un jour totalement nouveau les obligations qu'ont les gouvernements aux termes des textes relatifs aux droits humains. Prenons par exemple le droit à l'éducation, à la santé et aux services sociaux, et faisons le lien avec les causes bien connues de mortalité maternelle. Un gouvernement qui n'apporterait pas aux jeunes femmes en âge d'avoir des enfants les services d'éducation, de santé et les services sociaux pourrait très bien être considéré comme en violation de ces droits qui sont désormais reconnus comme partie intégrante des droits liés à la reproduction. Une telle accusation n'aurait très certainement pas été possible avant la Conférence du Caire.

Pensons aux autres éléments d'information qu'une perspective de genre et la reconnaissance de l'existence des droits liés à la reproduction et à la sexualité apporterait à la responsabilité qu'ont les gouvernements aux termes des traités qu'ils ont ratifiés. Avec cette perspective sur les droits, les obligations prennent de nouvelles dimensions. Par exemple, le droit à l'intégrité corporelle et à la sécurité de la personne a traditionnellement été interprété comme lié aux actes concernant les individus à la garde de l'État. Mais il peut désormais être interprété comme la sécurité à l'abri de la violence sexuelle et de l'agression émanant du partenaire sexuel ou d'autres personnes.

## L'équilibre entre les devoirs et les bénéfices des droits humains liés aux politiques et programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



2 hrs  
30 mins

#### Les participant-e-s vont :

- Comprendre les effets possibles de la promotion ou de la violation des droits liés à la santé en matière de reproduction et de sexualité
- Savoir utiliser une approche de type santé publique et relative aux droits pour identifier et résoudre des problèmes.

[durée] Approximativement 2 heure 30 minutes

### Matériel

- Document « Etude de cas pour l'analyse d'un projet de santé en matière de reproduction »
- Transparent : « Les quatre quadrants : la qualité d'un programme en terme de droits humains et de santé publique », p. 175
- *flip chart*.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Alexander P. 1994. « Sex workers fight against AIDS: an international perspective », dans : Anne McClintock (ed.), *Sex workers and sex work*. Durham : Duke University Press.
2. ECOSOC. 1984. *Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, pp. 1-6. New York : Nations Unies (UN Doc. E/CN.4/1984/4). [<http://www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html>]
3. Gostin L, Mann JM. 1999. « Towards the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies », dans: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ (eds), *Health and human rights: a reader*, pp. 54-71. New York : Routledge.
4. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre For Health And Human Rights. 1999. « The public health-human rights dialogue », dans: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ (eds), *Health and human rights: a reader*, pp. 46-53. New York : Routledge.

5. Atvhsfr F, Spencer A. 2003. *VIH/Sida et Droits de l'Homme en milieu médical sénégalais. Rapport d'un atelier tenu à Dakar, 18-19 juillet 2001*. Dakar : Amnesty International, Section Sénégalaise, Groupe médical. [<http://www.refer.sn/rds/IMG/pdf/FORUMAMNESTY.pdf>]

## Lecture pour les participant-e-s

Référence 4.

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. Elle s'ouvre par une présentation de l'animateur-trice pour l'ensemble du groupe. Dans la seconde activité, les participant-e-s travaillent individuellement puis par deux, avec des interruptions pour des discussions plénières et pour que l'animateur-trice communique certaines informations.

### Activité 1 : Les droits dans le contexte des politiques ou programmes de santé



45 mins

#### Etape 1 : Introduction du thème



10 mins

Commencez par présenter l'objectif de cette session – donner aux participant-e-s les moyens de reconnaître les conséquences de la violation des droits ou de leur promotion dans les politiques ou programmes de santé, de façon à pouvoir définir et mettre en application des politiques et des programmes plus efficaces.

#### Etape 2 : Méthodologie pour optimiser les éléments relatifs à la santé publique et aux droits humains dans les politiques et les programmes



35 mins

Cette méthodologie est adaptée de :

International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies and the François-Xavier Bagnoud Centre for Health and Human Rights. 1999. « The public health-human rights dialogue », dans : Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ (eds), *Health and human rights: a reader*, pp. 46-53. New York, Routledge.

Présentez la méthodologie suivante aux participant-e-s. Elle vise à optimiser la santé publique et les droits humains dans les politiques et programmes.

Elle comporte 4 étapes :

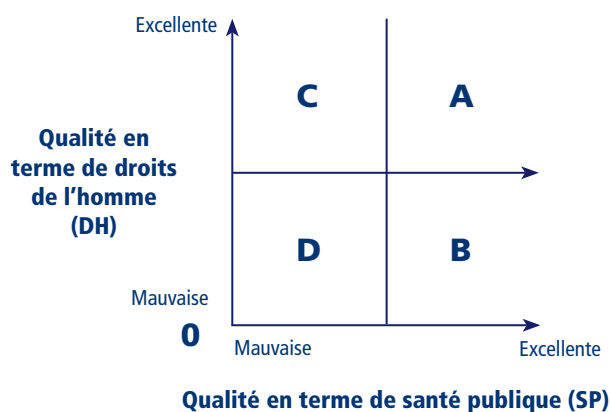
1. Une étude de la place donnée aux questions de santé publique dans une politique ou un programme.
2. Une étude de la place donnée au respect et à la promotion des droits dans la politique ou le programme.
3. Une étude des possibilités d'établir un meilleur équilibre entre la santé et les droits.
4. Une étude de cette approche pour savoir si elle est la meilleure pour atteindre les objectifs de santé publique de la politique ou du programme.

Ce graphique vous permet de suivre chaque étape.



### Les quatre quadrants :

#### La qualité d'un programme en terme de droits humains et de santé publique



#### EXPLICATION DES SECTEURS :

<b>A</b> : situation optimale	<b>C</b> : besoin de développer la qualité en terme de santé publique
<b>B</b> : besoin de développer la qualité en terme de droits humains	<b>D</b> : situation la plus mauvaise ; besoin de développer la qualité tant des droits humains que de la santé publique

Explication du graphique :

- Axe vertical : qualité en terme de droits humains
- Axe horizontal : qualité en terme de santé publique
- Quadrant A : situation optimale en matière de santé publique et de droits humains
- Quadrant B : situation excellente en matière de santé publique mais la place des droits humains doit être développée
- Quadrant C : la situation est bonne en matière de droits humains mais mauvaise en matière de santé publique
- Quadrant D : la situation est mauvaise à la fois pour la santé publique et pour les droits humains

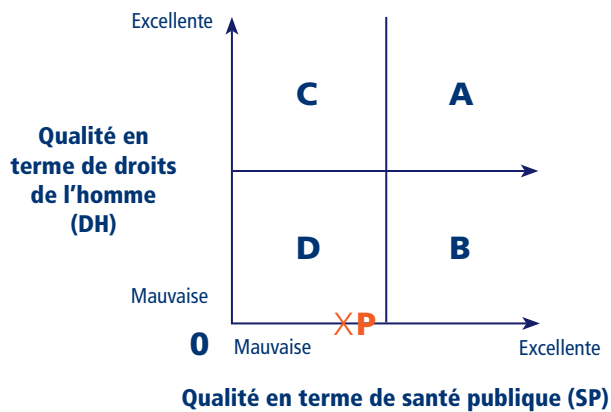
Il est en général supposé que l'objectif, lorsque l'on développe et met en œuvre une politique ou un programme de santé, est de se situer dans le quadrant A. Un programme ou une politique qui respecte les droits tout en remplissant ses objectifs de santé publique sera meilleur qu'un programme qui limite ou restreint les droits.

Comment utiliser le tableau pour réformer une politique ou un programme de façon à en optimiser à la fois les éléments de santé publique et de droits humains ?

### Première étape : La qualité d'un projet en terme de santé publique

Marquez par un point P sur l'axe horizontal du graphique ci-dessous le degré de promotion et la place de la santé publique dans la politique que vous étudiez (voir graphique 1). Si le point se situe dans le quadrant B, la qualité en terme de santé publique est bonne, et plus le point se situe vers la droite, meilleure elle est. Si le point se situe dans le quadrant D, la place donnée à la santé publique est mauvaise, et plus le point est vers la gauche, plus elle est mauvaise.

Graphique 1 :

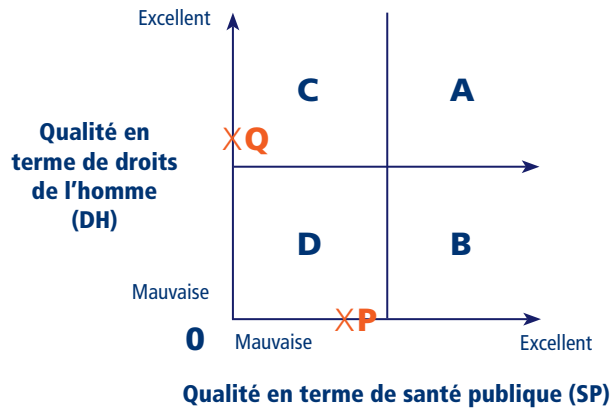


A ce stade, cherchez les éléments que les participant-e-s prendraient en compte s'ils devaient évaluer la qualité d'un projet en terme de santé publique. Notez ces éléments sur un flip chart. La liste doit comprendre : l'efficacité, la couverture, la faisabilité, les coûts, la participation communautaire, etc.

### Deuxième étape : Les aspects de la politique relatifs aux droits

Évaluez l'aspect de la politique relatif aux droits, et marquez cette évaluation avec un point Q sur l'axe vertical (voir le graphique 2 ci-dessous). Si le point se situe dans le quadrant C, la qualité en terme de droits humains est bonne, et plus le point est haut sur l'axe, meilleure elle est. Si le point se situe dans le quadrant D, la qualité en terme de droits humains est mauvaise, et plus le point est bas sur l'axe, plus elle est mauvaise.

Graphique 2 :

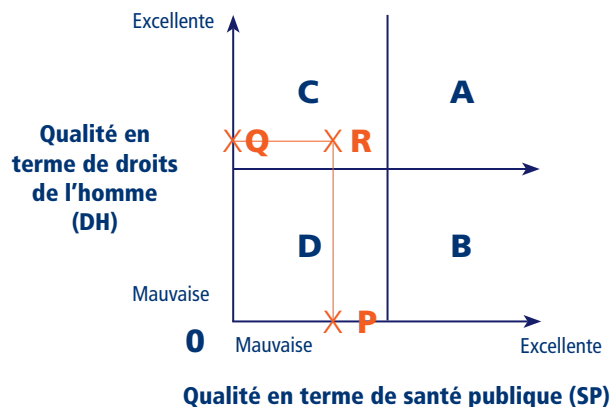


Proposez d'évaluer une politique ou un programme en terme de droits humains en prenant chacun des droits figurant dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et en se demandant, pour chaque droit, si le projet a pour lui des conséquences positives ou négatives, ou s'il n'est pas en jeu. Rappelez bien aux participant-e-s que les gouvernements ont des obligations.

### Troisième étape : L'intersection entre santé publique et droits humains

Tracez une ligne verticale à partir de P sur l'axe horizontal et une ligne horizontale à partir de Q sur l'axe vertical. Le point d'intersection de ces deux lignes, R, vous donne le quadrant dans lequel se situe la politique pour ses qualités en matière de santé publique et de droits humains (voir le graphique 3 ci-dessous).

Graphique 3 :



L'objectif est de se situer dans le quadrant A ou de s'en approcher en retravaillant les divers aspects de la politique.



## Activité 2 : Etude de cas pour l'analyse d'un projet de santé publique



### Etape 1 : Evaluation de la qualité en matière de santé publique

Distribuez à tou-te-s les participant-e-s la copie d'une étude de cas d'un projet de santé, avec pour instructions d'en analyser les qualités en termes de santé publique et de droits humains. Le document qui est donné ici est un exemple. Les étapes pour l'analyse restent les mêmes, mais vous pouvez utiliser une autre étude de cas.

Les participant-e-s font l'analyse du projet en terme de santé publique. Ils-elles peuvent discuter avec leurs voisin-e-s avant d'arriver à une décision.



### Etape 2 : Discussion de l'ensemble du groupe sur les qualités en termes de santé publique

Une fois que les participant-e-s ont terminé l'analyse des qualités du projet en terme de santé publique, ils passent à une discussion avec l'ensemble du groupe.

#### Sujets à discuter

#### Guide pour la discussion

Posez aux participant-e-s les questions suivantes, qui sont liées à la qualité du projet en matière de santé publique :

- Pour quelles raisons cette population a-t-elle été prise comme cible ?
  - il a été supposé qu'elle avait un plus grand risque d'être infectée
  - les personnes y ont de nombreux partenaires sexuels susceptibles de leur transmettre l'infection ou à qui elles risquent de la transmettre
  - le manque réel ou perçu de pouvoir pour négocier l'utilisation du préservatif avec les clients
  - le risque de contracter les autres infections sexuellement transmises y est plus fort, selon l'hypothèse que ces personnes risquent plus que les autres de contracter le VIH et de le transmettre à d'autres personnes (leurs clients)
  - c'est un expédient politique : faire semblant d'agir.
- Pourquoi n'a-t-il pas plutôt été décidé de tester les clients ?
- Y aura-t-il une possibilité de donner des conseils avant et après le test ?
- Quel test compte-t-on faire ? Quelle fiabilité attendre du test fait à des intervalles de six mois ?
- Toutes les travailleuses du sexe seront-elles testées ? Quelles sont les travailleuses qui seront identifiées ?
- Que se passe-t-il pour les travailleuses du sexe une fois qu'elles s'avèrent infectées ?



- Si on leur retire leur carte, ces femmes vont-elles immédiatement trouver d'autres sources de revenu ? Quelles sont en général les raisons pour lesquelles les femmes s'engagent dans le travail du sexe ? Ce besoin disparaîtra-t-il si elles s'avèrent infectées ? Le retrait de leur carte aura-t-il des conséquences sur la possibilité pour les travailleuses du sexe d'utiliser les services de santé et les autres services ?
- Cette approche permet-elle d'une quelconque façon de contrôler le taux de transmission des clients vers ces femmes ?
- Compte tenu des préoccupations de la personne en charge de la santé, cette approche sera-t-elle efficace dans la prévention de la transmission hétérosexuelle ?



Projetez une diapositive de « Quatre quadrants : la place des droits humains et de la santé publique dans un programme ». Jusqu'à quel point y a-t-il un consensus entre participant-e-s quant aux qualités du programme en matière de santé publique ? En déplaçant votre crayon à partir de O sur l'axe horizontal, annoncez chaque point (qualifiez chaque situation). Demandez aux participant-e-s de lever la main lorsqu'ils-elles pensent que vous avez atteint le point qui qualifie le mieux le niveau de l'intervention. Marquez ce point sur l'axe horizontal et appelez-le P.



**Etape 3 :**  
**Une analyse en termes de droits à partir de la Déclaration universelle des droits de l'homme**

Demandez maintenant aux participants de faire une analyse du projet en terme de droits à partir de la Déclaration universelle des droits de l'homme. Certains de ces droits sont-ils limités dans la situation actuelle ? Si la réponse est oui, ces limites sont-elles acceptables au regard des Principes de Syracuse ? Les participant-e-s travaillent individuellement et peuvent consulter leurs voisin-e-s s'ils-elles le souhaitent. Expliquez bien que cette analyse inclut la discrimination basée sur le sexe, qui sera révélée par une analyse de genre.



**Etape 4 :**  
**Discussion de l'ensemble du groupe sur les qualités en terme de droits humains**

Animez une discussion de l'ensemble du groupe sur les qualités du projet en terme de droits humains.

**Sujets à discuter**

Les droits à étudier et à discuter figurent dans l'Article 1, l'Article 2, l'Article 3, l'Article 5, l'Article 6, l'Article 7, l'Article 8, l'Article 9, l'Article 12, l'Article 13, l'Article 20, l'Article 21, l'Article 22, l'Article 23, l'Article 25, l'Article 27 et l'Article 29. Beaucoup de ces droits ne sont pas directement en jeu dans l'exemple que vous donnez, mais la discussion permettra d'étudier le projet proposé dans le cadre des droits.



10 mins



**Etape 5 :**  
**Pour ce projet,**  
**où se situe**  
**l'intersection**  
**entre santé**  
**publique et**  
**droits humains ?**

Vous pouvez aussi utiliser le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* ou le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* ou encore la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* si vous en connaissez bien l'interprétation.

Projetez de nouveau la **diapositive** « Quatre quadrants : la place des droits humains et de la santé publique dans un programme », avec le point P marqué sur l'axe horizontal. Les participant-e-s doivent arriver à un accord sur les qualités du projet en terme de droits humains. En déplaçant votre crayon à partir de O sur l'axe vertical, annoncez chaque point (qualifiez chaque situation). Demandez aux participant-e-s de lever la main lorsqu'ils-elles pensent que vous avez atteint le point qui qualifie le mieux le niveau de l'intervention. Marquez ce point sur l'axe horizontal et appelez-le Q.

Tracez une ligne verticale à partir du point P et une ligne horizontale à partir du point Q. Appelez R le point d'intersection des deux lignes. Pour l'exemple donné dans le document, le point R se situera probablement dans le quadrant D. En d'autres termes, les places qu'il donne à la santé publique et aux droits humains sont mauvaises.



25 mins

**Etape 6 :**  
**Discussion :**  
**Comment atteindre**  
**le quadrant A ?**

Centrez la discussion sur les changements précis qui vont être nécessaires pour que le projet se rapproche du quadrant A.

**Sujets à**  
**discuter**

**Questions**

- Comment faire pour que l'objectif en matière de santé publique réponde au problème de façon aussi ciblée, précise et sensible que possible aux questions de genre ?
- Comment répondre au problème de façon plus efficace ?
- La politique ou le programme sont-ils trop restrictifs ou trop vastes (par exemple, atteignent-ils trop ou trop peu de personnes) ?
- Quelles sont les modifications proposées par les participant-e-s pour réduire la gravité, la portée et la durée des désavantages de cette politique ?
- En quoi une amélioration du projet en matière de droits humains change-t-elle les qualités de ce même projet en terme de santé publique ?

Les participant-e-s peuvent proposer beaucoup d'options différentes. Vous pouvez débattre de chacune de ces propositions pour vous demander si elle a plus d'avantages que l'exemple étudié en termes de santé publique et de droits humains. On considère en général que les tests volontaires anonymes et la création de lieux de conseil accessibles

à tous, y compris aux travailleuses du sexe, et que la promotion du préservatif sont les mesures qui ont les plus grands avantages en termes de droits humains et de santé publique. Mais il peut y avoir des discussions sur la faisabilité et la couverture de ces mesures.

## Points principaux pour conclure la session

---

### Le respect des droits améliore l'efficacité des projets

Les politiques et les programmes qui respectent les droits sont en fait meilleurs et plus efficaces. Les préoccupations de droits humains et de santé publique ne sont pas incompatibles.

### Prendre en compte les droits humains permet de mieux évaluer les programmes en cours

La prise en compte des droits humains dans l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation des politiques et programmes de santé permet de déterminer si les politiques et programmes en cours défendent ou au contraire violent les droits, notamment l'égalité des sexes, et si ces politiques et programmes sont efficaces.

### Les décisions en matière de santé publique sont souvent des expédients politiques

Les décisions prises en matière de santé publique relèvent souvent de l'opportunisme politique, sans considération des effets qu'elles risquent d'avoir en terme de droits humains, et même, jusqu'à un certain point, des effets qu'elles risquent d'avoir sur la santé publique.

### Le personnel de santé publique a une responsabilité importante en matière de droits humains

Le personnel de santé publique a la responsabilité de voir si les actions prises au nom de la santé publique promeuvent, négligent ou violent les droits humains.

Les liens qui existent entre le gouvernement et chaque personne qui travaille pour la santé publique, que ce soit en tant qu'agent de l'État ou en tant qu'entité financée par le gouvernement, imposent une obligation double de promotion et de protection de la santé, et de promotion et de protection des droits humains.

Les personnes qui travaillent pour la santé publique ont le pouvoir de décider une limitation des droits ; cette responsabilité doit donc être prise au sérieux.

### Les politiques de santé qui violent les droits ont des conséquences négatives

Les politiques ou programmes de santé qui violent les droits humains ont des conséquences négatives à long terme en ceci qu'ils entachent la confiance des personnes et des communautés pour toute nouvelle politique ou programme.

Session développée par Sofia Gruskin



Document

1

## Etude de cas pour l'analyse d'un projet de santé en matière de reproduction

Lisez l'étude de cas suivante, puis évaluez-en les qualités en terme de santé publique à partir du guide de questions.

### Etude de cas

Dans ce pays, la responsable de la santé est préoccupée par la prévention de la transmission hétérosexuelle du VIH/SIDA. Elle décide d'ajouter le test VIH aux tests usuels de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) faits sur les travailleuses du sexe tous les trois mois. Les travailleuses du sexe reçoivent une carte certifiant qu'elles sont saines. Si le test révèle qu'elles sont infectées par une IST, leur carte est temporairement retirée pour une période de trois mois. Le test VIH sera ajouté aux tests sur les IST tous les six mois. Si le test révèle qu'une femme est infectée par le VIH, sa carte lui sera définitivement retirée.

### Analyse des composantes de santé publique

Prenez 10 minutes pour faire l'analyse du projet en terme de santé publique. Vous pouvez en discuter avec vos voisin-e-s si vous le souhaitez. Laissez de côté pour l'instant les aspects de ce projet relatifs aux droits. Suivez les étapes suivantes :

- Énoncez le problème de santé publique qui est traité
- Énoncez l'objectif de l'action proposée
- Déterminez les qualités de ce projet en terme de santé publique. Est-ce un bon projet de santé publique ? Atteindra-t-il les objectifs annoncés ?

Gardez à l'esprit les différents éléments qui font un bon projet de santé publique établis précédemment : l'efficacité, la couverture, la faisabilité, le coût, la participation communautaire. Vous devez prendre tous ces éléments en considération lorsque vous déterminez les qualités d'une politique ou d'un programme de santé publique. Une fois que vous les avez pris en considération, identifiez, sur l'axe horizontal du graphique ci-dessous « Quatre quadrants : la place des droits humains et de la santé publique dans un programme », la situation qui vous semble le mieux représenter la valeur du programme. Marquez cette situation avec le point P.

### Analyse des composantes de droits humains

A la suite de la discussion de l'ensemble du groupe et du vote sur les qualités du projet en terme de santé publique, prenez 20 minutes pour faire l'analyse de ce même projet en terme de droits humains. Vous pouvez en discuter avec vos voisin-e-s si vous le souhaitez. Laissez pour l'instant de côté les aspects de ce projet relatifs à la santé publique. Suivez les étapes suivantes :

- Prenez la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (à partir de l'Article 1) et étudiez tous les droits qui sont violés ou défendus par ce projet
- Réfléchissez à l'impact exact de ce projet sur le droit, à court terme et à long terme
- Pour chaque droit, n'oubliez pas les obligations qu'a un gouvernement en matière de respect, de protection et d'exercice
- Rappelez les droits qui ne peuvent jamais être limités (cf. session 2)
- Réfléchissez à la gravité, à la portée, à la fréquence et à la durée de toutes les violations que vous constatez.

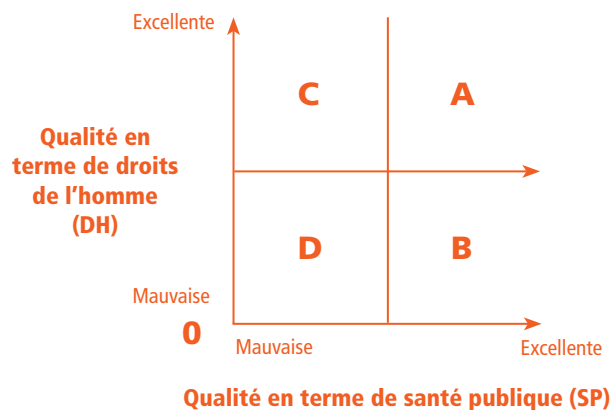
Une fois que vous avez terminé cette analyse, identifiez, sur l'axe vertical du graphique, la situation qui vous semble le mieux représenter la qualité du programme en terme de droits humains. Marquez cette situation avec le point Q.

### Evaluation de la qualité générale en termes de santé publique et de droits humains

Tracez une ligne verticale à partir de P et une ligne horizontale à partir de Q. R, le point d'intersection de ces deux lignes, représente les qualités générales du projet en termes de santé publique et de droits humains.

#### Les quatre quadrants :

La qualité d'un programme en terme de droits humains et de santé publique



#### EXPLICATION DES SECTEURS :

<b>A</b> : situation optimale	<b>C</b> : besoin de développer la qualité en terme de santé publique
<b>B</b> : besoin de développer la qualité en terme de droits humains	<b>D</b> : situation la plus mauvaise ; besoin de développer la qualité tant des DH que de la SP

### Discussion de l'ensemble du groupe

Ensuite une discussion de l'ensemble du groupe aura lieu, lors de laquelle vous allez voter pour déterminer la situation sur l'axe vertical qui représente le mieux ce que le consensus du groupe quant à la qualité du projet en terme de droits humains. Vous allez ainsi déterminer dans quel quadrant se situe le projet. Cette situation vous indiquera la qualité combinée des composantes du projet relatives à la santé et aux droits humains.

## SESSION

## 4

## Application de cadre des droits aux questions de santé en matière de reproduction et de sexualité

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

2 hrs  
15 mins

#### Les participant-e-s vont :

- Appliquer les concepts présentés lors des sessions précédentes à des études de cas soulignant les interactions entre la violation ou la promotion des droits et la santé en matière de reproduction et de sexualité
- Savoir qu'une bonne connaissance de ces interactions permet de mieux définir des politiques et des projets.

[durée] 2 heure 15 minutes

### Matériel

1. Document 1 : « L'histoire de Banna »
2. Document 2 : « Je voulais avoir le choix »
3. Document 3 : « Une fleur d'or prématurément fanée »
4. *Déclaration universelle des droits de l'homme* (pour cet exercice, vous pouvez aussi utiliser les traités relatifs aux droits de l'homme comme la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* si vous en connaissez bien l'interprétation).

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Guillaume A. 2000. « L'avortement en Afrique: mode de contrôle des naissances et problème de santé publique ». *Chronique du CEPED (Centre Population et Développement)* 37 : 1-4.  
[[http://ceped.cirad.fr/cdrom/integral\\_publication\\_1988\\_2002/chronique/pdf/cc\\_37.pdf](http://ceped.cirad.fr/cdrom/integral_publication_1988_2002/chronique/pdf/cc_37.pdf)]
2. García-Moreno C. 1999. *Violence against women, gender and health equity*, pp. 1-8. Boston : Harvard School of Public Health (Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper series No. 99.15).  
[<http://www.hsph.harvard.edu/hcpds/wpweb/gender/garcia.html>]



3. Hord CE, Gerhardt AJ. (eds). 1996. *When contraception fails. Initiatives for reproductive health policy*. Chapel Hill : IPAS.
4. Tarantola D, Gruskin S. 1998. « Children confronting HIV/AIDS: charting the confluence of rights and health ». *Health and Human Rights* 3(1) : 61-86.
5. Organisation Des Nations Unies. *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes*. New York : Nations Unies (Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993). [[http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Fr?](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Fr?)]
6. Fonds des Nations Unies pour la population. 2005. *Etat de la population mondiale 2005. La promesse d'égalité. Egalité des sexes, santé en matière de procréation et objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : UNFPA. [[http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr\\_swp05.pdf](http://www.unfpa.org/swp/2005/pdf/fr_swp05.pdf)]
7. Center for Reproductive Rights (CRR). 2000. *Les droits de la personne: un outil pour combattre les mutilations génitales*. New York : Center for reproductive rights. [version en anglais en ligne : <http://www.reproductiverights.org/pdf/fgmhandbook.pdf>]
8. Sow F. 1998. « Mutilations génitales féminines et droits de l'homme en Afrique ». *Afrique et Développement* 23(3-4) : 13-35.

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première est une activité en sous-groupes sur une étude de cas. La seconde commence avec le rapport des sous-groupes et se poursuit avec une discussion et des interventions de l'animateur-trice.

Cet exercice porte essentiellement sur l'utilisation d'une approche basée sur les droits dans le développement de stratégies et de mesures pour l'action. Cette session est complémentaire à l'exercice d'application figurant dans la session 2 du module Politiques – qui est pensé comme un prolongement de cet exercice – et à l'exercice récapitulatif à la fin du manuel.



### Activité 1 : Lecture et préparation des réponses

Répartissez les participant-e-s en sous-groupes de sept à dix personnes. Remettez une étude de cas à chaque groupe et demandez-leur de préparer une présentation de leurs réponses devant l'ensemble du groupe. Les Documents 1 à 3 racontent trois histoires sur le VIH/SIDA, l'avortement et les mutilations génitales féminines. Chacune de ces histoires montre différents aspects des relations possibles entre la

promotion ou la violation des droits humains et la santé en matière de reproduction et de sexualité. Elles soulignent aussi que connaître ces relations peut mieux aider à définir des politiques et des projets. Chaque étude de cas pose les mêmes questions. Vous pouvez utiliser les trois cas ou seulement celui qui vous semble le plus pertinent pour le groupe avec lequel vous travaillez.

Il est utile que plusieurs groupes travaillent sur la même étude de cas : cela permettra, pendant la discussion avec l'ensemble du groupe, de mieux voir la nécessité d'avoir plusieurs stratégies simultanées pour résoudre un problème particulier.



## Activité 2 : Discussion de l'ensemble du groupe

Les participant-e-s rejoignent le groupe. Chaque sous-groupe présente la synthèse des réponses qu'il a apportées aux questions du document. Cette présentation doit prendre environ 10 minutes pour chaque groupe. Après la présentation de chaque groupe, consacrez 10 minutes au plus aux questions pour la discussion.

### Sujets à discuter

L'exemple qui suit porte sur le Document 2: « Je voulais avoir le choix » et montre les sujets de discussion possibles, ainsi que les réponses que les groupes vont probablement présenter.

1. Identifiez ce que cette situation (grossesse non planifiée et avortement) peut avoir comme conséquences sur la santé la jeune fille
  - En quoi ce problème va-t-il changer les soutiens qu'elle avait, qu'il s'agisse de soutiens financiers, familiaux, pour l'éducation, ou en terme de perspectives économiques ?
  - Comment aggrave-t-il sa vulnérabilité à la violence, aux infections sexuellement transmissibles, aux traumatismes psychologiques, etc.
2. Identifiez les différentes causes de la situation (manque d'information, inégalités de sexe, tabous culturels et religieux).
3. Faites la liste de tous les acteurs impliqués et examinez chacune de leurs réactions à ce problème.
  - Les parents, la personne elle-même, le docteur, le copain, l'amie plus âgée.

4. Identifiez, à la lumière d'une approche par les droits, les vides ou les insuffisances dans les réponses au problème.
  - La jeune fille – manque d'information adéquate
  - Les parents – très protecteurs de la réputation de leur fille (rôles et normes de genre)
  - Le docteur – ne peut/ne veut pas aider
  - L'amie – l'aide à saigner plutôt que de l'amener à la clinique
  - Le copain – pas d'aide
  - Le gouvernement – n'offre pas d'éducation sexuelle, n'offre pas des services adéquats aux jeunes filles
  - L'église – qui soutient les rôles dévolus aux femmes et aux hommes concernant la sexualité.
  
5. A partir de la Déclaration universelle des droits de l'homme, identifiez chacun des droits en jeu dans ce problème. Pour chaque droit, dites comment et de quelles façons il est en jeu. Assurez-vous de prendre en considération les trois niveaux d'obligations du gouvernement (le respect, la protection et l'exercice) discutés dans la session 3.
  - Articles 1, 2, 3, 5, 7, 8, 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*.
  
6. A partir de cette analyse, déterminez les mesures essentielles à prendre pour que ce problème ne se reproduise pas. Envisagez à la fois des approches à court terme et à long terme, et accordez une attention particulière aux concepts de respect, de protection et d'exercice.
  - Les approches à court terme (des exemples)
    - Plus de liberté et de respect de la vie privée pour la jeune fille afin d'utiliser la pilule contraceptive
    - Education sexuelle pour la jeune fille, son copain et ses amies
    - Sensibiliser les parents et ses frères et sœurs sur les rôles et les normes de genre concernant la sexualité.
    - Docteurs qui offrent des services aux jeunes filles
    - Information concernant les services de santé qui offrent l'avortement sans risque (en sécurité)
  - Les approches à long terme (des exemples)
    - Planification familiale et conseils et services accessibles aux jeunes
    - Education sexuelle à l'école
    - Formation des prestataires de soins sur les méthodes d'avortement en sécurité.
  
7. Débattre des trois types d'actions que vous avez identifiés : celles qui vont avoir des conséquences sur les causes (conditions), les actions spécifiques à ces violations et à ces dommages, et les actions centrées sur les conséquences des violations en terme de droits (les solutions légales possibles, etc.)

### Après chaque présentation, ouvrez une discussion

Au début de chacune de ces discussions, rappelez que le module Politiques parlera, par une analyse des politiques et le développement d'une stratégie pour l'adaptation des politiques, de la façon d'arriver à ces actions.

### Aller au delà des conséquence médicales sur la santé

Dans le cas sur les MGF, la communauté a décidé non seulement pour Banna mais aussi pour sa fille. Il est donc important que soit soulignée l'impuissance de Banna à empêcher que sa fille ne subisse le même sort. Ceci est aussi valable pour toutes ces contraintes qui ont fait qu'elle n'a pu tenter une action en justice. Il est clair que tout ceci présente des conséquences directes sur la vie de Banna, mais est-ce uniquement sur le plan de la santé ? N'y a-t-il pas une conséquence à soulever, qui serait qu'elle n'a aucune liberté de choix sur sa sexualité et sa reproduction ?

### La nécessité de stratégies différentes et complémentaires

Pour résoudre un même problème, les sous-groupes vont probablement choisir des approches différentes. Aucune solution n'est suffisante à elle seule.

Distinguez en détail les dimensions économiques, sociales, culturelles, civiles et politiques du problème dont vous débattiez. Encouragez les autres participant-e-s à ajouter de nouveaux facteurs. De la même façon, encouragez les autres participant-e-s à identifier les droits en jeu que le groupe rapporteur n'a pas encore mentionnés.

Montrez ensuite que l'approche par les droits facilite les choix à faire pour résoudre les problèmes. Elle permet de dégager un certain ordre lorsque l'on approche des problèmes apparemment insurmontables, ce qui donne la possibilité de débattre des stratégies à court et long terme. Soulignez la nécessité de replacer la stratégie choisie, quelle qu'elle soit, dans le contexte plus général.

---

## Points principaux pour conclure la session

### L'utilité des textes relatifs aux droits humains

L'utilisation des droits tels qu'ils sont énoncés dans les textes relatifs aux droits humains procure une méthodologie pratique qui permet de classer les problèmes par catégorie et apporte un cadre commun, même à des acteurs divers, permettant ainsi de définir des stratégies d'action.

### Différentes stratégies à court terme, à long terme, et simultanées

A elle seule, aucune action ou approche à court terme ne sera suffisante pour résoudre ces problèmes. Il est important d'employer différentes stratégies simultanément, des stratégies à long terme et des stratégies à court terme, pour que les questions de santé soient traitées de façon adéquate.

### L'établissement de partenariats en dehors du secteur de la santé

Les stratégies permettant de traiter les questions de santé en matière de reproduction et de sexualité nécessitent des partenariats avec des alliés en dehors du secteur de la santé.

Session développée par Sofia Gruskin



Document

1

## L'histoire de Banna

Etude de cas développée par Maïmouna Ndoye, IUED

Banna est une femme soninké de 38 ans. Elle est mariée, mère de 4 enfants dont Sara, une fille de 6 ans. Un conflit l'oppose depuis quelques jours à sa belle-sœur, qui lui a rendu visite pour l'informer que l'exciseuse de la famille était en visite dans le village pour une semaine et que sa fille Sara devait profiter de cette occasion pour se faire exciser, ceci d'autant plus que toutes les fillettes de la concession entre 5 et 11 ans allaient y être conduites en groupe. Banna s'y est opposée en soulignant qu'elle ne souhaitait pas que sa fille soit excisée, car elle avait peur de la mettre en danger. Sa belle-sœur a répondu à cet argument en lui disant que l'excision était une pratique ancestrale, et qu'il fallait absolument la perpétuer pour rendre la fille pure et prévenir les rapports sexuels pré-nuptiaux. Qui l'épouserait si elle n'est pas excisée ? Elle lui a par ailleurs demandé de quel danger elle parlait-elle : les femmes sont toutes nées de mères excisées et l'ont également été.

Banna pensait aux complications qu'elle avait elle-même connues lors de ses accouchements, ainsi que les troubles qu'elle connaît dans sa vie sexuelle, mais comment parler de telles choses à sa belle-sœur ? De toute façon, sa belle-sœur n'en tiendrait même pas compte, elle a éventuellement connu aussi les mêmes complications, mais cela ne se dit pas ! C'est peut-être le prix à payer pour être une vraie femme.

C'est alors que Banna a évoqué l'existence, depuis une année, d'une loi punissant d'une peine de prison l'excision des petites filles. Sa belle-sœur lui a alors crié qu'elle ne se sentait nullement concernée par une loi qui avait été faite à huis clos par une crème de dirigeants influencés par l'Occident, sans requérir l'avis des populations. S'il fallait aller en prison pour avoir agi pour le bien de sa nièce, elle était prête.

Le lendemain, de retour des champs, Banna trouve sa belle-mère et ses belles-sœurs autour de sa fillette inconsciente. Ses belles-sœurs avaient profité de son absence pour amener Sara chez l'exciseuse. La fillette se vidait de son sang et Banna, tentée de l'emmener à l'hôpital, a été retenue, de peur que les services de santé n'alertent la police. Elle a crié, demandé le soutien des voisins, mais ils étaient d'avis qu'il fallait laisser la fillette aux soins de l'exciseuse plutôt que de créer des conditions d'arrestation arbitraire : la prison, c'est pour les criminels, pas pour des gens qui cherchent le bien de leur fille.

Sara a finalement succombé à l'hémorragie. Affligée et révoltée, Banna – qui ne sait pas écrire, encore moins rédiger une plainte – sollicite l'aide du fils de sa voisine. Une fois écrite, la plainte n'a cependant pas pu être dé-

posée. Banna a dû y renoncer en raison des pressions de sa propre famille qui lui rappelait qu'elle risquait de briser son couple en agissant ainsi. En outre, personne autour d'elle n'était disposé à l'accompagner dans cette démarche contraire à la vie de groupe et aux convenances.

### Questions pour la discussion

1. Identifiez ce que cette situation (mutilations génitales féminines) peut avoir comme conséquences sur la santé de Banna.
2. Identifiez les différentes causes à l'origine de cette situation. En particulier, faites la liste des arguments avancés pour justifier l'excision.
3. Faites la liste de tous les acteurs impliqués et étudiez chacune de leurs réactions à ce problème et leurs conséquences.
4. Identifiez, à la lumière d'une approche par les droits, les vides ou les insuffisances des réponses apportées au problème.
5. Identifiez ce que cette situation (mutilations génitales féminines) peut avoir comme conséquences sur les droits reproductifs (et sexuels) de Banna. A partir de la **Déclaration universelle des droits de l'homme**, identifiez chacun des droits en jeu dans ce problème. Pour chaque droit, dites comment et de quelles façons il est en jeu. Assurez-vous de prendre en considération les trois niveaux d'obligations du gouvernement (le respect, la protection et l'exercice) discutés dans la session 3.
6. A partir de cette analyse, déterminez les mesures essentielles à prendre pour que ce problème ne se reproduise pas. Envisagez à la fois des approches à court terme et des approches à long terme, et accordez une attention particulière aux concepts de respect, de protection et d'exercice. Etudiez trois types d'action :
  - les actions qui vont avoir des conséquences sur les causes (conditions)
  - les actions spécifiques à ces violations et à ces dommages
  - les actions centrées sur les conséquences des violations en terme de droits (les solutions légales possibles, etc.).



Document

## 2

## Je voulais avoir le choix

Extrait de : Budlender D (ed.). 1995. *Health in our hands : proceedings and policies of the 1994 Women's Health Conference*. Johannesburg : Women's Health Project, University of the Witwatersrand. Reproduit avec l'aimable autorisation de AIDOS (The Italian Association for Women in Development) et le Women's Health Project.

Je suis la fille aînée d'une famille de sept enfants. J'ai reçu une éducation catholique. Nous allions à l'église pratiquement tous les jours. En secret, depuis ma première année d'études à l'université, j'avais des relations sexuelles avec un partenaire. Je devais toujours cacher les pilules contraceptives pour que personne ne le sache, surtout pas ma mère et mon père. Avec six frères et sœurs, la famille ne connaissait pas la notion d'intimité. Il y a toujours un de vos petits frères qui va fouiller dans vos tiroirs et il n'y avait pas de casier à l'université. Je me demandais donc constamment : et si j'oublie ?

Finalement, je suis tombée enceinte. J'avais 21 ans et je venais d'avoir mon diplôme. J'étais de la génération 1976. J'étais une jeune gamine noire et j'avais le monde à mes pieds. Mais j'étais enceinte. Qui pouvais-je aller voir ? Je me suis confiée à une amie plus âgée car je ne pouvais pas en parler à mon petit ami. Elle m'a dit : « Pourquoi es-tu aussi stupide ? »

Nous avons commencé à aller frapper à la porte des médecins. Les médecins m'ont dit qu'ils ne pouvaient pas m'aider. J'ai pleuré et crié, mais rien n'y a fait. Ma meilleure amie m'a alors dit que son autre meilleure amie connaissait quelqu'un qui en avait aidé beaucoup d'autres. Elle me conseilla de dire à mes parents que je partais pour quelques jours pour l'action civique. Heureusement, à cette époque on pouvait toujours dire qu'on avait été ramassé par la police !

Mon amie me dit qu'il fallait qu'ils me fassent saigner et qu'ensuite tout irait bien. Avec une pompe, ils m'ont gonflée d'eau et de vinaigre. Mon amie aussi était très catholique. Elle me dit que si son mari rentrait à la maison je devrais partir. Nous avons commencé à dix heures le matin. Mais ils ne sont pas arrivés à déclencher le saignement.

Au bout du troisième jour j'étais très malade. Mon pelvis et mon utérus étaient gravement atteints. Toutes mes amies essayaient de m'aider. Nous avons alors trouvé un docteur qui avait été rayé de l'ordre parce qu'il l'avait fait avec des personnes du quartier. Il dit qu'il devait commencer par déclencher le saignement. A ce moment je délirais. Je ne sais pas ce que le docteur m'a fait, mais il m'a fait saigner. Nous sommes allées dans une clinique, on m'a rapidement fait une dilatation et un curetage, puis je suis rentrée à la maison. Mes parents ne comprenaient pas pourquoi j'étais si



malade. Je leur dis que c'était le résultat de trois années d'action politique et d'études.

Sans mes meilleures amies, je serais morte. Je voulais avoir le choix. Je voulais être différente. J'avais vu certaines de mes amies tomber enceintes, et cela avait décidé de leur vie. Je voulais avoir le choix, c'était le choix de ma vie, j'ai fait mon choix, ce fut mon choix.

### Questions pour la discussion

1. Comment les conséquences de ce problème risquent-elles de se faire sentir sur la santé de cette femme ?
2. Identifiez les causes de ce problème.
3. Faites la liste de tous les acteurs impliqués et étudiez chacune de leurs réactions à ce problème.
4. Identifiez, à la lumière d'une approche par les droits, les vides ou les insuffisances des réponses apportées au problème.
5. Identifiez ce que cette situation a pu avoir comme conséquences sur les droits reproductifs (et sexuels ?) de cette jeune fille. A partir de la Déclaration universelle des droits de l'homme, identifiez chacun des droits en jeu dans ce problème. Pour chaque droit, dites comment et de quelles façons il est en jeu. Assurez-vous de prendre en considération les trois niveaux d'obligations du gouvernement (le respect, la protection et l'exercice) discutés dans la session 3.
6. A partir de cette analyse, déterminez les mesures essentielles à prendre pour que ce problème ne se reproduise pas. Envisagez à la fois des approches à court terme et des approches à long terme, et accordez une attention particulière aux concepts de respect, de protection et d'exercice. Etudiez trois types d'action :
  - les actions qui vont avoir des conséquences sur les causes (conditions)
  - les actions spécifiques à ces violations et à ces dommages
  - les actions centrées sur les conséquences des violations en terme de droits (les solutions légales possibles, etc..)



Document

## 3

## Une fleur d'or prématurément fanée

Cette étude de cas a été faite dans le cours mené à Kunming en Chine par la Yunnan Reproductive Health Research Association (YRHRA) du Kunming Medical College en 1999.

Le village de Jinwan est un village rural où vit la minorité des Lahu. Il est à plus de 60 kilomètres de la ville la plus proche. Le terminus de bus le plus proche se situe au siège du conseil municipal, à 30 kilomètres de Jinwan. Les jours de soleil, des tracteurs peuvent faire le déplacement du siège du conseil municipal à Jinwan, mais à la saison des pluies, cette zone montagneuse ne peut être traversée qu'à pieds. Il n'y a qu'un médecin de campagne à Jinwan. En cas de maladie grave, les villageois doivent faire plus de 30 kilomètres jusqu'à l'hôpital municipal ou aller se faire soigner à l'hôpital du comté ou de la préfecture.

Des générations de femmes de Jinwan ont accouché chez elles. Selon la tradition locale, le sang menstruel des femmes est souillé et portera malheur aux hommes qui le touchent. On croit également qu'on ne peut transporter les femmes enceintes sur les tracteurs ou les chars à bœufs car leur sang et même leur souffle portera malheur aux chauffeurs. Pour cette raison, les femmes enceintes qui ont un accouchement difficile doivent être portées par leur famille sur les 30 kilomètres qui les séparent de l'hôpital municipal. Il existe une clinique privée dans le village de Nanxi, à 15 kilomètres de Jinwan. Ayant appris par le bouche à oreille que les services des sages-femmes de cette clinique sont à la fois excellents et bon marché, certaines femmes qui ont un accouchement difficile sont maintenant transportées vers cette clinique pour y accoucher.

Jinhua (« Fleur d'or » en chinois) est l'une des plus belles jeunes femmes de Jinwan. Elle a été mariée pendant les dernières fêtes du printemps. Lors des fêtes du printemps de cette année, pour l'anniversaire de son mariage, elle était déjà enceinte de 9 mois. Les gens l'ont félicitée et lui ont souhaité d'avoir un bon accouchement et un bébé en bonne santé. Jinhua n'a pas eu d'examen prénatal, elle n'a pas eu non plus d'informations ni de conseils depuis le début de sa grossesse. L'hôpital municipal lui a bien envoyé des documents sur les nouvelles méthodes d'accouchement. Mais Jinhua n'a reçu qu'une éducation sommaire et n'a pas compris de quoi parlaient ces documents.

Une nuit, Jinhua a senti qu'elle était sur le point d'accoucher. Mais le bébé n'était toujours pas sorti huit heures après la rupture de la poche des eaux. Sa famille était très inquiète et l'a rapidement amenée à la clinique privée. Pendant 3 heures les médecins de la clinique ont travaillé dur et Jinhua a finalement donné naissance à un petit garçon déjà mort étouffé. Elle a al-

ors eu une hémorragie. Sa famille l'a de nouveau transportée vers l'hôpital municipal, puis vers l'hôpital du comté. Malheureusement, Jinhua n'a pas survécu à son calvaire. Elle est morte en arrivant à l'hôpital du comté.

### Questions pour la discussion

1. Identifiez les différentes causes de ce problème.
2. Faites la liste de tous les acteurs impliqués et étudiez chacune de leurs réactions à ce problème.
3. Identifiez, à la lumière d'une approche par les droits, les vides ou les insuffisances des réponses apportées au problème.
4. A partir de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, identifiez chacun des droits en jeu dans ce problème. Pour chaque droit, dites comment et de quelles façons il est en jeu. Assurez-vous de prendre en considération les trois niveaux d'obligations du gouvernement (le respect, la protection et l'exercice) discutés dans la session 3.
5. A partir de cette analyse, déterminez les mesures essentielles à prendre pour que ce problème ne se reproduise pas. Envisagez à la fois des approches à court terme et des approches à long terme, et accordez une attention particulière aux concepts de respect, de protection et d'exercice. Étudiez trois types d'action :
  - les actions qui vont avoir des conséquences sur les causes (conditions)
  - les actions spécifiques à ces violations et à ces dommages
  - les actions centrées sur les conséquences des violations en terme de droits (les solutions légales possibles, etc.).

## Questions éthiques et droits dans le domaine de la santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Connaître les principes d'éthique dans la pratique des soins médicaux et de santé, notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction
- Avoir une idée générale des principes éthiques et des codes d'éthique internationaux, et de la relation entre l'éthique et les droits humains
- Savoir appliquer les principes d'éthiques et relatifs aux droits humains pour être capables d'agir face à des dilemmes en santé en matière de reproduction.

[durée] 2 heures

### Matériel

- Notes de cours pour l'animateur-trice : « Questions éthiques dans la recherche en santé en matière de reproduction »
- Transparents ou présentation PowerPoint des notes de cours de l'animateur-trice
- Diapositive : « Ethique et droits humains » p. 213
- Documents sur 3 études de cas pour les groupes de travail (Documents 1 à 3)

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Commonwealth Medical Association Trust (ComMat). 1999. *Training manual on ethical and human rights standards for health care professionals*. London : ComMat. [<http://www.commat.org/index.php> (-> 'Old Commat Site' -> 'Medical Ethics ...' -> 'Ethics')]

<sup>4</sup> Ces études de cas sont extraites de Cook, Dickens et Fathalla, *Santé de la reproduction et droits de l'homme. Intégrer la médecine, l'éthique et le droit* (voir la référence 2 des Lectures de l'animateur-trice). Il est recommandé aux animateurs-trices de lire tout le texte avant de diriger la session. Document 1 (l'adolescente) : pp. 291-302 ; Document 2 (femme ayant le VIH) : pp. 341-353 ; Document 3 (violence familiale) : pp. 405-412.

2. Cook RJ, Dickens BM, Fathalla MF. 2005. *Santé de la reproduction et droits de l'homme. Intégrer la médecine, l'éthique et le droit*. Paris : Masson. Les pages 65-101, 291-302, 341-353, 405-412 sont une lecture obligatoire.
3. Cook RJ, Dickens BM. 2000. *Considerations for formulating reproductive health laws*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO\\_RHR\\_00.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_RHR_00.1.pdf)]
4. Cook RJ, Dickens BM, Wilson OA, Scarrow SE. 2001. *Advancing safe motherhood through human rights*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.5.pdf)]
5. Council For International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). 1993. *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Genève : CIOMS (contient la Déclaration d'Helsinki). [[http://www.cioms.ch/guidelines\\_nov\\_2002\\_blurb.htm](http://www.cioms.ch/guidelines_nov_2002_blurb.htm)]
6. Organisation Mondiale de la Sante (OMS). 2003. *Priorité aux femmes: principes d'éthique et de sécurité recommandés pour les recherches sur les actes de violence familiale à l'égard des femmes*. Genève : OMS (WHO/FCH/GWH/01.1). [<http://www.who.int/gender/violence/en/priorifemmes.pdf>]
7. Atchade F, Spencer A. 2003. *VIH/Sida et Droits de l'Homme en milieu médical sénégalais. Rapport d'un atelier tenu à Dakar, 18-19 juillet 2001*, pp. 68. Dakar : Amnesty International, Section Sénégalaise, Groupe médical. [[http://www.refer.sn/rds/IMG/pdf/Forum\\_Amnesty.pdf](http://www.refer.sn/rds/IMG/pdf/Forum_Amnesty.pdf)]
8. Vidal L. 2001. « De l'universalisme au relativisme en éthique: inévitables échanges. L'exemple du sida ». *Ethnologies comparées* 3. [<http://recherche.univ-montp3.fr/mambo/cerce/r3l.v.htm>]

## Lecture pour les participant-e-s

---

Référence 2.

## Déroulement de la session

---

Cette session s'organise en trois activités. La première est une présentation des principes éthiques qui gouvernent la pratique médicale et des soins de santé, et notamment dans le domaine de la santé en matière de reproduction. Elle étudie également la relation qui existe entre les droits humains et l'éthique. La deuxième activité est un exercice en sous-groupes autour d'une étude de cas. Cet exercice porte sur l'utilisation des droits humains et des principes éthiques pour agir face à des dilemmes en santé en matière de reproduction. La troisième activité est un rapport des sous-groupes devant l'ensemble du groupe, suivi d'une discussion générale.



## Activité 1 : Introduction aux principes éthiques



### Étape 1 : Cours

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice. Assurez-vous que les concepts – qui peuvent paraître assez théoriques – sont clairs pour tout le monde. Encouragez des discussions sur les points importants en demandant aux participant-e-s de donner des exemples concrets.



Préparez et présentez un cours (avec l'aide d'une présentation PowerPoint) sur les points clés des notes de cours, dont :

- les principes éthiques importants développés dans la *Déclaration d'Helsinki*
- les relations entre éthique et droits humains
- les principes légaux (et éthiques) importants qui régissent les soins de santé de la reproduction.



## Activité 2 : Application des principes éthiques et relatifs aux droits humains pour agir lors de dilemmes en santé en matière de reproduction

Répartissez les participant-e-s en trois sous-groupes et remettez à chaque groupe un document différent. Les groupes disposent de 30 minutes pour discuter de l'étude de cas et répondre à la liste de questions figurant à la fin du document. Demandez à chaque sous-groupe de préparer ses réponses et de les présenter devant l'ensemble du groupe. Les documents 1 à 3 proposent trois cas différents (voir la note de bas de page 198) :

1. La grossesse adolescente
2. Le conseil et les soins relatifs au VIH
3. La violence familiale.

Chaque étude de cas pose les mêmes questions.



## Activité 3 : Rapports devant l'ensemble du groupe et discussion

Chaque sous-groupe présente son rapport devant l'ensemble du groupe (six à sept minutes pour chaque groupe). Les questions seront posées lorsque toutes les présentations auront été faites et non après chaque présentation. Notez tous les problèmes ou toutes les questions importants qui auront été soulevés, et soumettez-les au débat général.

Les études de cas étant brèves et faciles à lire, chacun-e pourra participer à la discussion plénière.

Voici, pour chacune des trois études de cas, des exemples de points de discussion possibles et les réponses que les groupes vont peut-être présenter.

### Etude de cas 1 : Une adolescente ayant besoin de soins de santé sexuelle et de la reproduction

1. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
  - Autorisation d'une tierce partie
  - Prise de décision sur la base d'informations complètes
  - Confidentialité
  - Consentement éclairé à une intervention médicale.
2. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?
  - Droit à la non-discrimination
  - Droit à la vie privée
  - Droit à la santé
  - Droit aux bénéfices des progrès scientifiques
  - Droit à l'information.
3. Que devrait faire le médecin/professionnel de la santé ?
  - Donner des conseils sur les options disponibles pour la contraception qu'elle a demandée ; également sur la protection contre les infections sexuellement transmissibles
  - Suggérer à la jeune femme de demander à son partenaire de contrôler sa propre santé en matière de reproduction et d'utiliser des préservatifs au moins jusqu'à ce que son test de dépistage des infections sexuellement transmissibles se soit avéré négatif (et peut-être même après, jusqu'à ce qu'il soit prêt à assumer les responsabilités de la paternité)
  - Encourager Mlle B. à assurer elle-même l'éducation de son partenaire sur la santé en matière de sexualité et de reproduction
  - Permettre au partenaire de recevoir d'une autre personne des conseils indépendants sur la santé en matière de reproduction
  - S'assurer que la confidentialité du cas de Mlle B. est respectée par les médecins et tout le personnel connaissant son identité et les soins qu'elle reçoit.

- Ne pas donner d'information détaillée dans les factures mais une description générale de soins gynécologiques
- Ne pas révéler le dossier de Mlle B. (à la police) en invoquant le secret médical.

### Quelques points à discuter

#### Aspects relatifs à l'éthique

Le principe de justice amène à se demander si les adolescents doivent être traités comme des adultes mûrs ou comme des enfants. On peut répondre qu'ils doivent être traités comme les deux, à des degrés différents. Les adolescents actifs sexuellement qui demandent une protection contraceptive exercent une prudence d'adulte et peuvent être traités comme des adultes tant en ce qui concerne l'information qui va leur être donnée sur les options possibles que par la protection de la confidentialité. Parce qu'ils manquent d'expérience des relations adultes, il est éthique de les mettre en garde quant aux risques d'exploitation et d'abus, même dans leurs relations avec des partenaires en qui ils-elles ont confiance.

Le contexte social est également important. Dans certains contextes, les relations sexuelles avant le mariage sont inacceptables et lourdement punies. Les conseils liés aux infractions aux règles sociales et les conseils sur la protection des grossesses seront alors certainement urgents puisque les sanctions contre les grossesses en dehors du mariage menacent plus les filles qui les vivent que les garçons qui en sont responsables.

Les soins de santé aux adolescents entraînent des frais que les adolescents peuvent ne pas être en mesure de payer ; les parents risquent alors d'apprendre l'existence d'un traitement gynécologique. D'un point de vue éthique, la confidentialité du patient adolescent doit pourtant être protégée. On ne peut révéler les types de soins demandés et donnés au patient qu'avec son consentement explicite.

Néanmoins, dans le cas où les patient-e-s demandent à la personne qui leur donne les soins une protection contre des relations sexuelles auxquelles ils-elles sont contraint-e-s de se soumettre, une notification à des personnes tierces en charge de la protection du-de la patient-e, par exemple les parents ou la police, sera appropriée du point de vue éthique.

#### Aspects relatifs aux droits humains

La *Convention relative aux droits de l'enfant* stipule, dans son article 24(1), que les Etats devront s'efforcer de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès aux services de soins. Cela signifie que les parents ne peuvent pas empêcher l'accès à ces services, qui sont adaptés aux circonstances particulières de l'adolescence. La *Convention relative aux droits de l'enfant* respecte les droits des parents, mais demande que les droits parentaux soient exercés « d'une manière qui corresponde au développement [des] capacités [de l'enfant] ».



L'adolescent-e a droit à l'information et à l'éducation sur la santé, aux services de santé ; il-elle a aussi un droit à la vie privée et à la confidentialité.

## Etude de cas 2 : Les conseils et les soins prodigués à une femme ayant le VIH

1. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
  - La confidentialité
  - Le respect de la vie privée
  - La prise de décision sur la base d'informations complètes
  - L'autonomie de la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse
  - La non-divulgateion à des tierces parties
  - La protection d'une personne vulnérable.
2. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?
  - Le droit à la santé
  - Le droit à des services appropriés
  - Le droit à l'information
  - Le droit à la maternité (article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*)
  - Le droit à la vie privée
  - Le droit à la confidentialité
  - Le droit aux bénéfices des progrès scientifiques
  - Le droit à la vie.
3. Que devrait faire le médecin/professionnel de la santé ?
  - Savoir ou découvrir s'il est possible d'obtenir des traitements antirétroviraux par l'intermédiaire d'une institution qui prendrait en charge l'intégralité des coûts ou au moins une partie suffisante des coûts pour que Mme K. puisse avoir un traitement
  - Il-Elle a le devoir légal et éthique de défendre raisonnablement Mme K. si elle n'a pas les moyens ou si elle ne peut pas accéder à ces traitements
  - Informer Mme K. qu'il est de son devoir envers l'équipe soignante de l'informer de sa séropositivité
  - Evaluer la capacité de la clinique à traiter une patiente séropositive, pour garantir la sécurité des soins de Mme K., du personnel de la clinique et du bébé
  - Lui apporter les informations et les conseils pertinents compte tenu de son choix de poursuivre sa grossesse
  - Lui donner des conseils sur l'allaitement maternel et sur les autres solutions à envisager après la naissance
  - Lui donner les conseils sur ses futurs soins contraceptifs
  - Travailler avec des collègues à la mise en place de principes/guides d'action généraux en matière de santé publique pour le traitement futur de cas similaires.

**Quelques points à discuter****Aspects relatifs à l'éthique**

Une patiente séropositive a droit au respect de l'éthique dû à tout patient, y compris le droit à des soins appropriés sans discrimination due à sa séropositivité. Elle a le droit d'être autonome dans son choix entre les différents soins médicaux disponibles. Les conseils qu'elle reçoit ne doivent pas être directifs quant à la poursuite ou à l'interruption de sa grossesse lorsqu'elle est encore légale. Si elle décide de poursuivre sa grossesse, les droits de l'enfant auquel elle compte donner naissance doivent être pris en considération du point de vue de l'éthique.

Si la protection du personnel de santé implique de révéler la séropositivité d'un patient, le personnel est tenu au devoir ordinaire de confidentialité ; il ne doit pas révéler le statut du/de la patient-e aux personnes qui ne risquent pas d'être exposées à ses fluides corporels.

**Aspects relatifs aux droits humains**

Une femme séropositive a le droit à la vie et à la survie, et le droit de jouir du meilleur état de santé qui puisse être atteint ; ces droits renforcent ses droits légaux à poursuivre ou à interrompre sa grossesse. Si elle choisit de poursuivre sa grossesse, son droit humain à un traitement aux antirétroviraux est protégé par l'Article 12(2) de la CEDAW – « pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits ».

Une femme séropositive et enceinte risque d'être incitée à avorter. Ces incitations, même si elles sont faites pour des raisons médicales, seraient en violation du droit de la femme à fonder une famille, à décider du nombre d'enfants qu'elle souhaite avoir et avec quel espacement, et, plus largement, de son droit à la vie privée, à la liberté et à la sécurité de la personne.

**Etude de cas 3 : La violence familiale**

1. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
  - La confidentialité
  - Le respect de la vie privée
  - L'autonomie de la décision de signaler aux autorités compétentes
  - La non-révélation à des tierces parties
  - La prise de décision sur la base d'informations complètes
  - La protection de la personne vulnérable.
2. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?
  - Le droit à la santé
  - Le droit à l'intégrité physique
  - Le droit à la sécurité
  - Le droit à ne pas recevoir de traitement inhumain et dégradant
  - Le droit à l'information
  - Le droit à la maternité (Article 25 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*)

- Le droit à des relations d'égalité dans le mariage
  - Le droit à la sécurité.
3. Que devrait faire le médecin/professionnel de la santé ?
- Traiter Mme D. et choisir avec elle son traitement en fonction de ses effets et des moyens qu'elle aura de s'occuper de ses enfants et des autres ;
  - Traiter son état de santé psychologique et voir si elle reconnaît ou si elle nie sa vulnérabilité à la violence familiale;
  - Envisager pour elle une protection contre des violences futures;
  - S'en remettre à son jugement et accepter le compromis de ne pas signaler à la police les abus dont elle est peut-être victime;
  - Respecter son obligation de non malversation en s'assurant de ne pas provoquer le mari, qui pourrait ensuite retourner sa colère contre sa femme et sa famille. Le Dr W. peut informer Mme D. des sanctions judiciaires auxquelles il est passible dans l'éventualité où sa conduite entraîne des blessures, ainsi que de l'étendue de son devoir légal de signaler aux autorités policières tout cas possible de blessures non accidentelles.
  - Former ses collègues pour qu'ils-elles comprennent mieux la réalité, l'ampleur et les formes de violence familiale (voir par exemple la proposition de la FIGO dans laquelle elle invitait les associations membres à « veiller à ce que les programmes d'études de tous les fournisseurs de soins de santé de la reproduction, la formation spécialisée des gynécologues et obstétriciens et les programmes d'éducation permanente abordent la question de la violence contre les femmes »<sup>5</sup>.

#### Quelques Aspects relatifs à l'éthique

##### points à discuter

La violence délibérée contre une personne, autre que dans des cas d'auto-défense proportionnelle, est toujours contraire à l'éthique. La violence est encore plus grave lorsqu'elle est dirigée contre une femme qui porte un enfant. C'est une violation éthique des deux aspects du principe de respect de la personne car cette violence nie l'autonomie de la personne et va à l'encontre de la protection de la victime vulnérable et de l'enfant à naître.

Le problème éthique apparaît lorsque la patiente demande qu'aucune démarche ne soit entamée contre le suspect. D'un point de vue éthique, le docteur peut s'en remettre au choix de la patiente, même en sachant que ce choix n'est pas fait librement. Mais la loi ainsi que d'autres obligations contraignantes peuvent exiger que le docteur réfère la question à un niveau macroéthique en charge de la prévention et de

<sup>5</sup> International Federation of Gynecology and Obstetrics / Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO). 1998. *General Assembly resolution on violence against women. FIGO/WHO, Pre-congress Workshop on violence against women: in search of solutions*. Genève : OMS, pp. 33–34.

la lutte contre la violence familiale au niveau communautaire. La victime doit être protégée (par exemple par l'existence de refuges, de lieux où elle sera en sécurité).

### Aspects relatifs aux droits humains

La norme minimale de protection relative aux droits humains à laquelle ont droit les victimes avérées ou potentielles de violences est la sécurité de la personne (ou la protection contre les traitements inhumains ou dégradants, la protection de la vie elle-même).

Le droit à la vie privée et à la vie de famille a une importance particulière mais on ne peut tolérer qu'il permette de fermer les yeux sur des comportements privés au sein des familles par lesquels un partenaire impose à l'autre sa domination par la violence. Le principe clé en terme de droits humains est ici que la violence délibérée contre une autre personne n'est jamais exclusivement une question privée.

## Principales conclusions

---

L'éthique doit être un guide pour la pratique individuelle des soins médicaux. Les principes éthiques et relatifs aux droits humains découlent des mêmes valeurs centrales. Les deux concepts ont pour objectif de défendre le respect de la dignité humaine, de l'égalité et de la justice, aux niveaux individuel, communautaire et international.

L'application des principes éthiques et relatifs aux droits humains est certainement favorable à l'amélioration des soins de santé en matière de sexualité et de reproduction. Le personnel de santé est souvent confronté à des dilemmes légaux et éthiques dans sa pratique professionnelle quotidienne : répondre aux besoins de certains groupes vulnérables, répondre aux demandes confidentielles de certaines personnes sur des questions sensibles. Parfois ces principes convergent alors que dans d'autres circonstances ils vont se contredire. Les praticiens doivent être plus que des cliniciens au comportement consciencieux avec leurs patients, ils doivent aussi suivre et contribuer à la promotion et à la protection des droits humains.

Session développée par Jane Cottingham et Manuela Colombini



## Notes de cours pour l'animateur-trice

Extrait de Cook Rebecca J, Dickens Bernard M, et Fathalla Mahmoud F. 2005 (voir la référence 2 des lectures pour l'animateur-trice) et du *Com-Mat Training Manual on Ethical and Human Rights Standards* (voir la référence 1 des lectures de l'animateur-trice).

### 1. Aperçu historique

Au cours des quelque cinquante dernières années, l'éthique médicale, appelée aussi bioéthique, est devenue un important champ d'enquête sur les plans scientifique et professionnel. Loin d'être la chasse gardée d'une seule et unique discipline, la bioéthique revêt un caractère multidisciplinaire ou interdisciplinaire et puise dans divers domaines: philosophie, biologie, médecine, science de la santé, droit, soins infirmiers et même études religieuses. Le terme « bioéthique » est apparu dans les années 1960 et combine le préfixe « bio », qui désigne la connaissance biologique ou la science des systèmes vivants, avec le mot « éthique », qui désigne la connaissance des systèmes de valeurs humaines. Notons que les systèmes de valeurs qui servent à évaluer les progrès dans les domaines de la médecine humaine et de la biologie ont des racines anciennes qui remontent aux systèmes de valeurs qu'ont décrits les philosophes de la Grèce antique comme Aristote et Platon.

La prestation consciencieuse de soins aux malades anime depuis longtemps les médecins et infirmières adhérant à des religions différentes. L'obligation d'agir de façon éthique est à l'origine même de la profession médicale dans de nombreuses cultures. Le serment d'Hippocrate (Ne pas nuire) traite davantage du comportement éthique du médecin que des connaissances scientifiques que celui-ci devrait posséder ou de l'efficacité dont il devrait faire preuve. Étant donné que la santé de la reproduction englobe des facteurs associés à la biologie de la reproduction humaine, les considérations déontologiques qui s'y appliquent sont souvent classées comme ressortissant à la « bioéthique ». Mais la bioéthique, au sens strict, n'est qu'un sous-domaine de l'éthique qui s'applique aux rapports entre les prestataires de soins et les bénéficiaires de ces soins. Les personnes animées par des sentiments religieux qui soignent des malades prodiguent des services conformes à leurs croyances religieuses et aux préceptes sacrés qui guident leurs actions. Celles qui s'inspirent philosophies morales peuvent invoquer leurs convictions philosophiques pour expliquer leur compassion envers les malades et les personnes qui souffrent. Cependant la bioéthique moderne est fondamentalement laïque, pluraliste et multidisciplinaire. La bioéthique est apparue dans les pays occidentaux en réaction contre la tendance des religions à aborder les progrès médicaux en fonction de leurs doctrines et théologies étroites.

La santé de la reproduction soulève souvent des problèmes médicaux, éthiques et bioéthiques particulièrement épineux. Par exemple, la relation entre un prestataire de soins et un patient implique le concept important de confidentialité ou de non-divulgation à une autre personne des informations privées concernant un patient. En même temps, si un-e patient-e révèle qu'il-elle vit une relation violente, il existe un devoir légal de dénoncer l'auteur des violences.

On a reconnu que la bioéthique visait deux questions fondamentales : que devraient faire, autoriser, tolérer ou interdire les personnes et les sociétés dans le domaine de la biologie, notamment en ce qui concerne les êtres humains d'aujourd'hui et de demain ? de quelle façon les décisions concernant les comportements obligatoires, autorisés, tolérables ou interdits devraient-elles être prises ? La bioéthique traite de préoccupations cruciales rattachées à la gestion par les hommes, les institutions et la société de la naissance, de la maladie et de la mort chez les êtres humains, mais sa popularité s'est accrue suite aux progrès technologiques.

D'avis qu'une éthique valable doit se fonder sur des faits valables, les bioéthiciens puisent dans un éventail de champs scientifiques et non scientifiques de connaissances. La bioéthique permet aux personnes et aux institutions de réagir aux comportements et aux observations d'autres personnes et institutions au moyen d'un langage commun. Elle favorise aussi la tenue de débats intelligents et civils sur les moyens et les fins de la médecine et des prestations sanitaires.

Il y a différents types de considérations bioéthiques, parmi lesquelles on trouve :

- *la bioéthique déontologique* : ce courant de pensée dit que le bien ne peut tirer sa source du mal et qu'une fin bonne en soi ne justifie pas l'emploi de moyens fondamentalement fautifs ;
- *la bioéthique conséquentialiste* ou utilitariste : cette orientation reconnaît la responsabilité morale des conséquences des choix bioéthiques que font les individus et juge toute conduite bonne ou juste en fonction de ce qui est utile pour promouvoir et optimiser le bien-être ou le bonheur des êtres humains. Un comportement est fautif s'il cause ou entraîne des conséquences néfastes ou indésirables d'après des évaluations collectives, démocratiques ou politiques du concept de bien-être. La bioéthique conséquentialiste ou utilitariste, contrairement à la bioéthique déontologique, ne prétend pas avoir une vocation universelle ou durable. Elle constitue une réponse pragmatique aux singularités de cas concrets.

## 2. Principes de la bioéthique

Un petit nombre de principes clés de l'analyse bioéthique sont communs aux différentes orientations :

- respect des personnes
- bienfaisance
- non-malfaisance
- justice.

Aucun de ces principes ne prime sur les autres.

### Respect des personnes

Ce principe recouvre deux aspects liés :

a) l'autonomie des personnes aptes. Cela implique que les personnes aptes à réfléchir à leurs propres choix personnels doivent être traitées en respectant leur capacité d'autodétermination.

b) la protection des personnes inaptes à l'autonomie (enfants, personnes handicapées mentales). Le cas des adolescents peut soulever des débats relatifs aux critères servant à évaluer le besoin de protection. Les adultes normalement aptes peuvent eux aussi risquer d'être exploités quand, par exemple, les médecins qui leur prodiguent des soins leur demandent de participer à des travaux de recherche, dans le domaine de la reproduction ou sur d'autres questions médicales, comportant certains risques.

**Principe directeur :** A tout moment et en toutes circonstances les professionnels de la santé doivent respecter les personnes dont ils s'occupent. Ce principe s'applique indépendamment de la race, de la couleur, du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, du style de vie, de la religion ou des affinités politiques des personnes dont ils s'occupent ; il s'applique également indépendamment de leur statut, par exemple, qu'elles soient indigènes, réfugiés, élèves, prisonniers ou visiteurs ; et indépendamment des maladies ou des invalidités dont elles sont atteintes.

Les soins doivent toujours être administrés dans le respect de l'intégrité de la personne, ce qui passe par le respect de la dignité et de la vie privée, notamment pour les femmes et les jeunes filles qui sont particulièrement exposées. Les praticiens ne doivent pas s'associer à des procédures médicales discriminatoires et inacceptables comme la sélection prénatale en fonction du sexe, sauf dans le but de prévenir la transmission d'une maladie génétique, auquel cas la procédure peut être utilisée mais de façon sélective.

Parmi les points à souligner :

**Les soins aux groupes vulnérables et défavorisés. Principe directeur :** les professionnels de la santé doivent prendre en compte les besoins spéciaux des groupes défavorisés et vulnérables de la communauté. Par exemple (1) la violence contre les enfants, les questions concernant particulièrement les filles comme la sous-alimentation et les mutilations génitales ; (2) les mariages forcés pour les adolescent-e-s, qui entraînent des conséquences telles que le VIH/SIDA, les grossesses non désirées, l'arrêt de la scolarité, la dissimulation d'informations par les adolescent-e-s de peur que leur confiance ne soit pas respectée ou par peur des critiques et du jugement des prestataires de soins ; (3) les réfugiés, les demandeurs d'asile, les groupes ethniques minoritaires, les personnes indigènes, les immigrés, les personnes en détention obligatoire.

**La confidentialité. Principe directeur :** les informations données par les patients dans le cadre d'une relation professionnelle doivent être considérées comme strictement confidentielles. Le respect de la confidentialité des informations médicales est essentiel à la relation de confiance qui doit exister entre les professionnels de la santé et leurs patients. Les patients ne révéleront les éléments de leur passé médical qui risqueraient de leur valoir une stigmatisation sociale de leur communauté que si la confidentialité est assurée. Par exemple dans les cas de grossesses extra-conjugales, d'avortements, d'infections sexuellement transmissibles, ce qui risquerait de causer une erreur de diagnostic ou une prescription inappropriée. Les professionnels de la santé ont besoin de connaître tous les éléments pertinents de l'histoire médicale du patient lui-même et de sa famille pour pouvoir arriver à un diagnostic fiable et administrer un traitement sûr et efficace. La loi exige que certaines informations soient communiquées, des informations sur des maladies infectieuses par exemple. Dans ce cas, les praticiens ont le devoir d'expliquer très clairement les raisons pour lesquelles ils doivent communiquer ces informations. Seule la raison la plus impérieuse peut justifier la révélation d'informations confidentielles par un professionnel de la santé sans le consentement du patient, et le professionnel de la santé doit toujours informer le patient de son intention de communiquer des informations.

**Demande des tiers. Principe directeur :** il faut veiller à ne pas compromettre les intérêts du patient en donnant, à la demande d'un tiers, des informations qui le concernent. Les informations médicales confidentielles ne doivent pas être communiquées à un tiers sans le consentement total, libre et informé de la personne concernée, et il faut veiller à ne pas divulguer ces informations par inadvertance.

Le prestataire de soins doit se garder de présumer que la prestation de soins de santé sexuelle et de la reproduction à une personne mariée nécessite l'autorisation du conjoint. A moins que le bénéficiaire des services



approuve expressément la consultation du conjoint, la divulgation de la demande ou de la prestation de soins de santé sexuelle ou de la reproduction peut violer son droit à la confidentialité et s'avérer illégale. Même si la divulgation est autorisée par la loi, elle peut contrevenir à l'éthique et exposer le prestataire à des instances disciplinaires et à des sanctions professionnelles. Les mêmes principes s'appliquent à l'autorisation (appelée parfois consentement) parentale. En général, le droit de la santé ne prévoit pas d'âge de consentement mais seulement une condition pour le consentement, qui est remplie lorsqu'une personne, quel que soit son âge, est capable de comprendre suffisamment la situation pour donner son consentement éclairé. Le prestataire de santé qui rejette des demandes de services d'un adolescent parce qu'il n'a pas le consentement des parents peut s'exposer à une certaine responsabilité légale à l'égard des conséquences prévisibles, notamment les infections sexuellement transmissibles, la grossesse et d'autres conséquences prévisibles, que les services demandés préviendraient.

### Bienfaisance

La bienfaisance, c'est-à-dire l'obligation éthique de faire et d'optimiser le bien, est à l'origine de nombreux traitements médicaux et soins. La recherche de thérapies médicales améliorées et de soins préventifs efficaces est conforme à ce principe. La bienfaisance peut cependant être limitée par les mauvais choix que font les patients aptes et leurs décisions de refuser des soins dont ils pourraient profiter. Ce principe représente un défi éthique lorsque ce qu'une personne considère comme bénéfique pour elle-même a des conséquences néfastes pour d'autres, par exemple lorsqu'une femme enceinte exprime pour elle-même une demande qui risque, par inadvertance, nuire au fœtus.

### Non-malfaisance

La non-malfaisance intègre l'obligation de non-préjudice, un principe fondamental de l'éthique médicale (« Ne pas nuire »). Elle nécessite une compréhension approfondie des façons dont un traitement médical ou des soins peuvent causer un préjudice. L'application pratique du principe de non-malfaisance exige qu'on fasse une distinction entre « préjudice » et « tort », car on peut erronément penser qu'on n'a pas tort d'employer une pratique si elle ne cause aucun préjudice. [Exemple de la recherche sur une pilule contraceptive, incluant un placebo, jugée contraire à l'éthique car elle enfreignait le principe de non-malfaisance.] Ne pas inclure les femmes en âge de procréer dans les expérimentations sur des médicaments devant être utilisés ou susceptibles d'être utilisés à des fins thérapeutiques ou de prévention par des femmes en âge de procréer est considéré comme une atteinte au principe de la non-malfaisance du fait que les médicaments – non testés sur un éventail complet de sujets – peuvent avoir des effets nuisibles.

## Justice

La justice est le principe éthique que le droit et les institutions juridiques, comme les tribunaux judiciaires, visent à faire respecter. La bioéthique s'intéresse moins à la justice punitive ou compensatoire qu'à la justice distributive. La justice distributive vise l'équité ; son objectif est de faire en sorte que les droits de tous soient respectés. Cela signifie que les cas semblables doivent être traités de la même façon lors de la répartition, par exemple, de ressources limitées, et que les cas différents doivent être traités d'une façon qui tient compte de leurs différences. Le principe éthique de justice exige la reconnaissance des différences biologiques entre les sexes qui ont une importance sur le plan éthique. Par exemple, la vie des femmes, contrairement à celles des hommes, est compromise par des grossesses fréquentes et peu espacées. L'accès des femmes des méthodes d'espacement des naissances est nécessaire sur le plan éthique, tout comme l'accès en temps opportun à des méthodes sûres et appropriées d'interruption des grossesses qui mettent en péril la santé et la vie des femmes.

### 3. Niveaux d'application

On peut distinguer quatre niveaux :

- **le niveau microéthique** : façon dont une personne en traite une autre, par exemple prestataire de soins-patient ;
- **le niveau macroéthique** : façon dont un groupe de personnes, comme les membres d'une collectivité, traite collectivement d'autres collectivités. L'objectif est d'assurer l'équité dans l'accès aux services médicaux entre les collectivités riches en ressources et celles qui sont démunies de ces ressources, entre les habitants des régions urbaines et rurales, etc. ;
- **le niveau mésoéthique** – se situe entre les deux. La mésoéthique concerne les administrateurs et gestionnaires des ressources d'institutions et des secteurs public et privé, étant donné qu'elle s'applique à la répartition administrative ou bureaucratique des ressources en cas de demandes concurrentielles (différentes branches des soins médicaux, différents niveaux des services de santé, soins préventifs et thérapeutiques, chirurgie complexe et coûteuse pour quelques-uns versus vaccination de masse pour tous) ;
- **le niveau mégaéthique** : les questions qui transcendent les questions nationales de santé, par exemple les problèmes de dégradation de l'environnement et la pollution, la croissance de la population, les pandémies.

#### 4. Ethique et droits humains

Les droits humains et les concepts éthiques ont pour but de défendre le respect de la dignité humaine, l'équité et la justice, aux niveaux individuel, collectif et international.

Même si elle existe, et même si elle est soutenue par la cour la plus importante du pays, une loi n'est pas nécessairement conforme à l'éthique. La *Déclaration universelle des droits de l'homme* (rédigée en 1948) a vu le jour en réaction aux lois contraires à l'éthique adoptées plus de dix ans auparavant par un gouvernement allemand qui, à ses débuts, était démocratique. En vertu de ces lois, des personnes innocentes ont perdu leur emploi, leurs biens, leurs droits, par exemple le droit de faire des choix en matière de procréation, et leur vie. A elle seule, la loi ne rend pas des politiques ou des pratiques éthiques.

Pour que les lois et les politiques soient conformes à l'éthique (et que les praticiens agissent conformément à l'éthique), il faut que les politiques soient conformes aux normes et exigences éthiques. Les politiques et les lois doivent à tout le moins assurer un respect minimum des droits éthiques de l'individu en tant qu'être humain (qu'on appelle maintenant droits humains). Les droits de l'homme énoncés dans la *Déclaration universelle* n'ont pas été créés simplement à partir de philosophies abstraites ou de concepts nouveaux. Ils reposent plutôt sur des principes que des dirigeants nationaux, à la lumière de leur expérience, considéraient comme fondamentaux pour une société civile et un gouvernement bienveillant et civilisé. Ces principes ont été exprimés dans un grand nombre d'actes constitutionnels et autres documents juridiques importants. Le document de 1948 s'est vu attribuer le titre de « déclaration » parce qu'il énonçait les meilleures valeurs de l'époque, fondées sur des traditions éthiques et enchâssées dans la loi, que les Etats se sont engagés, pour des raisons éthiques, à respecter.

##### Ethique et droits humains

« Finalement, l'éthique et les droits de l'homme découlent d'un groupe de valeurs centrales assez similaires sinon identiques ... au lieu de voir les droits de l'homme et l'éthique comme des domaines concurrents, il semble plus pertinent de voir un continuum dans lequel les droits de l'homme sont un langage très utile pour guider l'analyse et le travail au niveau sociétal alors que l'éthique est un langage très utile pour guider les comportements individuels ... Ainsi la pratique de la santé publique demande à la fois une éthique applicable au praticien de santé publique individuel et un cadre relatif aux droits de l'homme qui puisse guider l'analyse sociétale et la réponse de santé publique. »

**Source** : Mann JM. 1999. « Medicine and public health, ethics and human rights », dans : Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ (eds), *Health and human rights: a reader*, pp. 446. New York, Routledge.

## 5. Les principes légaux (et éthiques) qui gouvernent les soins de santé en matière de reproduction

La plupart des systèmes juridiques nationaux utilisent les grands principes suivants comme principes de base minimaux pour satisfaire aux normes actuelles de justice par le biais d'une responsabilité privée et publique pour la santé de la reproduction :

- la prise de décisions éclairées
- la prise de décisions libres
- la protection de la vie privée
- la confidentialité
- la prestation de services de qualité
- l'innocuité et l'efficacité des produits.

**La prise de décisions éclairées. Principe directeur :** les patients ont droit à l'information sur leur état de santé et sur son traitement. Les décisions, qu'elles amènent à accepter les soins qui ont été recommandés ou à les rejeter, doivent se faire sur la base d'informations adéquates.

**Le consentement aux interventions médicales. Principe directeur :** Le traitement et toute autre forme d'intervention médicale ne doivent pas être entrepris sans le consentement total, libre et informé du patient.

**Confidentialité.** Il existe trois aspects juridiques prédominants de la confidentialité :

- a) l'obligation du prestataire de protéger les renseignements du patient contre une divulgation non autorisée
- b) le droit du patient de s'avoir quels renseignements le prestataire de soins possède à son sujet
- c) l'obligation du prestataire de s'assurer que le patient qui autorise la divulgation de renseignements confidentiels sur son état de santé fait un choix suffisamment éclairé et libre.

**La compétence. Principe directeur :** les professionnels de la santé doivent maintenir en permanence leur niveau de compétence et ne doivent jamais exposer les patients à des risques évitables. Ils doivent prendre des mesures pour rester au courant des développements récents du domaine dans lequel ils pratiquent et entretenir leurs compétences de façon à donner à leurs patients des conseils fiables quant aux mesures à prendre pour rester en bonne santé. Les patients ne doivent pas être soumis à un risque de nuisance évitable résultant de procédures superflues ou dépassées ; ils ne doivent pas non plus être mis en danger par l'état de santé du professionnel de la santé lui-même.



## Document

## 1

## Une adolescente ayant besoin de soins de santé sexuelle et de la reproduction

Mademoiselle B. est une adolescente de 15 ans qui n'est pas mariée. Elle consulte le Dr. M. pour lui demander des moyens contraceptifs. Elle lui explique qu'elle a des relations sexuelles depuis plusieurs mois avec un jeune homme un peu plus âgé, qu'elle entend épouser. Le milieu social des deux amants les empêche de se marier avant deux ans de fréquentation. Pour l'adolescente, une grossesse serait désastreuse sur le plan social. Sa famille est au courant de sa relation avec le jeune homme, mais en ignore la nature sexuelle. Lorsque le médecin l'interroge, elle explique que, selon elle, son petit ami a déjà eu des relations sexuelles avec d'autres jeunes filles avant leur rencontre, mais qu'elle est maintenant sa seule partenaire sexuelle.

Répondez aux questions suivantes :

1. Quelles sont les responsabilités du docteur/professionnel de la santé ?
2. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
3. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?

Vous ne devez pas forcément arriver à un consensus, mais si des opinions différentes persistent, notez-les pour la discussion de votre rapport.



Document

## 2 Conseils et soins à prodiguer à une femme ayant le VIH

---

Le Dr O. constate qu'une de ses patientes, Mme K., qui est enceinte de huit semaines, est séropositive. Son mari est aussi séropositif. C'est la première grossesse de Mme K. Elle demande au Dr O. à quels risques elle et son bébé s'exposent, car elle souhaite poursuivre la grossesse. Elle demande également si elle peut suivre des traitements pour protéger son enfant avant sa naissance.

Répondez aux questions suivantes :

1. Quelles sont les responsabilités du docteur/professionnel de la santé ?
2. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
3. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?

Vous ne devez pas forcément arriver à un consensus, mais si des opinions différentes persistent, notez-les pour la discussion de votre rapport.



Document

# 3

## Violence familiale

---

Lors d'un examen prénatal de Mme D., le Dr. W. découvre des blessures à la poitrine et à l'abdomen qui lui semblent causées par une agression. Le Dr. W. demande à Mme D. si elle a été frappée. Elle répond de façon évasive, expliquant qu'elle est tombée alors que la chute qu'elle décrit ne correspond pas à ses blessures. Le Dr. W. sait que la violence familiale est très répandue au sein de sa communauté, et demande à Mme D. si elle a été agressée par son mari. Mme D. répond qu'elle veut éviter toute enquête susceptible de nuire à la carrière de son mari, car la famille (qui compte trois enfants) dépend du revenu du père pour survivre.

Répondez aux questions suivantes :

1. Quelles sont les responsabilités du docteur/professionnel de la santé ?
2. Quelles sont ici les considérations éthiques ?
3. Quelles sont ici les considérations relatives aux droits humains ?

Vous ne devez pas forcément arriver à un consensus, mais si des opinions différentes persistent, notez-les pour la discussion de votre rapport.

**Ce que les participant-e-s vont retirer de la session**

15 mins

A la fin de la session, les participant-e-s auront un aperçu des outils et concepts présentés dans le module Droits. Ils-elles en comprendront les liens avec les outils présentés dans les modules Genre et Déterminants sociaux.

**[durée] 15 minutes**

**Déroulement de la session**

Lors de cette session, vous faites une présentation résumant les outils et les concepts présentés dans le module Droits. Votre présentation les met également en relation avec les outils et les concepts présentés dans les modules Genre et Déterminants sociaux.

**Les points de votre présentation**

Mentionnez les principaux points de la Présentation du module ainsi que la représentation graphique de la « Structure du module Droits ».

**L'intégration d'une perspective de genre**

Montrez que ce module intègre une perspective de genre dans l'application des concepts relatifs aux droits humains. En partant de l'analyse de la santé et des services de santé par les déterminants sociaux, il montre comment aborder ces facteurs en utilisant les droits humains et le cadre relatif aux droits humains. On le voit très bien, par exemple, dans la session 4.

Rappelez aux participant-e-s l'approche apprise pendant ce module, qui est basée sur la santé publique et les droits pour identifier et résoudre des problèmes liés aux politiques et programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité.



### Le dernier des modules fondamentaux

Ce module est le dernier des modules fondamentaux de ce cours ; le but de ces modules est de développer une perspective de genre et relative aux droits et de donner les outils utilisant les concepts de genre, de déterminants sociaux et de droits pour l'analyse de questions et de problèmes. Cela signifie, par exemple, qu'à chaque fois que nous étudierons ou planifierons un projet ou une politique, nous nous demanderons :

- Ce projet ou cette politique prend-il/elle en considération les causes/déterminants sociaux à tous les niveaux du problème dont il est question ? Identifie-t-il/elle les droits en jeu pour chacun de ces facteurs ?
- Ce projet ou cette politique traite-t-il/elle des questions de genre ? Essaie-t-il/elle de transformer les relations de pouvoir entre les sexes ?
- Ce projet ou cette politique traite-t-il/elle des droits qui sont en jeu ? De quelles façons ?



## Module 4 : Données





**MODULE**  
**4****Présentation du module**

---

**Ce que les participant-e-s vont retirer du module**  
**Donnés**

---

**Les participant-e-s vont :**

- Apprendre à intégrer une perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé
- Savoir identifier un certain nombre d'indicateurs de santé, et savoir utiliser et/ou développer des indicateurs qui rendent compte des dimensions liées au genre et aux droits d'une question ou d'un problème de santé
- Savoir identifier un biais de genre dans la présentation des informations sur la santé et savoir intégrer le genre dans ces informations.

**Base conceptuelle du module**

---

**Les utilisations de la recherche**

La recherche sur la santé et les données qu'elle apporte permettent d'identifier :

- Les problèmes liés à la santé
- Les déterminants de ces problèmes
- Les interventions nécessaires
- L'impact de ces interventions.

Pour la planification des systèmes de santé, des données utiles vont permettre d'identifier les taux de recherche de soins et d'utilisation des services ainsi que les améliorations nécessaires des systèmes de soins. Le suivi et l'évaluation apportent des réévaluations rapides et permanentes qui permettent de savoir si certains projets, les technologies et les services particuliers ont l'impact attendu. Les systèmes de suivi et de surveillance à long terme permettent d'adapter le système de santé à des besoins de santé en évolution.

**La recherche peut négliger les femmes**

Les données utilisées pour savoir si un système de santé est efficace ou si certaines technologies ou projets sont optimaux devraient faire

attention aux besoins et aux préoccupations des clients potentiels. Malheureusement, les données utilisées pour l'évaluation des services de santé en matière de reproduction et les technologies de planification familiale n'accordent souvent que très peu d'attention aux droits ou, plus largement, aux besoins sociaux et de santé des clients du système, qui sont en majorité des femmes. Très souvent les données n'intègrent pas d'informations sur la protection ou la violation des droits relatifs à la santé en matière de reproduction des femmes, ni d'information qui dise si les services actuellement disponibles répondent aux besoins les plus courants en matière de santé, ou même si les normes minimales de bonne pratique sont respectées. Cette négligence traduit à la fois le mauvais statut historique des femmes et les intérêts particuliers des Etats qui vont plus vers le contrôle de la fertilité des femmes que vers la promotion de leur bien-être.

#### Une nécessaire réorientation des données

Renforcer les systèmes de santé de façon à promouvoir l'égalité entre les droits et les droits relatifs à la reproduction requiert donc de donner une nouvelle orientation aux données utilisées pour l'évaluation des besoins, de la qualité des services, des projets et de leur impact à long terme. C'est l'objectif de ce module.

**La session 1 présente aux participant-e-s une introduction fondamentale à la perspective de genre dans la recherche sur la santé.** La session commence par la présentation de ce que l'on entend par perspective de genre dans la recherche sur la santé et des façons d'intégrer les questions relatives aux droits dans la recherche sur la santé. A partir des informations que donnent les participant-e-s sur le moment de leur première expérience sexuelle et relative à la reproduction, la session permet de débattre des différences entre les sexes dans les normes sexuelles ainsi que des différences d'âge dans le couple. Cette session permet encore de prendre connaissance des tendances récentes dans l'âge des événements sexuels et de reproduction ainsi que de discuter de considérations relatives aux droits et à l'éthique dans la collecte et l'utilisation de ces informations.

**La session 2 présente le concept d'indicateurs et montre l'utilisation de ces indicateurs dans le suivi du statut sanitaire, de l'utilisation des services et de la qualité des services.** On cherchera surtout à démystifier la perception des indicateurs comme outils utiles seulement pour un suivi externe et à montrer qu'ils sont utiles en tant qu'outils auto-générés pour un suivi constant du contrôle de qualité, de performance et d'impact. Les participant-e-s vont apprendre à identifier les indicateurs de santé en matière de reproduction les plus utiles sur un

terrain donné, et vous allez leur montrer divers indicateurs existants et nouveaux qui peuvent être utilisés pour le suivi des questions d'égalité des sexes et de droits relatifs à la reproduction dans la santé en matière de sexualité et de reproduction.

**La session 3 permet aux participant-e-s d'appliquer l'analyse de genre aux documents d'information sur la santé et d'identifier les sources de biais de genre dans l'interprétation ou la présentation des informations/données.** Par un exercice, la session permet aux participant-e-s de travailler sur différents échantillons de documents et d'informations sur la santé pour lever le biais de genre et traiter les questions de genre qui sont en jeu dans la question de santé présentée.

## Organisation du module

		Objectifs Les participants vont :	Type d'activité	Durée : 5 heures et 5 mins
Session d'introduction	Introduction au module Données	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Session de présentation par l'animateur-trice	10 minutes
SESSION <b>1</b>	Perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'initier à une perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé</li> <li>Connaître les notions de confidentialité, de sensibilité des données sur la santé en matière de sexualité et de reproduction et les moyens de protéger la vie privée des sujets de la recherche</li> </ul>	Exercice de collecte de données préalablement à la session	(en dehors des heures de cours)
			Discussion animée par des présentations sur la perspective relative au genre et aux droits dans la recherche	45 minutes
			Récapitulation des données collectées préalablement et discussion de l'ensemble du groupe	30 minutes
SESSION <b>2</b>	Indicateurs sur la santé en matière de reproduction	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se familiariser avec différents types d'indicateurs sur la santé et avec leur utilisation</li> <li>Trouver des indicateurs plus pertinents pour des terrains spécifiques</li> <li>Savoir utiliser et/ou développer des indicateurs rendant compte des dimensions relatives au genre et aux droits d'une question ou d'un problème de santé</li> </ul>	Présentation de l'animateur-trice	20 minutes
			Jeu de questions-réponses	20 minutes
			Exercice(s) en sous-groupes suivi(s) d'une séance plénière	1 heure
SESSION <b>3</b>	Regard critique sur les informations sur la santé selon une perspective de genre et développement d'une information intégrant les questions de genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Savoir identifier un biais de genre dans la présentation de documents d'information sur la santé</li> <li>Savoir trouver les informations qui manquent pour intégrer les questions de genre dans ces documents</li> </ul>	Lecture individuelle	Travail personnel à faire la veille (hors session)
			Travail en sous-groupes	1 heure
			Rapport des sous-groupes, discussion avec l'ensemble du groupe	1 heure
			Reformulation des documents	Travail hors de la session



## Introduction au module Données

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Les participant-e-s vont se familiariser avec la structure, le contenu et les objectifs du module Données.

**[Durée] 10 minutes**

### Déroulement de la session

---



Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.

Présentez la session à l'aide de diapositives tirées de la Présentation de la session :

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Données »
- « Structure du module Données »
- « Organisation du module ».

## SESSION

## 1

# Perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé en matière de reproduction

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



### Les participant-e-s vont :

- Se familiariser avec le concept de perspective relative au genre et aux droits dans la recherche sur la santé
- Discuter des notions de confidentialité, de sensibilité des données sur la santé en matière de sexualité et de reproduction et des moyens de faire respecter les droits des sujets de la recherche.

[durée] 1 heure 15 minutes

## Préparation préalable

Les données doivent être recueillies la veille de la session. Pour la description de l'activité, voir Activité 1 ci-dessous.

## Matériel

- 3 grandes feuilles de papier pour présenter les données, voir la page suivante
- Présentation PowerPoint sur la perspective de genre dans la recherche sur la santé
- Transparent : « Synthèse statistique des données des participant-e-s sur leur première expérience en matière de sexualité et de reproduction », p. 231.

## Déroulement de la session

Cette session combine trois activités complémentaires. La première activité consiste à recueillir et analyser des données sur l'âge de certains événements relatifs à la sexualité et à la reproduction. Notez que les participant-e-s doivent faire cette activité chez eux la veille du début de cette session. La deuxième activité est une discussion de l'ensemble du groupe à partir des données du groupe ; elle explore les différences de

sexes en matière de normes sexuelles et les rôles attendus des femmes et des hommes en relation avec l'âge, le pouvoir et la responsabilité en matière de reproduction ; elle explore également les notions de confidentialité et de droits des sujets de la recherche. La troisième activité est une présentation de la perspective de genre dans la recherche appliquée à la santé.

## Activité 1 : Recueil des données

La veille de la session, prenez 10 à 15 minutes pour présenter cette activité. Une fois que les participant-e-s ont rempli la feuille de données, prenez sur votre propre temps pour analyser les données et préparez une présentation pour le lendemain.

- Etape 1 :  
La feuille de données** Préparez deux ou trois grandes feuilles de papier présentant le tableau suivant, avec une ligne par participant et cinq lignes supplémentaires.
- Etape 2 :  
Mettez la feuille de données en lieu sûr** Mettez la feuille de données en lieu sûr de façon à respecter la vie privée des personnes qui ont rempli le tableau. Avec un-e autre animateur-trice, inscrivez les informations sur votre propre expérience sur l'une des lignes vides afin que deux lignes soient déjà complétées. Mais ne remplissez pas les lignes 1 et 2 afin que personne ne puisse faire le lien entre les lignes et les personnes qui y ont noté leurs informations.
- Etape 3 :  
Comment remplir le tableau** Les participant-e-s peuvent remplir la feuille de données lors d'une de leurs pauses. Demandez à chaque participant-e d'aller seul-e inscrire ses informations personnelles sur la feuille. Expliquez que chacun peut utiliser n'importe quelle ligne vide et que le tableau ne doit pas nécessairement être rempli dans l'ordre des lignes. Expliquez aussi que :
- « Votre partenaire » désigne le-la partenaire avec le-laquel-le vous avez eu des relations sexuelles pour la première fois, ou le-la premier-ère partenaire avec le-laquelle vous vous êtes marié-e, pas nécessairement votre partenaire actuel-le
  - Si l'une des informations ne vous concerne pas, par exemple si vous n'avez jamais été marié-e, mettez un tiret
  - Si vous ne connaissez pas l'information, par exemple si vous ne connaissez pas l'âge du « père » lors de votre première grossesse, mettez un point d'interrogation. Cela permet de différencier les questions qui ne sont pas pertinentes des questions pour lesquelles on n'a pas d'information, différence que vous explorerez probablement plus tard.



**Etape 4 : Analyse des données** Une fois que la feuille de données a été remplie, prenez sur votre propre temps pour analyser les données. A partir des informations qui ont été données, faites les calculs statistiques suivants pour l'ensemble de l'échantillon mais également selon le sexe :

- Valeurs de l'échantillon
- Moyenne
- Médiane
- Mode
- Écart type.

Préparez un transparent présentant les résultats de votre analyse. L'encadré suivant « Exemple de synthèse statistique des données des participant-e-s relatives à leur première expérience en matière de sexualité et de reproduction » vous donne l'exemple de la présentation faite lors d'un cours précédent.

### Exemple de synthèse statistique des données des participant-e-s relatives à leur première expérience en matière de sexualité et de reproduction

Taille de l'échantillon : 37 ; femmes : 34 ; hommes : 3	
<p><b>1. Age des premières règles</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE Valeurs de l'échantillon : E 10–17, H 13-15, F 10-17 Moyenne : E 13,74 ; H 14 ; F 13,5 Médiane : E 13 ; H 14,5 ; F 13 Mode : E 15 ; H 13 &amp; 15 ; F 14 Ecart type : 1,8</p>	<p><b>5. Age lors du premier mariage</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE Valeurs de l'échantillon : 20–30 Moyenne : 25,3 Médiane : 25 Mode : 25 Ecart type : 2</p>
<p><b>2. Age de la première relation sexuelle</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE Valeurs de l'échantillon : 9–28 Moyenne : 19,1 Médiane : 19 Mode : 18 Ecart type : 3,8</p> <p>58% des femmes ont eu leur première expérience sexuelle avant l'âge de 20 ans</p>	<p><b>6. Age du de la partenaire lors du premier mariage</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE Valeurs de l'échantillon : 22–36 Moyenne : 27,8 Médiane : 27 Mode : 23 Ecart type : 4,2</p>
<p><b>3. Age du de la premier-ère partenaire sexuel-le</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE Valeurs de l'échantillon : 14–45 Moyenne : 22,3 Médiane : 21 Mode : 19 Ecart type : 5,5</p> <p>66% des partenaires sexuel-le-s avaient plus de 20 ans.</p>	<p><b>7. Age lors de l'usage de la première méthode de contraception</b> FAIRE ANALYSE PAR SEXE</p>
<p><b>4. Age lors de la première grossesse</b> Valeurs de l'échantillon : 16–36 Moyenne : 24,1 Médiane : 23,5 Mode : 21 Ecart type : 5,3</p> <p>20% des femmes de l'échantillon ont eu leur première grossesse avant l'âge de 20 ans.</p>	



30 mins

## Activité 2 : Discussion sur les données



10 mins

### Etape 1 : Discussion de l'ensemble du groupe : questions sensibles

Commencez par demander aux participant-e-s ce qu'ils-elles ont ressenti en inscrivant des informations personnelles sur la feuille de données. Demandez s'ils-elles ont pensé que le processus s'était fait dans le respect de la confidentialité. Consacrez environ 10 minutes à cette discussion. Mentionnez le fait que la confidentialité est un élément clé des *Principes éthiques internationaux pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains* préparés par le Council for International Organizations of Medical Science (CIOMS) en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé en 1993. (Session 4 du module précédent).

Demandez s'il existe d'autres données très sensibles sur la santé en matière de sexualité et de reproduction, et discutez des limites des recherches sur ces sujets. Explorez quels sont, selon les participant-e-s, et outre la confidentialité, les droits des sujets de recherche dans la collecte de données sensibles. Etudiez un ou deux cas, par exemple un avortement forcé, l'abus de drogue ou le VIH/SIDA.

### Points clés de la discussion

#### Être très prudent avec des données aussi délicates

Les informations/données liées à la santé en matière de sexualité et de reproduction sont très délicates. Nous devons prendre toutes les précautions possibles pour rester dans la confidentialité, à la fois dans la récolte des données et dans le processus de préparation des rapports.

#### Un biais dans le rapport des informations compromet les données

Lorsque les personnes interrogées éprouvent un malaise à répondre à certaines questions, elles risquent de ne pas répondre ou de donner une fausse information. Dans le cas d'expériences sexuelles précoces ou d'avortements, par exemple, la tendance générale peut être à rapporter moins de cas qu'il n'en existe en réalité. C'est ce que l'on appelle un défaut de rapport ou un biais dans le rapport des informations qui compromet la qualité des données. Le respect des droits des sujets de l'étude contribue probablement à l'amélioration de la qualité des informations.



20 mins

### Etape 2 : Discussion sur l'influence du genre dans les normes et expériences

Projetez le **document** présentant la synthèse statistique des données des participant-e-s. L'Activité 1 de cette session propose un exemple de synthèse statistique produite lors d'un autre cours.



Ouvrez une discussion sur l'influence du genre dans les normes et expériences relatives à la sexualité et à la reproduction. Expliquez que l'on peut ainsi voir un exemple d'application de l'analyse de genre dans l'interprétation des résultats d'un exercice de recueil de données.

**Sujets à discuter** **Les jeunes**

Pourquoi l'âge de la première expérience sexuelle est-il souvent différent chez les hommes et les femmes ? Comment explique-t-on en général ces différences ? Explorez les conceptions influencées par le genre relatives au comportement sexuel normal pour les jeunes hommes et les jeunes femmes, en parlant notamment des valeurs sociales de modestie et de virginité. Quelles sont les conséquences positives et négatives de ces différentes attentes sociales ?

**Différences d'âge au sein des couples**

Lors du premier rapport sexuel, du premier mariage, de la naissance du premier enfant, quelles sont les différences d'âge entre hommes et femmes au sein des couples ? Peut-on dégager un modèle ? Pourquoi ? Quel lien peut-on faire entre les différences d'âge typiques au sein des couples et les attentes placées sur les femmes et sur les hommes en termes de pouvoir et de responsabilité ? Comment ces attentes coïncident-elles avec des différences en terme de pouvoir économique ? Ou en terme d'espérance de vie ?

**Premier rapport sexuel, premier mariage, première naissance**

Dans de nombreuses régions du monde, les tendances récentes montrent que le premier rapport sexuel intervient plus tôt alors que l'âge du premier mariage et de la première naissance recule. Quelles sont les causes de ces changements, et comment coïncident-ils avec l'évolution des rôles sociaux des hommes et des femmes ? Qu'impliquent ces évolutions pour les services de santé de la reproduction ?

**Grossesse avant le mariage**

Si les données montrent que certaines grossesses ont eu lieu avant le mariage, explorez les différentes attentes sociales placées sur chacun des partenaires (la mère, le père) pour les grossesses en dehors du mariage. Quelles sont les conséquences de ces attentes sur la santé en matière de reproduction des hommes et des femmes, et sur les besoins en services ?

**Qu'est-ce que la normalité ?**

A partir de cette session, vous pouvez ouvrir une discussion sur des débats actuels portant sur les normes de genre et de sexe. Par exemple :

- Les rôles et comportements sexuels des adolescentes et des adolescents, et les effets sociaux positifs et négatifs de ces différences
- Les tendances récentes dans l'âge du premier rapport sexuel, du premier mariage, de la naissance du premier enfant, et les effets de ces évolutions pour les filles et les garçons

- Les attentes sociales placées sur chacun des partenaires (la mère, le père) dans les cas de grossesses non prévues
- Les différences d'âge typiques entre les maris et les femmes, et leurs conséquences.



### Activité 3 : Présentation et discussions sur l'analyse de genre dans la recherche appliquée à la santé

Préparez une présentation sur l'analyse de genre dans la recherche sur la santé en vous inspirant de la présentation PowerPoint donnée dans le Document 1. Cette présentation reprend les concepts de base de l'analyse de genre (de la Session 4) et les applique à la recherche. La présentation traite des principaux points suivants:

- L'analyse de genre dans la recherche sur la santé ne consiste pas seulement à recueillir et à analyser des données par sexe, elle représente beaucoup plus. Elle n'amène pas seulement à se demander s'il existe des différences selon le sexe mais aussi à se demander si, et de quelle façon, on peut associer ces différenciations avec des différences basées sur le genre dans les rôles et les activités, les normes de comportement et dans l'accès aux ressources et au pouvoir. On peut aussi appliquer l'analyse de genre aux statuts sanitaires qui concernent uniquement les femmes ou seulement les hommes
- L'application de l'analyse de genre dans la recherche change les questions de recherche de type quoi, pourquoi, comment et quand. Elle implique de prendre en compte le genre dans la construction de la recherche, dans la méthode de recueil, l'analyse et l'interprétation des informations
- En ne tenant pas compte du genre dans la recherche sur la santé, on fait abstraction d'une variable très importante qui influence les risques pour la santé et les vulnérabilités, les comportements de recherche de soins et les résultats. Ce n'est pas une démarche scientifique rigoureuse
- En n'incluant pas l'analyse de genre dans la recherche sur la santé, le risque est de mettre en place des programmes inappropriés et inefficaces qui ne répondront pas aux besoins de la population, et donc de gaspiller des ressources.

Prenez le temps d'illustrer chacune de ces affirmations par de nombreux exemples différents et laissez du temps après votre présentation pour les discussions et les explications.





Document

1

# Présentation Powerpoint sur l'intégration d'une perspective de genre dans la recherche sur la santé

## Diapositive n°1 :

### Analyse de genre dans la recherche sur la santé : de la théorie à la pratique

Diénéba OUEDRAOGO  
Dr Bocar KOUYATE

## Diapositive n°2 :

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

- Se familiariser avec le concept de perspective relative au genre et au droit dans la recherche sur la santé
- Discuter des relations de confidentialité, de sensibilité des données sur la santé en matière de sexualité et de reproduction et des moyens de faire respecter les droits des sujets de la recherche

## Diapositive n°3 :

### Analyse de genre dans la recherche : Qu'est-ce que c'est ?

- Mettre en exergue comment l'appartenance à un sexe affecte les connaissances, les comportements et les attitudes dans le domaine de la santé
- Elle ne se réfère pas forcément à l'existence d'une différence selon le sexe
- Elle n'est pas forcément liée à une question qui touche les deux sexes
- Elle induit un changement au niveau des types de questions de recherche (comment? pourquoi? qui?) liées au contexte

## Diapositive n°4 :

### Analyse de genre dans la recherche : Qu'est-ce que c'est ?

La dimension de santé étudiée risque-t-elle d'être différente pour les femmes et les hommes en raison de différences de genre dans :

- La division du travail et des activités, les espaces physiques occupés
- La valeur donnée aux hommes et aux femmes dans une société donnée, l'estime de soi et les modèles comportementaux
- Les normes relatives au comportement des hommes et des femmes (notamment les codes de comportement relatifs à la sexualité et à la reproduction qui sont socialement condamnés)
- L'accès et le contrôle sur les ressources
- Le pouvoir de décision

## Diapositive n°5 :

### Analyse de genre/ analyse selon le sexe

- Des divergences certaines
  - Analyse selon le sexe : met en exergue les différences constatées selon le sexe (information détaillées selon le sexe)
  - Analyse de genre : comment l'appartenance à un sexe affecte le statut sanitaire d'un individu (mise en exergue des constructions sociales)
- Une complémentarité efficace
  - L'analyse selon le sexe sous-tend l'analyse de genre (fournit les informations préalables à l'analyse selon le genre)
  - L'analyse de genre éclaire l'analyse selon le sexe

## Diapositive n°6 :

### L'analyse de genre dans la recherche appliquée : COMMENT ?

- Sur le plan conceptuel :
  - Le choix des variables à étudier
  - Le choix des cibles de la recherche
  - Le type d'échantillonnage
  - Le type d'approche méthodologique
  - Le choix des enquêteurs
- Sur le plan pratique :
  - Le choix de la période
  - Le choix du lieu

**Diapositive n°7****Quelles sont les variables à prendre en compte dans la perspective d'une analyse de genre ?**

- Variables directement liées au genre
  - (sexe)
- Variables indirectement liées au genre  
(statut matrimonial, âge, caractéristiques socio-professionnelles, âge du conjoint, la profession du conjoint, religion, etc.)

**Diapositive n°8****Le choix de la cible**

- Dépend de la question de recherche  
(Faire attention : une cible peut en cacher plusieurs, se poser toujours la question qui, comment, pourquoi)
- Dépend du contexte  
(Rural/urbain)

**Diapositive n°9****Comment constituer son échantillon dans la perspective d'une analyse de genre ?**

- Si les deux sexes sont ciblés dans l'étude :
  - assurer la représentativité de chaque sexe par le choix du type d'échantillonnage
- Si l'étude porte sur un seul sexe :
  - prendre en compte la représentativité des variables indirectement liées au sexe telles que le statut matrimonial, la religion, le lieu de résidence, etc.

**Diapositive n°10****Quelle approche méthodologique utiliser dans la perspective d'une analyse de genre ?**

- Les méthodes quantitatives s'adaptent plus à une analyse selon le sexe (il s'agit de décrire des régularités, des différences selon le sexe).
- L'approche qualitative aide à comprendre les manifestations du genre dans leur complexité. C'est celle qui s'adapte le mieux à l'analyse de genre.
- Une utilisation simultanée des deux approches serait l'idéal (description du phénomène et compréhension de ses interrelations selon le genre)

**Diapositive n°11****Quels enquêteurs choisir ?**

- Les deux sexes sont représentés
- En fonction du contexte
  - répartir les enquêteurs en fonction du contexte
- En fonction de la délicatesse du sujet
  - tenir compte de la délicatesse du sujet

**Diapositive n°12****Le choix de la période dans une perspective d'analyse de genre**

- Tient compte de la disponibilité selon le sexe

**Diapositive n°13****Le choix du lieu dans une perspective d'analyse de genre**

- Doit permettre aux hommes et aux femmes de s'exprimer librement

**Diapositive n°14****Exemple d'étude :****Etude des facteurs de la sous-nutrition des enfants de 0-9 ans dans le District sanitaire X**

- Variables communément étudiées : l'âge, le rang de naissance, le sexe, les caractéristiques des parents (démographiques, sociales et économiques), la qualité et la quantité de la ration alimentaire

**Diapositive n°15****Pour une analyse de genre, on doit se demander**

- Existe-t-il en général une différence selon le sexe dans le statut nutritionnel ?

Si la réponse est non, existe-t-il des groupes à risque, par exemple les enfants nés en dernier, ou des groupes d'âge spécifiques comme les nourrissons qui viennent d'être sevrés ?

- Ou existe-t-il des périodes particulières à risque ?

Cela impliquerait de considérer le sexe comme une variable transversale recoupant les autres variables communément étudiées. De nouvelles variables – comme la scolarisation de l'enfant – seront peut-être aussi incluses.

**Diapositive n°16****Causes**

- Des différences dans la nutrition n'existent peut-être pas en général, mais elles interviennent peut-être lorsque les ressources sont rares.
- Les garçons sortent peut-être plus de la maison que les filles et risquent de ne pas recevoir la nourriture donnée en dehors des repas.
- Les filles qui ne sont pas scolarisées risquent de ne pas profiter des repas donnés à l'école dans certains pays.
- Les personnes qui s'occupent des enfants trouvent parfois plus facile de nourrir les petites filles que la socialisation rend plus dociles que les petits garçons.

**Diapositive n°17****Présentation et discussion des données de l'exercice****Diapositive n°18****Discussion 1**

- Impression par rapport à la méthodologie utilisée pour recueillir certaines données vous concernant.

**Diapositive n°19****Discussions**

- A travers ces données peut-on lire une influence du genre ? A quel niveau ?
- Age de la première expérience sexuelle ?
- Différence d'âge entre partenaires ?
- Premier mariage ?
- Première naissance ?
- Grossesse(s) avant le mariage ?
- Quelle serait alors la normalité.

**Diapositive n°20****Pourquoi faut-il prendre en compte l'analyse de genre dans la RA ?**

- Pour plus de pertinence dans les solutions à appliquer
- Permet de déterminer les stratégies à appliquer aux différentes cibles pour résoudre les problèmes identifiés.

**Diapositive n°21****Que retenir ?**

- Les problèmes d'éthique se posent avec plus d'acuité lorsqu'on aborde les thèmes sur la santé de la reproduction et la sexualité
- Compte tenu de la sensibilité de ces thèmes, il y a une forte probabilité d'avoir des informations biaisées
- Le genre influence les différents indicateurs
- Ces indicateurs portent en eux les normes de genre en matière de sexualité et de santé de la reproduction.

## Données pour le suivi : indicateurs de santé en matière de reproduction

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Se familiariser avec le concept d'indicateurs de santé de différents types et avec leur utilisation
- Savoir proposer des indicateurs plus pertinents pour des terrains particuliers
- Savoir utiliser et/ou développer des indicateurs qui rendent compte des dimensions liées au genre et aux droits d'une question ou d'un problème lié à la santé.

**[durée] 1 heure 40 minutes**

### Matériel

- Document 1 : « Projet sur la santé des adolescents en matière de reproduction »
- Document 2 : « Projet pour une maternité sans risque »
- Document 3 : « Pour une meilleure qualité des services de planification familiale »
- Document 4 : « Prévention et contrôle des infections de l'appareil reproducteur et des infections sexuellement transmissibles »
- Diapositive ou document : « Domaines d'études d'impact », p. 241
- 15 bandes de papier, chacune comportant un indicateur extrait de l'encadré : « Indicateurs mondiaux/nationaux de santé en matière de reproduction », p. 242
- flip chart comme indiqué p. 243.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Organisation mondiale de la Santé. *Reproductive Health Indicators - Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. Genève : WHO/OMS. [[http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh\\_indicators/guidelines.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/guidelines.pdf)]

2. Organisation mondiale de la Santé. 1994. *Indicators to monitor maternal health goals : report of a technical working group*, Genève, 8-12 November 1993. Genève : WHO/OMS. [[http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM\\_94\\_14/MSM\\_94\\_14\\_abstract.en.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_94_14/MSM_94_14_abstract.en.html)]
3. Organisation mondiale de la Santé. 1997. Surveillance de la santé reproductive : établissement d'une liste restreinte d'indicateurs nationaux et mondiaux. Genève : WHO/OMS. [[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/hrp\\_97\\_26/fr/index.htm](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/hrp_97_26/fr/index.htm)]
4. Organisation mondiale de la Santé. 1997. Choix des indicateurs de la santé reproductive : guide à l'usage des administrateurs de district. Genève : WHO/OMS [[http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP\\_97\\_25\\_fr/HRP\\_97\\_25\\_abstract.fr.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/HRP_97_25_fr/HRP_97_25_abstract.fr.html)]

## Lecture pour les participant-e-s

Référence 4.

## Déroulement de la session

La session s'organise en trois activités. La première commence par une brève introduction présentant le concept d'indicateurs. La deuxième est un jeu de questions-réponses sur les définitions d'indicateurs de santé en matière de reproduction communément utilisés et figurant dans la liste des indicateurs mondiaux de l'OMS. La troisième activité est un travail en sous-groupes autour de deux options différentes, puis une discussion avec l'ensemble du groupe. La première option permettra aux participant-e-s de construire et d'appliquer des indicateurs de santé en matière de reproduction intégrant les questions de genre pour des projets locaux bien définis.



20 mins

### Activité 1 : Les indicateurs et leur utilisation



5 mins

#### Etape 1 : Qu'est-ce qu'un indicateur ?

Commencez en posant une série de questions aux participant-e-s, selon les axes suivants :

- Pouvez-vous me dire le titre d'un bon film que vous avez vu récemment ? Pourquoi l'avez-vous aimé ?
- Décrieriez-vous le quartier X (nom de la partie de la ville où se déroule ce cours) comme aisé ou à revenu moyen ?

- Quels sont les éléments qui vous feraient dire d'une personne que vous voyez qu'elle a assez mauvaise mine ?

Dans chacune de ces situations, les participant-e-s proposent des indicateurs de qualité d'un film, de niveau de revenu d'un quartier ou de mauvaise santé. On pourrait par conséquent décrire les indicateurs comme des données servant à évaluer une situation ou un événement complexe.



**Etape 2 :**  
**Qu'est-ce qu'un**  
**indicateur de**  
**santé ?**

Pour commencer, donnez la définition d'un indicateur de santé, puis donnez quelques exemples.

Un indicateur de santé est en général une mesure donnant des informations sur une situation ou un événement complexe. Lorsque vous voulez avoir des informations sur une situation ou un événement et que vous ne pouvez pas étudier chacun des facteurs qui le composent, vous utilisez un indicateur qui résume au mieux ce problème. Par exemple, pour comprendre l'état de santé général des nourrissons d'un pays, les indicateurs clés sont les taux de mortalité infantile et la proportion de nourrissons ayant un faible poids de naissance.



**Etape 3 :**  
**Taux et ratios ?**

Demandez aux participant-e-s d'expliquer la différence entre les taux et les ratios, entre un indicateur et un indice, et expliquez ces concepts si nécessaire.

### Taux

Un indicateur est un taux ou une proportion lorsque le numérateur fait partie de la population décrite par le dénominateur (Last JM et al. A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 1995). Par exemple, le taux d'alphabétisation d'une population comprend les personnes alphabétisées au numérateur et la population totale au dénominateur.

### Ratios

Un indicateur est un ratio lorsqu'il exprime une relation entre un numérateur et un dénominateur alors que les deux sont habituellement deux quantités séparées et distinctes (Last JM et al. A dictionary of epidemiology. New York, Oxford University Press, 1995). Par exemple, le ratio sexuel de la population comporte le nombre d'hommes de la population au numérateur et le nombre de femmes de la population au dénominateur.

### Indice

Quand le dénominateur d'une proportion ne peut être calculé avec précision, il est remplacé par un autre plus disponible et relié à l'événement concerné : par exemple, l'indice de mortalité maternelle ou le taux de décès maternel.

$$\text{Taux de décès maternel} = \frac{\text{Nombre de décès maternels de l'année}}{\text{Nombre de naissances vivantes au cours de l'année}} \times 100\,000$$

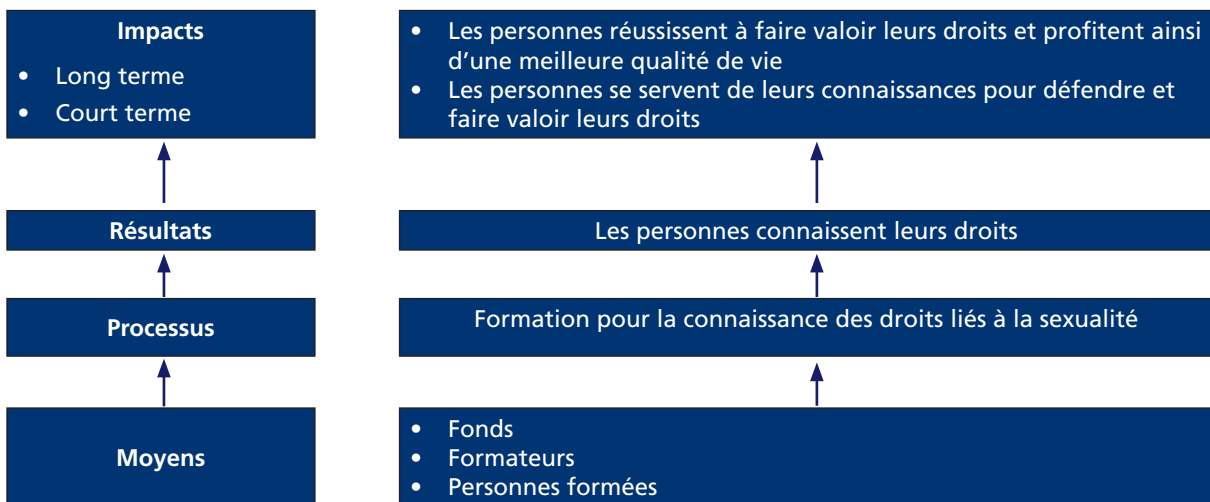


#### Etape 4 : Les multiples utilisations des indicateurs ?

Montrez aux participant-e-s les multiples utilisations des indicateurs de santé en matière de reproduction (et des autres indicateurs de santé). Projetez le tableau suivant.

Les indicateurs servent à mesurer les moyens, le processus et les résultats ainsi que l'impact à long terme d'un projet. Si le projet est un programme de formation sur les droits liés à la sexualité, les indicateurs relatifs aux moyens seront le montant des fonds alloués, le nombre et la qualité des formateurs, le temps de préparation, etc. Les indicateurs relatifs au processus seront le nombre de programmes de formation menés, le nombre de personnes formées. L'indicateur de résultats sera le nombre de personnes formées qui connaissent les droits liés à la sexualité. Les indicateurs d'impact seront la proportion de personnes formées qui utilisent ce qu'elles ont appris pendant le cours pour défendre et faire valoir leurs droits, la proportion de personnes formées qui ont eu une influence sur le niveau de connaissance des autres membres de la société, etc.

#### Domaines d'étude d'impact



Source: Roche C. *Impact assessment for development agencies: learning to value change*. Oxfam development guidelines, 1999. p.22.



## Activité 2 : Jeu de questions-réponses : définitions des indicateurs de santé en matière de reproduction

Divisez les participant-e-s en deux équipes, l'équipe A et l'équipe B. Notez chacun des indicateurs de la liste des indicateurs mondiaux/nationaux de santé en matière de reproduction de l'OMS (voir encadré suivant) sur un papier différent, pliez ce papier et placez tous les papiers pliés dans une boîte. Organisez un jeu de questions-réponses sur les définitions de ces indicateurs.

### Indicateurs mondiaux/nationaux de santé en matière de reproduction

- a. Taux de fécondité cumulé
- b. Taux de prévalence de contraception
- c. Ratio de mortalité maternelle
- d. Pourcentage de femmes soignées au moins une fois pendant leur grossesse pour des raisons liées à la grossesse
- e. Pourcentage d'accouchements se déroulant en présence de personnel de santé qualifié (à l'exception des accoucheuses traditionnelles qualifiées ou non qualifiées)
- f. Nombre de centres de santé dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels de base pour 500 000 habitants (SOE de base)
- g. Nombre d'hôpitaux dispensant effectivement des soins obstétricaux essentiels complets pour 500 000 habitants (SOE complets)
- h. Taux de mortalité périnatale
- i. Pourcentage de naissances vivantes ayant un faible poids de naissance
- j. Prévalence de la sérologie positive pour la syphilis chez les femmes enceintes sollicitant des soins prénatals
- k. Pourcentage des femmes en âge de procréer faisant l'objet d'une mesure systématique du taux d'hémoglobine qui sont anémiques
- l. Pourcentage d'admissions obstétricales et gynécologiques dues aux complications d'un avortement
- m. Prévalence signalée des femmes ayant subi des mutilations sexuelles
- n. Pourcentage de femmes de 15-49 ans, actives sexuellement et qui n'utilisent pas de méthode contraceptive, qui signalent qu'elles essaient d'être enceintes depuis deux ans ou plus
- o. Prévalence signalée d'hommes de 15 à 49 ans présentant un écoulement urétral

**Source:** Organisation mondiale de la santé. *Surveillance de la santé reproductive : établissement d'une liste restreinte d'indicateurs nationaux et mondiaux*, Genève, OMS, 1997.



Sur un *flip chart*, présentez le tableau suivant

Indicateur choisi	Définition	Taux/ratio	Notes : équipe A	Notes : équipe B
Par exemple : taux de prévalence de la contraception	Nombre de femmes de 15 à 49 ans utilisant l'une des méthodes modernes de contraception au <i>numérateur</i> , et le nombre total de femmes ayant entre 15 et 49 ans au <i>dénominateur</i>			

Demandez à chaque équipe à tour de rôle de choisir un papier et de lire l'indicateur qui y est mentionné. Un membre du sous-groupe va au tableau et écrit la définition en notant ce que contient le numérateur et ce que contient le dénominateur.

Par exemple, le taux de prévalence de la contraception s'écrira :

$$\frac{\text{Nombre de femmes de 15 à 49 ans qui utilisent actuellement une méthode de contraception}}{\text{Nombre total de femmes ayant entre 15 et 49 ans}}$$

Insistez pour avoir des définitions précises – comment les participant-e-s définiraient-ils/elles une méthode de contraception ? Une méthode moderne ? Les méthodes traditionnelles et modernes ? Quelles méthodes traditionnelles ? Toutes les femmes du groupe d'âge 15-49 ans sont-elles incluses ? Ou seules les femmes actuellement mariées ? Etc. (Une liste de définitions de l'OMS est disponible en ligne à l'adresse : [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh\\_indicators/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rh_indicators/index.html))

Une réponse complète et exacte vaut cinq points. Si les deux équipes ont participé à donner la définition complète, les points sont partagés. L'équipe qui a le plus de points gagne.



## Activité 3 : Intégration du genre dans les indicateurs de santé en matière de reproduction



**Etape 1 : Travail en sous-groupes** Répartissez les participant-e-s en cinq groupes. Chaque groupe se voit attribuer un projet fictif de santé en matière de reproduction pour lequel il doit développer des indicateurs (Documents 1, 2, 3 et 4).



**Etape 2 : Rapports** Une personne de chaque sous-groupe présente son rapport devant l'ensemble du groupe, en traitant les points suivants :

- Le projet de santé en matière de reproduction dont il est question
- Les indicateurs à utiliser et leur définition
- Les efforts faits pour intégrer les dimensions de genre et de droits dans au moins l'un des indicateurs
- Le mode de recueil des informations pour le calcul de ces indicateurs.

Chaque présentation doit durer environ cinq minutes et peut être suivie par dix minutes de discussion.

### Points clés à aborder dans les discussions qui suivent chaque présentation

#### Genre et droits

Parmi les indicateurs dont il a été question, quels sont ceux qui peuvent traiter des dimensions de genre/droits du problème ? Par exemple dans le projet sur l'adolescence, les informations sur l'utilisation du préservatif doivent être recueillies à la fois auprès des filles et des garçons. Outre la proportion de filles ayant entre 15 et 19 ans qui sont actuellement enceintes ou qui ont déjà un enfant, la proportion des garçons ayant entre 15 et 19 ans qui sont pères ou qui sont responsables d'une grossesse en cours pourrait aussi être un indicateur. Cette information peut être recueillie en demandant aux filles qui ont un enfant ou qui sont actuellement enceintes quel est l'âge du père de leur enfant. Les dossiers prénatals des centres de santé pourraient, pour chaque patiente, collecter les données relatives à l'âge du père de l'enfant.

Dans le projet pour la maternité sans risque, on pourrait ajouter une dimension genre/droits à l'indicateur de distribution des décès maternels à l'hôpital en fonction du temps écoulé entre l'admission et le décès, en demandant les raisons du délai de prise en charge. De la même façon, connaître les raisons de non-utilisation d'une structure de santé par les femmes signalant une complication lors de leur accouchement indiquerait si une discrimination basée sur le genre, en raison d'un manque d'accès aux ressources et au pouvoir ou en lien avec des rôles et des normes, a participé au retard de consultation.

Pour ajouter une dimension de genre aux indicateurs utilisés dans le programme de planification familiale et le programme Infections de l'appareil reproducteur/MST, il faudra analyser les indicateurs en fonction

du sexe de la personne interrogée. En outre, trouver les raisons de non-utilisation d'une méthode contraceptive ou de non-utilisation des services de santé à la fois par les hommes et par les femmes dans les cas d'infections de l'appareil reproducteur/MST pourrait faire ressortir le rôle du genre dans ces non-utilisations.

### Mode de collecte de données

Les données nécessaires au calcul des indicateurs peuvent être collectées de façon automatique par les structures de santé ou dans les dossiers tenus par le personnel de santé. Mais des enquêtes ou études spéciales peuvent aussi être nécessaires. On peut choisir un indicateur plutôt qu'un autre parce que les données qui serviront à le calculer sont plus faciles à recueillir. Ainsi, par exemple, on aurait pu proposer l'indicateur « proportion des adolescentes subissant un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité » dans le programme sur l'adolescence ; mais les données relatives à cet indicateur auraient été si difficiles à recueillir qu'il en serait devenu inutile.

Session développée par TK Sundari Ravindran, Khin San Tint



Document

## 1

## Projet sur la santé des adolescents en matière de reproduction

### Instructions pour le travail en groupe

Votre groupe a 30 minutes pour travailler sur le problème suivant. Nommez un rapporteur qui présentera votre rapport à l'ensemble du groupe. Votre discussion en sous-groupe doit arriver à son terme cinq à dix minutes avant la fin des trente minutes imparties pour donner au rapporteur le temps de rédiger sa présentation.

### Le projet

Un nouveau projet pour l'amélioration de la santé en matière de reproduction chez les adolescents est actuellement lancé dans votre district. Ce projet est prévu sur une période de trois ans.

Les objectifs spécifiques sont :

- La promotion de l'utilisation du préservatif
- La prévention des avortements dans de mauvaises conditions de sécurité
- La promotion de grossesses moins précoces.

Les indicateurs suivants doivent être utilisés pour faire une évaluation du projet :

- La proportion des adolescentes déclarant utiliser des préservatifs (on peut affiner les informations, par exemple en spécifiant la régularité de l'utilisation du préservatif, l'accès aux préservatifs, ou l'utilisation ou non d'un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel)
- La proportion de la tranche 15–19 ans dans toutes les admissions obstétricales et gynécologiques dues aux complications d'un avortement
- La proportion des filles de la tranche 15–19 ans ayant au moins un enfant ou qui sont actuellement enceintes

Comment allez-vous modifier/adapter ces indicateurs pour qu'ils intègrent une dimension de genre et/ou de droits ?

Comment les informations seront-elles recueillies pour calculer ces indicateurs intégrant les questions de genre et de droits ?



Document

# 2

## Projet pour une maternité sans risque

### Instructions pour le travail en groupe

Votre groupe a 30 minutes pour travailler sur le problème suivant. Nommez un rapporteur qui présentera votre rapport à l'ensemble du groupe. Votre discussion en sous-groupe doit arriver à son terme cinq à dix minutes avant la fin des trente minutes imparties pour donner au rapporteur le temps de rédiger sa présentation.

### Le projet

Le nombre de décès maternels signalés dans votre région est préoccupant. Un projet pour la maternité sans risque dont le but est de faire reculer le nombre de décès maternels dans les trois prochaines années va très bientôt être mis en application.

Les objectifs spécifiques sont :

- Lutter contre les recours trop tardifs à une structure de santé dispensant des soins obstétricaux d'urgence à partir du moment où se développe une grave complication pendant la grossesse
- Lutter contre le retard de traitement approprié dans les structures de santé

Les indicateurs suivants doivent être utilisés pour faire une évaluation du projet :

- La distribution en pourcentages des décès maternels selon les lieux de décès
- La proportion de femmes mortes chez elles ou en allant à l'hôpital parce qu'elles étaient trop loin de l'hôpital
- La distribution en pourcentages des décès maternels à l'hôpital, en fonction du temps écoulé entre l'admission et le décès
- La proportion de femmes ayant signalé une complication à l'accouchement qui ont accouché dans une structure de santé.

Comment allez-vous modifier/adapter ces indicateurs pour qu'ils intègrent une dimension de genre et/ou de droits ?

Comment les informations seront-elles recueillies pour calculer ces indicateurs intégrant les questions de genre et de droits ?



Document

## 3 Pour une meilleure qualité des services de planification familiale

### Instructions pour le travail en groupe

Votre groupe a 30 minutes pour travailler sur le problème suivant. Nommez un rapporteur qui présentera votre rapport à l'ensemble du groupe. Votre discussion en sous-groupe doit arriver à son terme cinq à dix minutes avant la fin des trente minutes imparties pour donner au rapporteur le temps de rédiger sa présentation.

### Le projet

Dans votre province, plus de 80 pour cent des personnes utilisant un moyen de contraception ont adopté la solution de la stérilisation féminine. Votre rôle est d'améliorer dans les trois prochaines années la qualité des services de planification familiale dispensés dans les cinq centres de santé primaire placés sous votre supervision.

Vous définissez un projet dont le but est :

- Diversifier les choix contraceptifs pour les femmes
- Promouvoir les méthodes de contraception masculine
- Améliorer le suivi
- Améliorer la satisfaction des client-e-s.

Les indicateurs suivants doivent être utilisés pour l'évaluation/le suivi du projet :

- La distribution en pourcentages de toutes les femmes utilisant un moyen de contraception, par méthode utilisée
- La proportion de femmes et d'hommes qui disent avoir reçu des informations adaptées sur les différentes options possibles en matière de contraception
- La proportion d'hommes parmi les personnes utilisant un moyen de contraception
- La proportion de personnes utilisant un moyen de contraception qui font état d'au moins un contact de suivi avec leur structure de santé ou un-e professionnel-le de la santé
- La proportion d'utilisateurs-trices satisfait-e-s x mois après l'adoption d'un moyen de contraception.

Comment allez-vous modifier/adapter ces indicateurs pour qu'ils intègrent une dimension de genre et/ou de droits ?

Comment les informations seront-elles recueillies pour calculer ces indicateurs intégrant les questions de genre et de droits ?



Document

## 4

## Prévention et contrôle des infections de l'appareil reproducteur et des maladies sexuellement transmissibles

### Instructions pour le travail en groupe

Votre groupe a 30 minutes pour travailler sur le problème suivant. Nommez un rapporteur qui présentera votre rapport à l'ensemble du groupe. Votre discussion en sous-groupe doit arriver à son terme cinq à dix minutes avant la fin des trente minutes imparties pour donner au rapporteur le temps de rédiger sa présentation.

### Le projet

Un nouveau projet de prévention des infections de l'appareil reproducteur/maladies sexuellement transmissibles est mis en application dans votre structure de santé.

Les objectifs du projet sont les suivants :

- Améliorer la connaissance des signes et symptômes des infections de l'appareil reproducteur/maladies sexuellement transmissibles
- Promouvoir les consultations pour traitement chez les personnes présentant des symptômes d'infections de l'appareil reproducteur/maladies sexuellement transmissibles
- Encourager ces mêmes personnes à informer leurs partenaires sexuelle-s pour qu'ils/elles se soignent.

Les indicateurs suivants doivent être utilisés pour l'évaluation/le suivi du projet :

- La proportion des utilisateurs de la clinique qui connaissent les symptômes d'au moins une infection de l'appareil reproducteur/maladie sexuellement transmissible
- Le nombre (et/ou la proportion) de clients qui cherchent un traitement pour des infections de l'appareil reproducteur/maladies sexuellement transmissibles
- La proportion (par sexe) de client-e-s dont les partenaires ont cherché un traitement
- La proportion de personnes chez qui on a diagnostiqué une infection de l'appareil reproducteur/maladie sexuellement transmissible qui ont suivi leur traitement jusqu'à son terme (raisons de l'abandon du traitement : coût ? Accès ? Qualité ?)
- La proportion des personnes qui ont suivi le traitement jusqu'à son terme et qui sont guéries.

Comment allez-vous modifier/adapter ces indicateurs pour qu'ils intègrent une dimension de genre et/ou de droits ?

Comment les informations seront-elles recueillies pour calculer ces indicateurs intégrant les questions de genre et de droits ?

## Perspective de genre pour un regard critique sur l'information sur la santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Savoir reconnaître le biais de genre dans le recueil, l'interprétation et la présentation des informations sur la santé
- Savoir analyser les informations nécessaires pour une intégration du genre dans les informations sur la santé et pour produire des informations sur la santé qui tiennent compte du genre.

[durée] 2 heures

### Préparation préalable

Les participant-e-s doivent recevoir, la veille de cette session, des documents d'information sur la santé, comme cela est indiqué dans l'Activité 1, p. 251. Ils/elles doivent lire leurs documents individuellement le soir, pour préparer cette session

### Matériel

- Document 1 : « Instructions pour le travail en groupe »
- Document 2 : « Document sur le paludisme pour l'éducation communautaire à la santé »
- Document 3 : « Document sur le VIH/SIDA pour l'éducation communautaire à la santé »
- Document 4 : « Document sur les soins aux enfants diarrhéiques pour l'éducation communautaire à la santé »
- Document 5 : « Document sur la tuberculose pour le personnel paramédical ».

### Déroulement de la session

Cette session s'organise en quatre activités. La première consiste en un travail individuel : les participants lisent, le soir après le cours, des



documents d'éducation à la santé. La deuxième est une activité de sous-groupe dans laquelle les participant-e-s discutent des principales conclusions de l'article et préparent un rapport de groupe identifiant les biais de genre dans les documents ; ils-elles donnent aussi des exemples de documents d'éducation à la santé sur le même sujet mais tenant compte des questions de genre. La troisième activité est un rapport devant l'ensemble du groupe suivi d'une discussion. Sur la base des réactions et commentaires de l'ensemble du groupe, les membres des sous-groupes ont le temps de retravailler chez eux leurs documents d'information intégrant les questions de genre. Ces nouveaux documents sont alors exposés pour être vus par tous.

## Activité 1 : Documents d'éducation à la santé

Cette activité doit être présentée aux participant-e-s la veille du jour où la session 4 a lieu. Prévoyez environ 10 minutes pour cette présentation. Répartissez les participant-e-s en quatre sous-groupes. A chaque sous-groupe remettez l'un des quatre documents cités précédemment (documents 2 à 5). Demandez à chacun de lire ces documents et de noter si les questions de genre y sont abordées ou non – ce qui peut être fait en utilisant l'outil d'analyse comparative entre les sexes présenté dans le module 1. Les participant-e-s doivent également chercher un éventuel biais de genre dans l'interprétation et la présentation des informations. Expliquez qu'on considère comme biais de genre :

- Le défaut d'attention aux questions ne concernant qu'un des deux sexes
- L'excès d'attention aux questions ne concernant qu'un des deux sexes
- La représentation du rôle de l'un ou l'autre des sexes de façon stéréotypée
- Une représentation erronée des questions concernant l'un des deux sexes sur la base de rôles et de normes stéréotypées
- L'utilisation d'un langage et d'illustrations se référant à l'un des deux sexes seulement.



## Activité 2 : Perspective de genre pour un regard critique sur l'information sur la santé

Expliquez les objectifs de cette session. Demandez alors aux participant-e-s d'aller dans leurs groupes respectifs. Chaque groupe a deux tâches.

La première est d'étudier, dans les documents d'éducation à la santé qu'ils ont lus, le traitement du genre dans l'analyse, l'interprétation et la présentation des informations. Cela consiste par exemple à identifier les lacunes en terme de genre dans les informations en utilisant l'outil d'analyse comparative entre les sexes ; et à identifier les biais de genre dans la présentation du document.

La seconde tâche consiste pour chaque groupe à retravailler tout ou une partie du document d'éducation à la santé de façon à produire un document qui intègre les questions de genre. S'il n'a pas le temps de retravailler tout le document, le groupe peut choisir de n'en modifier qu'une partie. Le document d'éducation à la santé intégrant le genre doit ensuite être dessiné/rédigé sur des tableaux à feuilles blanches.

Distribuez le Document 1 « Instructions pour le travail en groupe ».

Les sous-groupes disposent d'une heure pour effectuer leurs deux tâches avant de réintégrer le groupe.



## Activité 3 : Rapports et conclusions



### Etape 1 : Rapports

Rappelez les groupes et donnez à chacun 10 minutes pour présenter son rapport. Encouragez les autres participant-e-s à discuter le raisonnement ayant mené aux recommandations qui sont faites. Donnez cinq minutes par groupe pour les questions et réponses.



### Etape 2 : Discussion sur la perspective de genre dans l'information sur la santé

Montrez qu'il ne suffit pas d'inclure des sujets hommes et femmes dans le document d'éducation à la santé pour avoir une perspective de genre. Une perspective de genre implique de prendre systématiquement en considération, dans l'analyse et l'interprétation des informations, les questions de genre qui sont en jeu. Par exemple, dans le document sur le paludisme, une perspective de genre signifierait de chercher et d'inclure systématiquement les informations concernant les femmes aussi bien que les hommes sur les risques et la vulnérabilité, sur les différences de genre dans les comportements de recherche de soins et dans les

besoins spécifiques d'accès aux soins et au traitement. En l'occurrence, cela signifierait de parler des besoins particuliers des femmes enceintes en matière de prévention, de soins et de traitement du paludisme ; tout comme des besoins particuliers des ouvriers de la construction et de l'agriculture, souvent des hommes, qui vivent sur leur lieu de travail et sont exposés à l'infection par le paludisme. En outre, il ne faudrait pas qu'il y ait de biais de genre dans le langage utilisé et les illustrations.

Pour chaque rapport, demandez aux autres participant-e-s de proposer d'autres idées pour améliorer encore l'intégration de la perspective de genre, et apportez vos propres idées. Les groupes devront alors retravailler leurs documents en dehors du cours, en tenant compte des commentaires qui ont été faits.

---

## Points principaux pour conclure la session

### Comment corriger une perspective de genre insuffisante ?

- On manque souvent de données sur la dimension de genre d'un problème de santé particulier. C'est pour cette raison que souvent les questions de genre sont oubliées dans les documents d'éducation à la santé et, par conséquent, dans les projets
- Deux axes d'approche sont donc nécessaires : d'une part le recueil de toutes les données existantes sur le genre liées à une question de santé, et l'intégration de ces données dans tous les documents d'éducation à la santé ; d'autre part un engagement pour que les recherches de santé soient plus nombreuses à traiter des questions de genre.

Session développée par Sharon Fonn



Document

## 1

## Instructions pour le travail en groupe

Vous avez tous lu les documents d'éducation à la santé qui vous ont été distribués. Votre groupe et vous-même avez deux tâches.

La première est d'identifier le traitement des questions de genre dans l'analyse, l'interprétation et la présentation des informations. Posez-vous les questions suivantes : l'information est-elle analysée, interprétée et présentée d'une manière qui suggère un impact, dans le cas du problème de santé étudié, de la division sexuelle du travail, des rôles et des normes de genre, de l'accès et du contrôle des ressources ou du pouvoir ?

Cherchez les biais de genre dans le document, par exemple :

- Le défaut d'attention aux questions ne concernant qu'un des deux sexes
- L'excès d'attention aux questions ne concernant qu'un des deux sexes
- La représentation du rôle de l'un ou l'autre sexe de façon stéréotypée
- Une représentation erronée des questions concernant l'un des deux sexes sur la base de rôles et de normes stéréotypées
- L'utilisation d'un langage et d'illustrations se référant à seulement à l'un des deux sexes.

La seconde tâche consiste à retravailler le document pour en corriger les biais de genre et pour combler autant que possible les lacunes en terme de genre. Si les informations vous manquent pour combler ces lacunes, mentionnez juste les informations à inclure en remplacement de ce que l'on trouve actuellement dans le document distribué à votre groupe.

Par exemple, vous risquez de constater qu'il n'existe pas d'information sur les conséquences spécifiques d'un certain problème de santé sur la santé en matière de reproduction des femmes. Vous risquez de ne pas avoir les informations pour combler ce vide, mais le groupe pourra alors dire à quels moments cette information devra être insérée, une fois les données pertinentes recueillies.

Préparez des feuilles montrant les illustrations et des aspects rédigés d'un document d'éducation à la santé intégrant les questions de genre sur le sujet qui a été attribué à votre groupe.



## Document

## 2 Document sur le paludisme pour l'éducation communautaire à la santé

### Première page

#### Qu'est-ce que le paludisme ?

- On peut ne pas avoir le paludisme, mais une personne qui l'attrape peut être soignée
- Le paludisme est dû à un petit parasite. Ce parasite s'appelle le plasmodium. Il vit dans notre corps et nous rend malade en détruisant une partie de notre sang
- Si on tombe malade, on a besoin de médicaments pour guérir
- On attrape la malaria par une piqûre de moustique
- Il faut prendre des médicaments très vite.

### Deuxième page

#### Le parasite

- Le parasite qui nous rend malade est très petit. On ne peut le voir qu'au microscope
- Le parasite commence par se multiplier dans le corps du moustique, puis dans notre corps une fois que le moustique nous a piqué.

#### Le moustique

- Ce sont les moustiques femelles qui nous piquent car elles ont besoin de notre sang pour que leurs œufs se développent
- On ne sent pas qu'elles aspirent notre sang car elles nous piquent la nuit pendant notre sommeil.

### Troisième page

#### Comment savoir si quelqu'un a le paludisme ?

- La personne malade a de la fièvre depuis plusieurs jours.
- Elle se plaint de maux de tête, de douleurs dans le dos et d'un corps douloureux
- Souvent, la personne malade a mal et est très faible, elle peut même devenir très malade
- ... dans ce cas, elle semble inconsciente et peut avoir des convulsions et des tremblements étranges.

**Quatrième page****Comment attrape-t-on le paludisme ?**

- Quand un moustique pique une personne qui a le paludisme, il aspire du sang qui contient le parasite
- Ensuite, lorsque le moustique pique une personne en bonne santé, il lui passe le parasite
- ... Cette personne, finalement, a le paludisme.

**Cinquième page****Où vivent les moustiques ?**

- Les moustiques nous piquent la nuit pendant notre sommeil.
- Les moustiques ont besoin d'eau pour se développer.
- Les moustiques aiment vivre dans des endroits où se trouvent des eaux stagnantes.

**Sixième page****Que faire si on est malade ?**

- Il faut immédiatement se faire prescrire un traitement médical ...
- Si une personne est très malade, il faut l'amener au centre de santé ...
- Il faut prendre les médicaments que le docteur ou l'infirmière nous a dit de prendre...
- Si on ne se sent pas mieux au bout de deux jours, il faut retourner au centre de santé
- Même si on se sent mieux au bout de quelques jours, il faut suivre le traitement complet.

**Septième page****Comment se protéger des piqûres de moustique ?**

Tous ces dessins montrent comment on peut se protéger des piqûres de moustique ...

... il est alors plus difficile d'attraper le paludisme.

- Les spirales anti-moustiques
- Les moustiquaires sur les lits
- Les répulsifs anti-moustiques.

Il est important de suivre ces conseils en permanence.

- Les répulsifs traditionnels
- Des vêtements qui couvrent les bras et les jambes pour nous protéger
- Les moustiquaires aux fenêtres.

**Huitième page**

**Les moustiquaires**

On doit toujours dormir sous une moustiquaire.

Une moustiquaire imprégnée d'insecticide tue les moustiques pendant au moins 6 mois.

Il faut utiliser une moustiquaire toutes les nuits (dormez toujours sous une moustiquaire).

Il faut garder la moustiquaire en bon état (dis à ta maman de ne pas laver la moustiquaire plus d'une fois ou deux par an).

**Très important :** Il faut faire imprégner la moustiquaire d'un insecticide anti-moustique une ou deux fois par an (et surtout, n'oublie pas de border ton lit en poussant les bords de la moustiquaire sous ton matelas ou ton tapis).



## Document

# 3 Document sur le VIH/SIDA pour l'éducation communautaire à la santé

## Comment prévenir l'infection au VIH

1. N'ayez pas de relations sexuelles avant le mariage, et après le mariage, restez fidèle à votre partenaire.
2. Si vous savez que vous n'avez pas le virus et que vous êtes actif-ve sexuellement, ayez des relations sexuelles avec un-e partenaire fidèle à qui vous êtes fidèle aussi et qui n'a pas non plus le virus.
3. Dans toute autre situation, utilisez toujours un préservatif pendant vos relations sexuelles.
4. Les femmes qui ont le VIH doivent demander des conseils avant de commencer une grossesse car elles risquent de transmettre le VIH à leur bébé. On peut empêcher les grossesses en utilisant des préservatifs et/ ou d'autres méthodes de planification familiale.
5. Évitez d'avoir besoin de transfusions sanguines.
  - Allez consulter pour avoir un bon traitement médical si vous avez le paludisme ou l'ankylostome avant d'être anémique (de manquer de sang)
  - Les grossesses répétées et rapprochées sont une importante cause d'anémie chez les femmes. Faites-vous soigner pendant la grossesse et après l'accouchement. Adoptez une méthode de planification familiale pour avoir seulement le nombre de bébés qui convient, et à des intervalles corrects.
6. Si vous ne pouvez pas éviter une transfusion sanguine, insistez pour avoir du sang qui a été testé pour la recherche du VIH. Il est souvent plus sûr de recevoir du sang de vos proches.
7. Si vous ne pouvez pas éviter le contact avec les instruments qui percent la peau comme les lames, les aiguilles et les seringues, insistez pour avoir des instruments stérilisés.
8. Ne partagez pas vos lames de rasoirs avec d'autres personnes car les lames risquent d'entrer en contact avec le sang en coupant la peau
9. Ne partagez pas vos aiguilles avec d'autres personnes.
  - Si vous êtes obligé-e d'utiliser la même aiguille qu'une autre personne, choisissez l'une de ces deux solutions :



- Rincez l'aiguille et la seringue dans une solution de chlorure à 1%. Pour préparer cette solution, diluez une cuillère à café rase de chlorure dans un litre d'eau
- Après avoir rincé l'aiguille et la seringue, faites-les bouillir pendant 20 minutes. Vérifiez bien que l'aiguille et la seringue sont complètement immergées dans l'eau

10. Protégez les coupures et les blessures avec des pansements résistant à l'eau. Si vous n'avez pas de pansement, utilisez un morceau de tissu propre pour couvrir les blessures.

11. Les femmes doivent faire encore plus attention. Elles ont en effet plus de risques d'être infectées par le VIH car :

- Leur risque d'être contaminées lors des rapports sexuels est plus important
- Elles ont plus de risques d'avoir besoin d'une transfusion sanguine car elles perdent parfois du sang pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

#### Le test VIH

La plupart des personnes qui ont le VIH se sentent en bonne santé. Ils-elles ne savent pas qu'ils-elles ont le VIH. Si vous êtes en bonne santé, le seul moyen de savoir si vous avez le VIH est de faire un test sanguin spécial.

Si vous faites ce test, il est possible qu'on vous annonce que vous êtes séropositif au VIH. Cela signifie que le VIH est dans votre sang.

Si le test ne trouve aucune trace du VIH dans votre sang, on va vous dire que vous êtes séronégatif au VIH. Cela ne signifie pas que le VIH n'est pas dans votre sang car il faut du temps pour que sa présence soit visible. Vous pouvez être presque certain que vous n'avez pas le VIH si vous n'avez pas eu de relation sexuelle non protégée et n'avez pas été exposé à du sang soit par transfusion, soit par des aiguilles et des seringues souillées, soit par un instrument coupant ou perçant contaminé, pendant les trois derniers mois.

Même si votre test est négatif, cela ne signifie pas que vous serez protégé à l'avenir, sauf si vous suivez les conseils de prévention du VIH.

#### Quand/qui doit faire le test VIH ?

Si vous voulez faire un test VIH, parlez-en à un professionnel de la santé qui pourra vous dire si le test est utile et où vous pouvez aller le faire.

**Vous pouvez décider de faire un test VIH si :**

- Vous craignez d'être infecté parce que :
  - Vous avez eu des relations sexuelles non protégées avec des personnes que vous ne connaissiez pas, ou avec des personnes ayant des comportements à risque
  - Vous avez eu une transfusion sanguine
  - Vous avez eu des injections avec des seringues non stérilisées ou avez partagé avec d'autres personnes des aiguilles ou des seringues non stérilisées
- Votre partenaire est infecté.

Mais retenez que vous seul pouvez décider de faire le test VIH ou de ne pas le faire. Personne n'a le droit de vous obliger à faire le test du VIH si vous n'êtes pas prêt à en apprendre les résultats. C'est pourquoi il est important de parler à quelqu'un avant de faire le test, et de vous assurer que vous aurez bien quelqu'un à qui parler après avoir fait le test.

#### **En savoir plus sur le test VIH**

Lorsque vous faites un test VIH :

- On prélève une petite quantité de votre sang
- Il faut en général au moins deux semaines pour avoir le résultat
- Le résultat est privé (confidentiel)
- Vous devez avoir quelqu'un pour vous aider à réfléchir à votre réaction lorsque vous aurez les résultats du test.

Si votre test s'avère négatif, les personnes auprès desquelles vous l'avez fait peuvent vous donner des conseils et vous dire si vous devez de nouveau le faire.

#### **Informations importantes pour les couples sur le test VIH**

Dans un couple, il est possible qu'un partenaire ait le VIH alors que l'autre ne l'a pas. Cela signifie alors qu'il est encore temps de protéger le partenaire qui n'est pas infecté.

Si vous découvrez que vous avez le VIH, votre partenaire voudra probablement faire également le test.

Il peut être difficile de dire à son partenaire que l'on a le VIH, mais c'est important car :

- Vous pourrez alors certainement parler plus librement avec votre partenaire de choses importantes comme l'utilisation du préservatif pour avoir des relations sexuelles sans risques
- Vous n'aurez plus à vous cacher pour faire ce qui vous permettra de vivre plus longtemps
- Votre partenaire aura la possibilité de mieux vous aider
- Vous pourrez faire des projets d'avenir ensemble.

Si vous avez peur de dire à votre partenaire que vous avez le VIH, demandez à une ou un professionnel de la santé ou à un conseiller ou une conseillère de vous aider. Avec le temps, votre partenaire vous sera reconnaissant-e de le lui avoir dit.

#### Qu'est-ce que le SIDA ?

Le SIDA est le groupe des maladies qui viennent après que le VIH a affaibli le corps. Les personnes qui ont le SIDA souffrent de fièvres, d'éruptions cutanées et de diarrhées. Elles perdent aussi du poids.

Pour l'instant on ne connaît pas de traitement guérissant le SIDA. Mais les personnes qui ont le SIDA et le VIH doivent se rassurer et savoir qu'il existe des médicaments qui repoussent les maladies qui accompagnent les infections du VIH/SIDA. Les antibiotiques et d'autres médicaments aident les personnes qui ont le SIDA à se sentir mieux et à vivre plus longtemps.

Le SIDA est une maladie nouvelle et grave, à propos de laquelle circulent de fausses rumeurs et des contresens. Mais le SIDA est seulement une maladie, comme le cancer ou la polio. Ca n'est pas une malédiction ou un châtiement.

#### Le VIH peut se transformer en SIDA rapidement ou lentement

Certaines personnes développent le SIDA quelques années après avoir contracté le VIH. Certaines personnes sont infectées par le VIH pendant 10 ans ou plus sans développer le SIDA. Mais la majorité des personnes ne savent pas quand elles ont été contaminées. Elles ne se rendent compte qu'elles sont infectées que lorsqu'elles développent la maladie. On pense que toutes les personnes porteuses du VIH vont finir par développer le SIDA.

On sait maintenant qu'en prenant soin de sa santé on peut vivre plus longtemps avec le VIH avant de développer le SIDA.

On sait aussi maintenant qu'en prenant soin de sa santé on a plus de chances de vivre plus longtemps une fois qu'on a développé le SIDA.

Plus loin dans ce livre, nous montrons comment vous pouvez prendre soin de votre corps et de votre esprit si vous avez le VIH ou le SIDA.

#### Parler du VIH ou du SIDA

Les personnes qui ont le VIH ou le SIDA ont besoin de parler de leur santé. Elles ont aussi besoin d'informations pour savoir à quoi elles doivent s'attendre et ce qu'elles peuvent faire.

Il existe de nombreuses personnes à qui parler. Un dirigeant religieux peut apporter un réconfort spirituel. Des docteurs, des infirmières et des conseillers peuvent apporter des informations et un soutien précieux.

Ces personnes sont formées pour écouter vos problèmes et vos expériences du VIH et du SIDA. Elles peuvent vous aider à comprendre ce que vous ressentez, à voir clair dans vos problèmes et à prendre les décisions qui vous concernent, vous-même, votre famille ou le cercle de vos proches.

#### Les sentiments face au VIH et au SIDA

Le VIH et le SIDA sont des problèmes récents et graves. Il est donc normal de ressentir de fortes émotions lorsqu'on est confronté à ces problèmes.

La plupart des personnes ont très peur du VIH et du SIDA.

Les personnes qui savent qu'elles ont le VIH ou le SIDA ressentent de nombreuses émotions différentes. Certaines sont sous le choc. D'autres sont en colère.

#### Le choc

Même si vous vous y êtes préparé-e, apprendre que vous avez le VIH ou le SIDA provoque toujours un choc.

Vous risquez d'être en pleine confusion et de ne pas savoir quoi faire. Il est bon d'être avec une personne en qui vous avez confiance à ce moment-là.

Les sentiments des personnes qui ont le VIH ou le SIDA changent beaucoup. Un jour elles peuvent se sentir rejetées et seules et le lendemain être pleines d'espoir. C'est normal.

Dans les pages qui suivent, vous allez voir différents sentiments que peuvent éprouver les personnes qui ont le VIH ou le SIDA.

#### Le déni

Tout d'abord certaines personnes ne croient pas qu'elles ont le VIH ou le SIDA. Elles disent :

« les docteurs doivent s'être trompés »

« Ca ne peut pas être vrai, je me sens si fort-e. »

Si on vous a dit que vous aviez le VIH ou le SIDA, un-e conseiller-ère/professionnel-le de la santé peut vous aider à comprendre ce que cela signifie.

#### La colère

Certaines personnes se mettent en colère lorsqu'elles apprennent qu'elles ont le VIH ou le SIDA. Elles s'en prennent à elles-mêmes et à la personne dont elles pensent qu'elle leur a transmis le VIH. Elles s'en prennent même à Dieu.

La colère est un sentiment normal mais qui n'avance à rien. En parlant à un-e conseiller-ère/professionnel-le de la santé ou à un-e ami-e, vous pouvez dépasser ce sentiment.

#### La revanche/la rancune

Certaines personnes veulent se venger lorsqu'elles découvrent qu'elles ont le VIH/ SIDA. Elles veulent infecter d'autres personnes. On doit dire aux personnes qui ont le VIH/ SIDA qu'elles ne guériront pas de leur maladie en contaminant les autres par rancune.

#### Le marchandage

Certaines personnes essaient de marchander. Elles pensent : « Dieu va me guérir si j'arrête d'avoir des relations sexuelles ».

« Je serai guéri-e si j'ai des relations sexuelles avec une vierge ou avec un enfant ».

« Les ancêtres me guériront si je sacrifie un animal ».

Les personnes qui ont le VIH ou le SIDA ont besoin d'aide pour dépasser ce sentiment de marchandage.

#### La solitude

Les personnes qui ont le VIH ou le SIDA se sentent souvent seules.

Si vous avez le VIH ou le SIDA, sachez que vous n'êtes pas seul-e. Beaucoup d'autres personnes ont le VIH ou le SIDA.

Si une personne que vous connaissez a le VIH ou le SIDA, tenez-lui compagnie. Aidez-la à sortir de sa solitude.

#### La peur

Les personnes qui ont le VIH ou le SIDA ont peur de beaucoup de choses :

La douleur

La perte de leur emploi

Que les autres sachent qu'elles sont infectées

### De quitter leurs enfants

#### La mort.

Avoir le VIH ou le SIDA fait très peur, mais vous allez voir que votre peur recule lorsque vous parlez à quelqu'un qui vous comprend. Vous allez aussi découvrir que vous vous inquiétez pour des choses que vous n'avez pas lieu de craindre. Par exemple, vous allez probablement constater que lorsque d'autres personnes apprennent que vous avez le VIH, elles vous témoignent beaucoup d'amour et de gentillesse.

#### Le repli sur soi

Certaines personnes qui ont le VIH ou le SIDA pensent que tout le monde les regarde ou parle d'eux. Cette impression leur donne envie de se cacher.

Elles se sentent parfois rejetées par les autres, ou elles se rejettent elles-mêmes. Elles se sentent parfois coupables.

Si vous avez le VIH ou le SIDA, ne vous cachez pas. Essayez de ne pas vous décourager si on parle de vous. Restez actif/active dans votre communauté. En restant actif, vous pouvez montrer au monde que les personnes qui ont le VIH ou le SIDA sont des membres précieux de la communauté, comme les autres.

Si vous avez le VIH ou le SIDA, essayez d'avoir une bonne image de vous-même. Soyez fier/fière de vous-même. Vous êtes toujours vous-même. Vous êtes toujours quelqu'un d'important.

#### La dépression

Certaines personnes qui ont le VIH ou le SIDA ont le sentiment de ne plus avoir de raison de vivre.

Elles se sentent incapables. Parfois elles restent chez elles, ne mangent plus, ne parlent plus à personne.

La dépression peut vous affaiblir psychologiquement et physiquement. Il est important d'essayer de sortir de la dépression.

Si vous avez le VIH ou le SIDA, n'abandonnez pas. Habillez-vous bien. Allez voir vos amis. Restez actif/active. Faites quelque chose pour aider les autres. Si vous avez des enfants, pensez à eux ; ils ont toujours besoin de vous. Le personnel de santé peut probablement vous aider si vous vous sentez très déprimé-e. N'hésitez pas à le consulter si votre déprime est profonde et si elle dure depuis longtemps.

### L'acceptation

Après quelque temps, la plupart des personnes qui ont le VIH ou le SIDA acceptent leur situation. C'est utile. Souvent elles se sentent plus sereines (leur esprit est en paix). Elles vont souvent se sentir capables de commencer à réfléchir à la meilleure façon de vivre. Elles pensent :

« Comment profiter au mieux du temps qu'il me reste ? »

« Quels sont les aliments que je dois manger pour m'aider à rester en bonne santé ? »

« Que dois-je prévoir pour qu'on s'occupe de mes enfants à l'avenir ? »

Parfois elles pensent aussi : « Je dois être reconnaissant-e pour chaque jour que je vis. Il faut que j'apprécie mes amis et ma famille. »

### L'espoir

Les personnes qui ont le VIH ou le SIDA ont beaucoup de sujets d'espoir :

- L'espoir de vivre longtemps
- L'espoir que les scientifiques trouvent comment les guérir
- L'espoir que le/la médecin puisse traiter chaque maladie qui survient
- L'espoir d'être aimées et acceptées pour elles-mêmes
- L'espoir de croire à une vie après la mort.

L'espoir est important. Il allège votre esprit et vous donne la force d'affronter chaque situation. L'espoir peut vous aider à lutter contre le VIH et le SIDA et à vivre plus longtemps.

Rappelez-vous : même si vous avez de l'espoir aujourd'hui, vous pouvez être en colère ou déprimé demain. C'est normal. Le plus important est de faire en sorte de toujours retrouver l'espoir.



Document

## 4

## Document sur les soins aux enfants diarrhéiques pour l'éducation communautaire à la santé

### Diarrhée

Tous les parents de notre communauté sont inquiètes des risques de diarrhée chez leurs enfants.

La diarrhée se traduit par des selles liquides. Une personne qui a plus de trois selles liquides dans la même journée a la diarrhée. Dans le passé, de nombreux enfants ont eu la diarrhée.

Nous voulons savoir comment éviter la diarrhée et aussi ce qu'il faut faire si notre enfant a la diarrhée. Nous avons décidé de poser des questions sur la diarrhée à l'infirmière.

### Pourquoi la diarrhée est si dangereuse

La diarrhée est dangereuse pour les enfants et les adultes, mais elle est particulièrement dangereuse pour les enfants.

Dans notre pays, de nombreux enfants meurent de diarrhée parce que leur corps perd trop de liquide.

Lorsqu'un enfant perd de l'eau à cause de la diarrhée, il commence à se déshydrater, comme une plante qui n'aurait pas d'eau. « Cette déshydratation est particulièrement rapide chez les jeunes enfants qui ont la diarrhée » a dit l'infirmière au groupe de femmes assises à l'ombre sous un grand arbre.

« La seconde raison pour laquelle la diarrhée peut être très dangereuse est que certaines personnes croient que nous devons arrêter de nourrir, et notamment d'allaiter au sein, les enfants qui ont la diarrhée.

C'est faux. Il est important de nourrir régulièrement les enfants qui ont la diarrhée. Si les enfants allaités au sein ont la diarrhée, continuez à les allaiter au sein » a-t-elle expliqué.

### Réduire les risques de diarrhée

« Comment réduire le risque de diarrhée pour nos enfants ? » a demandé une jeune mère.

L'infirmière nous a parlé de quatre moyens importants d'éviter la diarrhée :

- Assurer la propreté des aliments et de l'eau

La diarrhée est causée par l'entrée par la bouche de germes contenus dans les selles. Ces germes peuvent se répandre dans l'eau, par les mouches, par des aliments souillés.



Des ustensiles et des biberons sales augmentent le risque de diarrhée.

Les enfants risquent aussi d'avoir la diarrhée si leurs mères avaient les mains ou les ongles sales lorsqu'elles ont préparé leur repas.

Buvez l'eau la plus propre possible. Il est important de protéger la propreté de la nourriture et de l'eau en les couvrant et en les mettant à l'abri des mouches. Lavez-vous toujours les mains avant de faire la cuisine et de manger.

Si possible, la nourriture doit être cuite complètement et préparée juste avant le repas. Ne la laissez pas attendre car elle risque d'être souillée par des germes.

- Utiliser des latrines et veiller à ce qu'elles restent propres

Les enfants et les adultes doivent utiliser des latrines, et il faut rapidement nettoyer les selles des jeunes enfants et les jeter dans les latrines.

- L'allaitement maternel

L'allaitement maternel nous permet également de réduire les risques de diarrhée ou d'autres maladies pour nos enfants. Nous devons donner du lait maternel à nos enfants pendant leurs quatre à six premiers mois, et devons continuer à les allaiter au sein pendant au moins deux ans.

- Vacciner les enfants contre la rougeole

Il n'existe pas de vaccin contre la diarrhée ordinaire, mais la rougeole entraînant souvent de graves diarrhées, il est très important de vacciner les enfants contre la rougeole et les autres maladies courantes de l'enfance.



Document

## 5 Document sur la tuberculose pour le personnel paramédical

### A. Qu'est-ce que la TB ?

TB désigne la tuberculose, qui est une maladie au cours de laquelle de nombreux tubercules se forment dans un ou plusieurs organes du corps. Si on n'arrête pas la multiplication de tubercules, la maladie risque de causer de graves troubles du fonctionnement de l'organe affecté. Si ce processus se poursuit, il peut également entraîner la mort. « Kshaya rog », « Tapedik » et « la peste blanche » sont d'autres noms de la maladie depuis l'Antiquité.

### B. Quelles sont les causes de la tuberculose ?

Un bacille appelé *Mycobacterium tuberculosis*, qui peut rester inactif dans l'organisme d'une personne pendant des années en attendant une occasion de déclencher la maladie, la tuberculose. On trouve le bacille chez 60% des Indiens de plus de 45 ans, mais on ne retrouve la maladie que chez 1,5% de tous les Indiens.

### C. La TB est-elle une maladie infectieuse ? Comment se propage-t-elle ?

Oui, la tuberculose est une maladie infectieuse. En général, elle se propage lorsque les bacilles contenus dans les gouttelettes de crachat expectorées par les malades de la tuberculose sont respirés par des personnes saines. Ces bacilles restent inactifs dans l'organisme de leur nouvel hôte et déclenchent la maladie lorsque l'individu est assez faible pour être sensible au bacille de la TB.

### D. Cette maladie ne touche-t-elle que le thorax ?

En général, la TB touche les poumons et le thorax, mais elle peut également toucher d'autres parties du corps dont le plus souvent les glandes lymphatiques, les os et les articulations, les intestins, l'appareil génito-urinaire, les méninges, la peau, le foie, le cœur, etc. En fait, la tuberculose peut toucher n'importe quel organe du corps.

### E. Quelles sont les personnes les plus sujettes à la TB ?

Comme on l'a vu, le bacille de la TB peut rester inactif pendant des années avant de causer la maladie. Mais les personnes qui ont une faible immunité, les personnes qui vivent dans des maisons surpeuplées, les personnes mal nourries, les jeunes enfants, les femmes enceintes et les personnes séropositives au VIH ont plus de risque de souffrir de la maladie. La famille, les proches et les amis qui sont à proximité d'un malade de la tuberculose ont plus de risques d'être infectés. Les personnes qui viennent d'être contaminées risquent aussi plus de développer la tuberculose dans les deux ans, après quoi le corps développe une certaine immunité.

Les personnes qui vivent dans la promiscuité, dans des bâtiments surpeuplés, dans des maisons humides, sombres et mal aérées sont prédisposées à l'infection par la tuberculose. Ces corrélations font que les personnes pauvres sont beaucoup plus sujettes à la TB.

## F. Comment reconnaître la TB ?

Les poumons étant en général touchés, on va souvent trouver un ou plusieurs de ces signes :

- La toux, en général avec flegme ——— depuis plus de trois semaines
- Une douleur thoracique ——— depuis plus de trois semaines
- Un saignement venant de la toux/flegme

En fait, la tuberculose étant courante en Inde, tout épisode de toux avec saignement doit faire l'objet d'une recherche de tuberculose même s'il existe d'autres causes de ce symptôme.

Pour tout organe, la tuberculose se reconnaît à deux indicateurs importants :

(a) Une faible fièvre apparaissant le soir depuis plus de trois semaines

(b) Une perte de poids représentant plus de 10% du poids corporel en trois semaines.

Outre ces symptômes, il existe d'autres signes qui dépendent de l'organe touché. Selon l'organe touché, les autres symptômes, en plus des symptômes A et B, peuvent être :

De petits gonflements indolores dans le cou, avec ou sans plaie purulente – tuberculose ganglionnaire

Gonflements de la colonne vertébrale, notamment dans le dos, avec une bosse – tuberculose de la colonne vertébrale

Forte douleur avec difficulté de mouvement d'au moins une grosse articulation comme la hanche ou le genou, avec une forte raideur le matin – tuberculose articulaire

Douleur dans le bas de l'abdomen chez des femmes qui n'arrivent pas à avoir un enfant – tuberculose génitale

Blessure persistante rouge et déchirée de la peau – tuberculose cutanée

Chez les enfants, une fièvre avec une raideur du cou (ou avec un cou et des yeux déviés) voire parfois des pertes de conscience peuvent être des signes de tuberculose des membranes cérébrales appelées les méninges. La TB peut aussi causer une cécité (TB oculaire), le passage indolore de sang dans les urines (tuberculose rénale), etc. Comme on l'a dit, à peu près tous les organes peuvent être touchés par la tuberculose.

### G. Comment confirmer le diagnostic de TB ?

La plupart des gens savent qu'une radio du thorax peut aider au diagnostic de la TB, mais elle ne permet pas au médecin traitant de faire clairement la différence entre un cas traité et un cas non traité.

Le frottis d'expectoration est le test le plus important et le plus concluant pour le diagnostic de la TB. Il est essentiel qu'une recherche des bacilles de la TB soit faite dans le frottis d'expectoration du patient avant de commencer un traitement pour une tuberculose pulmonaire. Tant qu'un frottis d'expectoration nocturne (le frottis produit par la première toux le matin) et au moins un frottis réalisé sur place n'ont pas été déclarés positifs, on ne peut pas déclarer le frottis d'expectoration du patient positif.

Si le frottis se révèle positif, il est urgent de mettre le patient sous traitement anti-tuberculeux. Les personnes dont le frottis d'expectoration est positif produisent des bacilles tuberculeux dans les gouttelettes qu'elles expectorent en toussant, et les personnes vivant dans leur environnement risquent de respirer ces bacilles et d'être contaminées. Chaque personne dont le frottis d'expectoration est positif peut contaminer environ dix personnes par jour ; il est donc considéré comme nécessaire de traiter ces patients de toute urgence.

Mais si les symptômes décrits précédemment sont présents et que la radio montre que les poumons sont touchés, le médecin peut de son propre jugement faire un diagnostic de tuberculose même si le frottis d'expectoration se révèle négatif pour les bacilles de la TB. Des radios des os et de la colonne vertébrale, un examen des urines de 24 heures concentrées/centrifugées, une biopsie et un examen des fluides extraits de la moelle épinière peuvent aussi révéler le diagnostic de tuberculose de divers organes. Le test le plus définitif est un cliché histopathologique des tubercules dans lequel un prélèvement de l'organe touché est examiné au microscope.

La recherche de la vitesse de sédimentation globulaire n'est pas nécessaire pour le diagnostic de la tuberculose. Une ou deux radios du thorax suffisent en général pendant toute la durée du traitement. On n'a absolument pas besoin de radios mensuelles.

Les médecins doivent évaluer chaque cas avec précaution avant de décider de commencer un traitement antituberculeux avec des patients dont les radios suggèrent une TB pulmonaire alors que plusieurs frottis d'expectoration se sont révélés négatifs pour le bacille de la TB.

Tout patient présentant	Une fièvre Une douleur au thorax Une toux Du sang dans le frottis d'expectoration Une perte de poids	Depuis plus de trois semaines
Doit faire une recherche du bacille de la tuberculose dans un frottis d'expectoration et une radio du thorax pour exclure un cas de TB pulmonaire		

#### H. Quel est le schéma thérapeutique normalisé de la tuberculose ?

Le traitement de la tuberculose a pour but de détruire tous les bacilles de la TB présents dans le corps. Beaucoup de ces bacilles développent une résistance à un antibiotique lorsqu'il est administré seul. On doit donc prescrire deux antibiotiques capables de détruire les bacilles de la tuberculose. En fait, la plupart des schémas thérapeutiques modernes combinent d'emblée quatre ou cinq de ces médicaments afin de faire reculer rapidement la charge bactérienne, d'améliorer l'état de santé du patient, de diminuer ses chances de propager la maladie et de minimiser les chances de développement de résistances par le bacille.

Mais on n'a aucun moyen certain de savoir que 100 pour cent des bacilles tuberculeux ont été détruits. Pour cette raison, des essais à long terme de combinaisons précises de certains médicaments sont menés. La durée minimale de prise du traitement au terme de laquelle au moins 95% de tous les patients à qui on a prescrit le traitement ne font pas de rechute est acceptée comme schéma thérapeutique normalisé pour la TB.

Evidemment, différentes combinaisons médicamenteuses à des dosages différents donnent des schémas différents. C'est pourquoi, pour éviter toute confusion, l'OMS et le gouvernement indien approuvent certains schémas thérapeutiques normalisés et les mieux adaptés aux besoins de la communauté.

En Inde, selon que le patient risque ou non de contaminer d'autres personnes, c'est-à-dire selon que son frottis d'expectoration est positif ou négatif, certains schémas thérapeutiques sont approuvés et doivent être adoptés par tous les praticiens. Outre ces chimiothérapies de courte durée et les schémas thérapeutiques standards, nous avons également quelques nouveaux traitements de type DOTS (traitements de brève durée sous surveillance directe) approuvés dans certains districts.

Le traitement ne doit être entamé que si des bacilles acido-résistants ont été retrouvés par microscopie dans des échantillons d'expectoration. Le statut du frottis est suivi tous les deux ou trois mois en fonction du schéma thérapeutique. Cet examen, ainsi que le suivi des symptômes du patient et les examens cliniques, sont les indicateurs essentiels pour le suivi de l'évolution du traitement.

**Note :** La lecture des radiographies comporte une forte marge d'erreur, et les radios ne sont considérées comme nécessaires que pour les patients qui présentent les symptômes de la TB mais dont les frottis d'expectoration restent négatifs. La radio fait également apparaître des lésions tuberculeuses anciennes, et c'est pourquoi de nombreux patient en Inde sont obligés de suivre des traitements antituberculeux superflus, longs et répétés.

Les membres de la famille d'une personne dont le frottis s'est révélé positif doivent aussi faire une recherche.

#### I. Où trouve-t-on le traitement de la TB ?

Si on vous a diagnostiqué une tuberculose, vous pouvez obtenir un traitement gratuit auprès du Centre de tuberculose du district, qui est en général rattaché à la Direction du district. Les recherches préliminaires peuvent être faites au centre de soins primaires le plus proche.

La majorité des patients vont consulter des praticiens privés, dont la plupart sont susceptibles de donner des schémas thérapeutiques antituberculeux non normalisés. Les patients doivent donc aller consulter le Centre de tuberculose de district le plus proche si leur médecin a diagnostiqué une TB ou si on leur donne quelque chose comme « une gélule rouge à prendre tôt le matin et qui va colorer les urines en rouge » pour de longues périodes (car de nombreux docteurs ne révèlent pas leur diagnostic à leur patient).

#### J. Quels sont les médicaments importants contre la TB et quelles sont leurs spécialités ?

La liste des médicaments contre la TB est la suivante

Isoniazide (INH) Rifampicine Streptomycine injectable Pyrazinamide Ethambutol Thioacétazone	Médicaments antituberculeux selon le Programme national de contrôle de la TB
--	--

Et

Ethionamide Kanamycine Ciprofloxacine Cycliserine Acide p-aminosalicylique	Autres médicaments utilisés contre la TB
--	--

**Note :** Bien que l'acide p-aminosalicylique soit considéré comme obsolète, en l'absence d'accès à des médicaments antituberculeux coûteux et face à l'émergence d'une résistance médicamenteuse, l'acide p-aminosalicylique a un rôle limité.

De plus, on peut également utiliser des comprimés de vitamine B6 (à 10 mg) pour les patients sous INH en fonction de leur état de santé et de leurs besoins.

L'efficacité de tous les médicaments contre la TB est maximale s'ils sont pris à jeun le matin. Mais certains patients ressentent de fortes douleurs, ont des vomissements ou des maux d'estomac à cause de ces médicaments. Dans ce cas, ils doivent être pris une heure après la prise de nourriture.

**Isoniazide** : c'est l'épine dorsale du traitement de la TB. Ce médicament tue tous les types de bacilles tuberculeux et fait partie de tous les schémas thérapeutiques pour le traitement de la TB. De fortes doses pendant une durée prolongée peuvent avoir des effets indésirables sur le foie et causer des fourmillements et un engourdissement des membres.

**Rifampicine** : le dernier médicament efficace pour le traitement de la TB. Il est le plus puissant et a permis de raccourcir la durée du traitement. Il est considéré comme essentiel dans tous les schémas thérapeutiques de brève durée. Il colore les urines, la sueur, etc. en orange/rouge et peut aussi avoir des effets indésirables sur le foie en causant une jaunisse. Souvent il entraîne aussi des douleurs/vomissements et des douleurs gastriques, et chez les patients présentant ces effets, il peut être administré une heure après le petit-déjeuner.

**Pyrazinamide** : C'est un autre médicament puissant contre la TB, donné seulement dans les phases intensives des traitements de brève durée car il a des effets nocifs sur le foie s'il est pris de façon prolongée. L'effet indésirable le plus courant est une douleur des articulations, notamment des épaules.

**Streptomycine** : c'est un médicament injectable, efficace mais dont l'utilisation est limitée car elle demande au patient de rester à proximité de structures où il va recevoir les injections pendant toute la durée du traitement. Il peut entraîner des problèmes d'audition et d'équilibre. Son utilisation doit être limitée aux cas de TB car il est l'un des seuls médicaments qui peut rapidement toucher le bacille tuberculeux et peut aussi être administré aux patients atteints de jaunisse ou ayant des troubles hépatiques. Il ne peut pas être donné aux femmes enceintes car il cause des atteintes aux systèmes auditif et d'équilibration du fœtus.

**Ethambutanol** : Troubles visuels, baisse de l'acuité visuelle et daltonisme chez certains patients sont des effets connus de ce médicament pris sur de longues périodes. On évite donc de l'administrer aux enfants.

**Thioacétazone** : C'est actuellement le médicament le moins cher de l'arsenal thérapeutique contre la TB, il est abordable pour les pays en développement. Il a tendance à provoquer une pigmentation cutanée. Il présente une probabilité accrue de réactions graves chez les personnes séropositives au VIH et est donc de moins en moins prescrit en première intention.

Les médicaments de deuxième intention portent ce qualificatif car :

- Ils ne sont pas très efficaces
- Ils risquent plus souvent d'entraîner des réactions graves.

Il est essentiel de n'entamer les traitements avec les médicaments de deuxième intention que lorsque la résistance aux médicaments de première intention a été établie. Ces médicaments doivent eux aussi être combinés, mais pour de très longues durées.

#### K. En quoi les DOTS sont-ils différents des schémas thérapeutiques normalisés et des chimiothérapies de brève durée ?

DOTS est l'acronyme de Directly Observed Treatment Short course (traitement de brève durée sous surveillance directe), traitement présenté comme le meilleur pour garantir que les patients prennent régulièrement leurs médicaments. Cette surveillance est nécessaire parce que les médicaments des traitements de brève durée sont coûteux et que leur prise irrégulière peut aussi faire naître des résistances aux médicaments, lesquelles peuvent se propager dans la communauté.

Cette méthode propose de confier tout le traitement à la responsabilité d'un-e professionnel-le de la santé (ou un anganwadi) qui s'assure de la prise régulière des médicaments par une observation personnelle. En Inde, les districts couverts par le Programme révisé de lutte contre la tuberculose ont adopté l'approche DOTS. Les médicaments sont donnés trois fois par semaine.

Dans le schéma thérapeutique des DOTS, les patients sont divisés en catégories

Catégorie	Définition de cas	Phase de traitement	
		Initiale	Poursuite
I	Nouveau frottis TBP positif Nouvelle TBP sévère avec frottis négatif Nouvelle TB extrapulmonaire	2 EHRZ ou SHRZ trois fois par semaine	4 RH trois fois par semaine ou 6 EH par jour
II	Rechute avec frottis positif ; échec thérapeutique ; traitement faisant suite à une interruption	2 EHRZS/1 EHRZ trois fois par semaine	5 EHR trois fois par semaine
III	Nouvelle TBP avec frottis négatif Nouvelle TB extrapulmonaire	2 HRZ trois fois par semaine	4 HR trois fois par semaine ou 6 EH par jour
IV	Frottis chroniquement positif	Médicaments de deuxième intention auprès de centres spécialisé	



TBP : tuberculose pulmonaire ; E – éthambutanol ; H – isoniazide ; R – rifampicine ; Z – pyrazinamide ; S – streptomycine

Les chiffres précédant les schémas thérapeutiques indiquent le nombre de mois de traitement

Il a été démontré que les DOTS avaient de forts taux de réussite thérapeutique et représentaient des dépenses rentables pour quelques pays.

Le coût approximatif d'un schéma thérapeutique de catégorie I complet est de 1 000 roupies.

Les schémas thérapeutiques normalisés comprennent deux types de schémas thérapeutiques. Les patients gravement malades et dont le frottis d'expectoration est positif reçoivent une injection quotidienne de streptomycine ainsi que de l'isoniazide et de la thioacétazone pendant les deux premiers mois de traitement, avec une poursuite de l'isoniazide et de la thioacétazone pendant encore dix mois. Pour les patients dont le frottis est négatif ou qui ont des tuberculoses extrapulmonaires et qui ne sont pas gravement atteints, on prescrit de l'isoniazide et de la thioacétazone en auto-administration pendant douze mois. Le coût approximatif de ce schéma thérapeutique est de 200 roupies.

La chimiothérapie de courte durée (SCC) comporte aussi deux schémas thérapeutiques – le premier pour les patients à frottis positif et pour ceux qui sont gravement malades, et le second pour les reprises de traitement. Le premier schéma thérapeutique consiste en prises quotidiennes d'éthambutol, d'isoniazide, de rifampicine et de thioacétazone pendant 2 mois, suivies de prises d'isoniazide et de thioacétazone pendant 6 mois. Le second schéma thérapeutique consiste en prises quotidiennes de streptomycine, d'isoniazide, de rifampicine et de pyrazinamide pendant 2 mois, suivie de prises de streptomycine, d'isoniazide et de rifampicine deux fois par semaine ; mais le second schéma thérapeutique est placé sous la supervision stricte du centre afin de cibler spécifiquement les cas de reprises de traitement. Le premier schéma thérapeutique coûte approximativement 700 roupies.

#### L. Existe-t-il des traitements dans les systèmes de médecines alternatives ?

Il n'existe pas de comparaisons scientifiques des traitements préconisés par les différents systèmes de médecine. Compte tenu des progrès de la médecine moderne dans le traitement de la tuberculose, on ne doit conseiller le système de médicaments traditionnels qu'aux personnes qui ont de sérieuses réserves à l'encontre du système moderne.

On peut toutefois les prendre parallèlement aux médicaments allopathiques s'il n'y a pas de risque d'interférence.

### M. Comment un-e patient-e sait-il qu'il est guéri ? Quand arrêter le traitement ?

La plupart des patients se sentent mieux quelques semaines après avoir commencé le traitement. La fièvre tombe, l'appétit revient et il-elle commence à reprendre du poids.

En fonction de la longueur de la maladie, même la toux commence à disparaître.

Le frottis d'expectoration, s'il a été positif au bacille tuberculeux, peut devenir négatif au terme de deux ou trois mois en fonction du type de médicaments prescrits.

Mais le-la patient-e doit continuer à prendre son traitement jusqu'à ce que son docteur lui dise de l'arrêter. Même si en général la radio montre un recul de la tuberculose et moins de taches sur les poumons lorsque le traitement commence à faire son effet, il arrive qu'elle ne montre aucune amélioration bien que le patient se sente mieux et qu'il soit complètement guéri. Comme on l'a dit, un suivi complet des schémas thérapeutiques corrects et approuvés donne 95% de chances de guérison de la TB, et c'est le meilleur indicateur de guérison.

### N. Y a-t-il des risques de rechute après avoir suivi un traitement anti-tuberculeux complet conformément aux indications du médecin ?

Comme on l'a expliqué, la plupart des schémas thérapeutiques ont été élaborés de façon à garantir que dans la période prescrite au moins 95% des patients ne fassent pas de rechute. On a donc moins de 5% de risques de faire une rechute après avoir suivi un schéma thérapeutique tel qu'il a été prescrit. Mais la majorité de ces rechutes aurait lieu quelques mois ou au plus un an après l'arrêt du traitement ; et la plupart réagiront toujours aux mêmes médicaments s'ils ont été pris régulièrement.

### O. Quels sont les indicateurs d'une rechute ?

Une fois que l'on a pris le traitement complet et que l'on a été déclaré guéri, si les symptômes de TB réapparaissent, par exemple une faible fièvre, une perte de poids, une toux et une perte d'appétit, symptômes qui durent depuis plus de trois semaines, avec/ou un crachat d'expectoration qui contient du sang, on doit éliminer la rechute de TB en faisant un examen médical complet, avec un frottis d'expectoration et/ou une radio.

Beaucoup de nos patients dans les régions rurales ne reçoivent un traitement contre la tuberculose que très tardivement, et donc leurs poumons restent atteints bien que la TB soit guérie. Ces atteintes les prédisposent à des infections respiratoires aiguës qui sont longues à soigner et que l'on confond souvent avec une rechute. Ces infections peuvent aussi causer des saignements lors de la toux/dans le flegme. Le médecin traitant ne doit

arriver à un diagnostic de rechute que si le frottis d'expectoration est de nouveau positif à la tuberculose ou si la radio des poumons montre de nouvelles lésions de tuberculose.

Un traitement contre la TB incomplet est plus mauvais que pas de traitement du tout.

#### **P. Comment traiter les rechutes ?**

Les rechutes doivent être traitées conformément aux schémas thérapeutiques recommandés par le Programme national anti-tuberculeux. On conseille de faire des cultures d'échantillons d'expectoration et des tests de sensibilité avant d'administrer des médicaments pour qu'en cas de problème de résistance on n'ait pas perdu un temps précieux en attendant 6 à 8 semaines pour les résultats de ces tests.

La majorité des patients qui font une rechute restent sensibles aux médicaments qu'ils ont déjà pris. On ne doit pas toujours penser qu'une rechute signifie le développement d'une résistance aux médicaments qui ont été pris.

#### **Q. Que doit-on manger pendant le traitement ?**

Le patient qui prend un traitement contre la TB n'a vraiment besoin que d'un régime équilibré. Tout ce que le patient souhaite manger, en quantités modérées, est bon. Une fois que le patient a retrouvé l'appétit, on doit l'encourager à manger des légumes secs tels que les lentilles, de la graine de soja (ou des œufs/du poisson et de la viande pour les non végétariens), avec un régime riche en calories de riz/chappatis et du beurre clarifié/beurre/huile pour récupérer les nutriments qui lui manquent. La plupart des patients atteints de TB ayant un appétit très faible, il faut accommoder les mets de façons diverses et intéressantes, et en fonction des goûts/choix du patient pour garantir une meilleure nutrition.

#### **R. Faut-il respecter des restrictions pendant le traitement ?**

Le patient ne doit pas cracher n'importe où ou tousser sans se couvrir la bouche.

Le tabagisme ne peut que nuire encore plus à des poumons déjà atteints et doit être strictement exclu pendant le traitement, et même de préférence après le traitement.

L'alcool risque de faire empirer les carences nutritionnelles et de nuire à l'efficacité des médicaments sur l'organisme. Il risque aussi d'aggraver les effets nocifs pour le foie de certains médicaments. Le mieux est donc d'éviter d'en consommer pendant le traitement.

Une fois que le-la patient-e est sur la voie de la guérison, il-elle peut reprendre le travail. Les patients ayant un frottis d'expectoration positif doivent

plutôt rester chez eux jusqu'à ce que leur frottis soit négatif car ils risquent d'exposer leurs collègues à la contagion.

On doit expliquer et apprendre au patient comment faire des exercices de respiration, des inhalations, le Pranayama, etc., qui seront d'une aide immense surtout pour l'aider à expectorer le flegme et lors de la phase de guérison. Les autres exercices physiques sont autorisés avec modération.

On doit poursuivre l'allaitement au sein des nourrissons quel que soit le statut de la mère en matière de bacille tuberculeux et avec les précautions usuelles. Si son frottis d'expectoration est positif, on doit donner de l'isozianide en prophylaxie au bébé pendant trois mois.

#### S. Comment le-la patient-e peut-il participer à son traitement ?

La meilleure chose que peut faire le-la patient-e pendant le traitement est d'être positif et optimiste quant aux chances de guérison. Il est aussi très important qu'il-elle collabore avec son médecin en lui faisant part de ses plaintes, de ses inquiétudes et de ses progrès.

Le-la patient-e doit être en accord avec les principes du traitement et le poursuivre conformément aux recommandations de son médecin traitant.

Il-elle doit bien manger, faire autant d'exercice que possible, ne pas fumer ni boire d'alcool. Il-elle doit également se débarrasser de son flegme en l'enterrant profondément ou en le faisant brûler directement dans un feu. Tant que son frottis d'expectoration est positif, il-elle ne doit tousser qu'avec un mouchoir devant la bouche, et il-elle doit bien aérer sa chambre en laissant les portes et les fenêtres ouvertes.

#### T. Comment la famille et les amis peuvent-ils aider ?

La famille et les amis doivent aider le-la patient-e à être positif, à prendre son traitement et à surveiller les membres de sa famille qui ont le plus de risque de développer une tuberculose dans les un ou deux ans à venir.

#### U. Qu'est-ce que la MDR TB ?

MDR TB est l'acronyme de Multi Drug Resistant Tuberculosis, tuberculose à bacille multirésistant, ce qui signifie que le bacille de la tuberculose est devenu résistant à plus d'un des médicaments actuellement utilisés.

Comme tous les antibiotiques, les médicaments contre la TB arrivent à tuer les bacilles les plus faibles dans les premières semaines. Les bacilles plus forts demandent des traitements plus longs. Si le traitement est interrompu, les variétés de bacilles les plus fortes survivent et de nouvelles générations de ces bacilles se développent, qui sont plus difficiles à traiter. Les cas de prise irrégulière du traitement sont encore pires car les bacilles identifient les médicaments en faibles quantités et arrivent à développer une résistance contre ces médicaments, laquelle est transférée aux généra-

tions suivantes. Cette dernière variété est appelée tuberculose à bacille multirésistant.

Peu à peu, l'incidence de la TB due aux bacilles multirésistants augmente à une vitesse alarmante, et ce développement est important car on n'a pas fait de nouvelle avancée marquante dans la recherche des médicaments depuis la découverte de la rifampicine dans les années 1950.

La TB est très liée à la pauvreté, et la majorité des schémas thérapeutiques actuels est déjà hors de portée de la plupart des patients atteints de TB dans les pays en développement. Le problème de la tuberculose à bacille multirésistant rend la situation encore plus grave car chaque patient qui en est atteint augmente les risques de contamination des autres patients par ce bacille. On sait aussi que, parce que le coût des médicaments est plus lourd, des patients suivent des traitements incomplets et irréguliers, ce qui augmente les risques de développement des souches multirésistantes.

#### V. Qu'est-ce que le BCG et le test de Mantoux ?

BCG veut dire Bacille de Calmette et Guérin, et c'est un vaccin administré en doses de 0,1 ml sous la peau de l'épaule gauche pour permettre le développement d'une immunité contre la tuberculose. Il doit être fait aux bébés dès que possible.

Le BCG est très efficace pour la prévention des formes dangereuses de tuberculose de l'enfant. Mais les études ont montré qu'il est très peu efficace contre les formes de tuberculoses adultes. Le test de Mantoux est un test cutané dans lequel une protéine dérivée de la tuberculine est injectée dans l'avant-bras pour vérifier si la personne a été récemment contaminée par le bacille de la tuberculose. On vérifie la réaction après 48 heures, et si un gonflement (avec rougeur) de plus de 10 mm est apparu autour de l'injection, on considère que le test est positif. On doit le considérer comme un autre outil de diagnostic lorsque celui-ci est encore incertain même après le frottis d'expectoration et la radio thoracique.



## Module 5 : Systèmes de santé







# MODULE 5

## Présentation du module

### Ce que les participant-e-s vont retirer du module

#### Systemes de santé

#### Les participant-e-s vont :

- Comprendre l'environnement macroéconomique dans lequel se trouvent les systèmes de santé
- Commencer à observer les questions liées aux services de santé par un prisme de genre
- Développer les compétences permettant d'élaborer des projets de santé qui prennent en compte le genre et les droits.

### Base conceptuelle du module

#### Les deux dimensions des systèmes de santé sont en interrelation

Schématiquement, on peut dire que les experts des systèmes de santé s'occupent de deux dimensions des systèmes : l'environnement dans lequel les services de santé sont délivrés et le fonctionnement du système du point de vue de l'offre de services. Ces deux dimensions sont interconnectées.

#### L'environnement

Les éléments de l'environnement dans lequel les services sont produits sont : la collecte des ressources ; la distribution de ces ressources entre les niveaux de soins primaire, secondaire et tertiaire, et entre les régions rurales et urbaines ; les entités prestataires de services (mixité public-privé) ; la politique de participation communautaire ; et l'utilisation ou non du modèle basé sur le district dans l'organisation du service de santé.

Une partie de l'environnement dans lequel se développent les systèmes de santé relève de l'environnement macro-économique qui détermine souvent ce qu'il est possible de faire au niveau national. L'environnement macro-économique dans lequel les services de santé se développent actuellement place les décideurs des politiques de santé et les responsables de programmes face à des demandes contradictoires. D'un côté le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement appelle à une diversification des services de façon à refléter l'approche par le cycle de vie de la santé en matière de reproduction et à une offre complète de services de santé

en matière de reproduction au sein des soins de santé primaire. Mais d'autre part, ces changements sont censés se produire sans ressources supplémentaires et, en fait, dans un contexte de coupes dans les dépenses publiques.

### Offre de services

Mais les contraintes de ressources dans le secteur de la santé ne sont pas la seule caractéristique des tendances actuelles. Dans certains pays dont les ressources sont limitées, l'état de santé de la population est meilleur que dans des pays plus riches. Cela s'explique notamment par l'efficacité de fonctionnement du système de santé en terme d'offre de services (la seconde dimension des systèmes de santé mentionnée précédemment).

Le fonctionnement du système de santé en terme d'offre de services désigne le fonctionnement des services au moment de la prestation du service et le fonctionnement des activités qui viennent en appui du service lui-même – l'approvisionnement en médicaments, la gestion des ressources humaines, la formation et la supervision.

### Le module porte sur le niveau micro

Ce module traite des questions d'organisation de l'offre de services au niveau micro. Il ne traite pas des questions du niveau macro liées au financement de la santé et à la distribution des ressources au niveau sectoriel, à la planification du personnel, aux législations de régulation des coûts et aux standards nationaux d'offre de services.

Le module commence par donner une vue générale de l'environnement macro-économique et met en perspective les notions liées aux contraintes de ressources. **La première session décrit et discute les diverses formes actuelles de réformes de santé et les effets potentiellement différents qu'elles peuvent avoir pour les hommes et pour les femmes.**

### L'approche par les systèmes de santé

**Les Sessions 2 et 3 étudient ce que, dans la réalité actuelle, un décideur politique (homme ou femme), un professionnel de la santé, un responsable de service de santé ou un donateur peuvent faire pour améliorer l'efficacité et l'accueil des usagers/ usagères dans les services, et pour que ces services offrent un meilleur environnement de travail au personnel.**

Pour étudier les services de santé en matière de reproduction, ces deux sessions utilisent une approche par les systèmes de santé. Elles partent de la prémisse que l'offre d'une qualité raisonnable de service et qui réponde aux besoins de la population demande, quel que soit le programme de santé particulier dont on s'occupe, des actions similaires, sinon identiques. Par exemple, pour mettre en place une offre de services de contraception, il est nécessaire qu'existent un système de commandes de médicaments, un système de transport, un système financier et un

système de suivi. La clinique doit être dotée de personnel, celui-ci doit être formé, il faut mettre en place un réseau de cliniques adapté, ainsi que des services d'information pour le public, etc. Ces systèmes doivent pouvoir fonctionner correctement, que l'on soit en train de développer un programme sur le VIH/SIDA ou un programme de planification familiale, des services prénatals et obstétricaux ou des projets pour l'identification, le traitement et la gestion des maladies contagieuses, de la TB à la typhoïde. Pour mettre en application le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, il faut un système d'offre de soins qui fonctionne.

**La deuxième Session de ce module – « Développement d'un cadre sur le système d'offre de soins de santé » – étudie les éléments génériques du bon fonctionnement d'un système d'offre de soins**, qui sont d'ailleurs essentiellement les mêmes que ceux considérés comme importants pour la qualité des soins. **Cette session définit les éléments nécessaires à l'offre de services de santé.** Elle explore les scénarios quotidiens dans lesquels les utilisateurs rencontrent les services de santé. Nous montrons les effets du mauvais fonctionnement du système d'offre de soins pour les usagers/usagères et le personnel. De plus, cette session commence à explorer le rôle et les fonctions du personnel des services de santé dans le bon fonctionnement du système d'offre de services. Le caractère central d'une bonne gestion pour une bonne prestation de soins est souligné.

**Dans les Sessions 3 et 4, nous prolongeons ce cadre en y intégrant la perspective relative au genre et aux droits et demandons aux participant-e-s de faire une analyse des différents services existant au sein d'une structure de santé réelle et dans la planification des programmes de santé.**

### Le prisme de genre

Chaque session étudie le système d'offre de soins à travers un prisme de genre, essentiellement par les questions que pose l'animateur-trice sur la base de données et de scénarios.

Les normes de genre déterminent souvent l'accès des femmes aux services. Par exemple, l'accès et le contrôle qu'une femme aura sur l'argent vont déterminer si elle peut ou non payer le transport pour rejoindre les services de santé et les frais de santé. Les normes de genre vont également déterminer qui vient et qui ne vient pas dans les services de santé. Par exemple, s'il est accepté que les soins aux enfants relèvent de la responsabilité des femmes, alors ce sont elles qui vont amener les enfants dans les services de santé pédiatriques. Si ces services sont mal gérés, les femmes vont attendre longtemps, ce qui va ajouter encore à leurs contraintes de temps. Nous allons donc attirer l'attention

des participant-e-s sur les façons par lesquelles les normes de genre désavantagent les femmes plus que les hommes, et nous défendons l'idée qu'en améliorant l'efficacité de l'offre de soins on soulage les femmes d'une charge supplémentaire.

### Correction des inégalités

La **Session 4** va plus loin et étudie comment les systèmes d'offre de soin peuvent non seulement reconnaître et tenir compte des inégalités entre les sexes mais aussi contribuer à les corriger. Nous affirmons que les systèmes d'offre de soins peuvent promouvoir les droits et l'autonomie des femmes en matière de reproduction, par exemple en ne demandant pas l'accord des hommes pour la délivrance à une femme d'un moyen de contraception ou de services d'avortement. Les systèmes d'offre de soins peuvent promouvoir une responsabilité conjointe des femmes et des hommes pour les questions de santé en matière de sexualité et de reproduction, par exemple en organisant des services et une éducation basés sur le principe que les hommes comme les femmes sont responsables de l'éducation des enfants, de la contraception et de relations sexuelles protégées.

### Inégalités institutionnelles

Le système d'offre de soins en tant qu'institution sociale reflète aussi et renforce les inégalités dans les relations entre les sexes. Par exemple, les femmes sont souvent sur-représentées dans la profession d'infirmière ou dans les cliniques rurales retirées, alors que les hommes sont majoritaires dans les postes décisionnaires. Ce module souligne aussi les effets de cette répartition des postes sur le fonctionnement des services de santé.

La **session 5** permet une synthèse de ce qui a été présenté et étudié tout au long du module.

## Organisation du module

		Objectifs Les participants vont :	Type d'activité	Durée : 8 heures et 50 mins
Session d'introduction	Présentation du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se familiariser avec les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Session de présentation	10 minutes
SESSION <b>1</b>	Le contexte macro : les systèmes de santé après la transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître le contexte historique et les composantes de la réforme du secteur de santé</li> <li>Comprendre les effets des évolutions des systèmes de santé sur la promotion sociale et de l'égalité des sexes</li> </ul>	Présentation interactive	1 heure
SESSION <b>2</b>	Développement d'un cadre relatif au système d'offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaître les diverses composantes du bon fonctionnement d'un système d'offre de soins</li> <li>Comprendre que ces éléments génériques doivent être en place et fonctionner pour qu'un projet de santé soit efficace</li> <li>Apprendre le rôle des responsables dans le bon fonctionnement de ces éléments</li> <li>Commencer à observer les questions relatives à l'offre de services de santé à travers un prisme de genre</li> </ul>	Jeux de rôles  Discussion de l'ensemble du groupe	3 heures
SESSION <b>3</b>	Application d'une approche liée au genre et aux droits dans le fonctionnement d'un centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apprendre à observer et analyser divers éléments d'une structure de santé à travers un prisme lié au genre et aux droits</li> <li>Comprendre quels sont les éléments à intégrer pour qu'une structure de santé tienne compte des questions liées au genre et aux droit</li> </ul>	Visite d'un centre de santé Rapport écrit  Discussion de l'ensemble du groupe	2 heures comprenant le temps de rédaction du rapport (en classe ou en dehors)  1 heure
SESSION <b>4</b>	Intégration des dimensions sociale et de genre dans la planification des programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Savoir analyser un problème de santé de la reproduction et en trouver les causes</li> <li>Développer les compétences pour mettre au point des projets visant à résoudre ces problèmes des systèmes de santé</li> <li>Utiliser les outils de genre pour une meilleure prise en compte du genre et une équité de genre dans ces projets</li> </ul>	Exercice en sous-groupes  Discussion de l'ensemble du groupe	45 minutes  45 minutes
SESSION <b>5</b>	Synthèse du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une vision globale des outils et concepts présentés dans le module et de leurs liens avec le module suivant</li> </ul>	Présentation	10 minutes

## Introduction au module Systèmes de santé

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Les participant-e-s connaîtront la structure, le contenu et les objectifs du module Systèmes de santé.

**[Durée] 10 minutes**

### Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.



Présentez la session à l'aide de diapositives inspirées de la Présentation du module :

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Systèmes de santé »
- « Structure du module Systèmes de santé »
- « Organisation du module ».

Expliquez que, des deux dimensions en interrelation dans les systèmes de santé – l'environnement dans lequel se développe l'offre de service et le fonctionnement du système de santé en terme d'offre de services –, le module va porter, pour l'essentiel, sur la seconde.

Soulignez le fait que chacun des modules précédents a successivement apporté les concepts, les compétences et les informations nécessaires à l'application de ce module. Le module Systèmes de santé va traiter de questions de terrain dans le but de faciliter des évolutions positives dans l'offre de soins.

## Le contexte macro : les réformes du secteur de la santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Connaître le contexte historique et les composantes de la réforme du secteur de la santé
- Comprendre les effets des évolutions du système de santé sur l'équité de genre et sociale

[durée] 1 heure

### Matériel

- Document : « Réforme du secteur de la santé : contexte, composantes et effets de genre ».

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Reproductive Health Matters. 2002. Special issue on Health Sector Reforms. *Reproductive Health Matters* 10(20).
2. Murthy Ranjani K, de Pinoho Helen, TK Sundari Ravindran, Mariana Romero. 2004. *Health sector reforms and sexual and reproductive health services : Lessons and research gaps emerging from the initiative for sexual and reproductive rights in health reforms*. Paper presented at the WHO Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health: Developing the Evidence Base. Genève, 30 November–2 December 2004. [[http://www.who.int/reproductive-health/tcc/meeting\\_documents/ranjani\\_murthy\\_et\\_al\\_rev1.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/tcc/meeting_documents/ranjani_murthy_et_al_rev1.pdf)]
3. Standing H. 1997. « Gender and equity in health sector reform programmes: a review ». *Health Policy and Planning* 12(1) : 1-18.
4. Nanda P. 2002. « Examining user fees in health care from a women's health perspective ». *Reproductive Health Matters* 10(20) : 127-134.
5. Soucat A, Gandaho T, Levy-Bruhl D et al. 1997. « Health seeking behaviour and household expenditures in Benin and Guinea : The equity implications of the Bamako Initiative ». *International Journal of Health Planning and Management* 12 (suppl. 1) : 137-163. [<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/61002325/PDFSTART>]

6. Edmond J, Comfort A, Leighton C. 2002. *Maternal health financing Profile: Burkina Faso*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. [[http://www.phrplus.org/Pubs/WP002\\_fin.pdf](http://www.phrplus.org/Pubs/WP002_fin.pdf)]
7. Aitken IW. 1999. *Modalités de réformes du secteur de la santé : la diversité des approches*. Document préparé pour l'Institut de la Banque mondiale. Washington, DC : Banque mondiale (non publié).
8. Krasovec K, Shaw RP. 2000. *Reproductive Health and Health Sector Reform : Linking Outcomes to Action* (Santé de la reproduction et réforme du secteur de la santé : relier les résultats aux actions), pp. 1-15. Washington, DC : Banque mondiale (WBI Working Papers).

## Lecture pour les participant-e-s

---

Remettre les deux documents (1 et 2) ci-dessous aux participant-e-s (à remettre la veille).

## Déroulement de la session

---

Cette session est un exercice de lecture sur les effets de la réforme du secteur de la santé sur les services de santé en matière de sexualité et de reproduction et sur l'égalité des sexes. Cet exercice peut être fait en groupes pour mieux profiter d'un apprentissage par émulation. Les sous-groupes font alors leur rapport devant l'ensemble du groupe sur les points importants, avec des interventions de l'animateur-trice.

## Activité : Les effets en terme de genre de la réforme du secteur de la santé

---



### Etape 1 : Lecture et résumé

Répartissez les participant-e-s en sous-groupes de trois ou quatre personnes. Distribuez les documents à chaque personne.

Les participant-e-s qui auront lu les documents individuellement en résumant les principaux points en groupe. Les points du résumé sont les suivants :

- Les raisons de la réforme du secteur de la santé
- Les composantes de la réforme du secteur de la santé
- Les effets en termes de genre et de droits de ces composantes
- Les effets pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction
- Des exemples pris dans les pays des participant-e-s.



Les groupes ne doivent pas faire une présentation formelle, mais seront invités à répondre à certaines questions lors de la discussion de l'ensemble du groupe.



**Etape 2 : Discussion** Demandez au groupe de parler :

- Des raisons de la réforme du secteur de la santé
- Des composantes de cette réforme
- Des dimensions relatives au genre et aux droits de ces composantes
- Des effets pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction
- D'exemples montrant en quoi les effets d'une réforme particulière du secteur de la santé dans les pays des participant-e-s ont été différents pour les femmes et les hommes, et pour certains groupes de femmes et certains groupes d'hommes.

**Points clés de la discussion**

**L'environnement macro-économique**

Depuis maintenant plus de deux décennies, les forces économiques internationales ont évolué vers une réduction des ressources de secteur de la santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement.

C'est dans le contexte de l'économie globale des années 1980 que les Réformes du secteur de la santé (RSS) sont apparues à partir des années 1990. *L'Agenda for Reform (Programme pour la réforme) et le World Development Report 1993 (Rapport sur le développement dans le monde de 1993)*, deux publications de la Banque mondiale, ont eu une influence déterminante sur la forme des RSS.

Plus précisément, au moins l'une des dimensions suivantes a été introduite dans le secteur de la santé de plusieurs pays en développement (13) :

- Des évolutions des mécanismes de financement aboutissant à un déplacement de l'équilibre entre les parts respectives de l'impôt sur le revenu, des assurances sociales et privées, du paiement par l'utilisateur des services, et de l'aide extérieure ; avec un virage vers une plus grande part du financement privé ;
- Des évolutions dans les mécanismes de définition des priorités entraînant une évolution de l'offre de services dans les secteurs public et privé et une évolution de leur mode de financement ;
- Des évolutions dans les mécanismes d'organisation, en général vers une moindre responsabilité de l'Etat dans l'offre directe de soins et une plus grande responsabilité dans la réglementation du secteur privé ;
- L'expérimentation de divers types de relations entre le public et le privé ;

- Des évolutions concomitantes des mécanismes d'organisation, avec par exemple la décentralisation, la participation communautaire et la responsabilité communautaire, l'intégration des services et des réformes dans les systèmes logistique et d'approvisionnement.

Certaines conséquences négatives des réformes du secteur de la santé risquent d'accentuer les inégalités sociales et de genre, et spécifiquement sur les services de santé sexuelle et de la reproduction.

- Faire un résumé des points élaborés dans le Document 2.

Session développée par TK Sundari Ravindran



Document

## 1

## Introduction aux réformes du système de santé

Document préparé par Dr Bocar Kouyaté, Centre de Recherche en Santé de Nouna (CRSN), Burkina Faso.

Ce texte examine les éléments qui concourent à la définition et à la mise en œuvre de réformes du système de santé dans les pays en développement, en particulier africains, en relation avec la santé de la reproduction.

### Les réformes du secteur de la santé et santé de la reproduction

Les réformes du secteur de la santé ont été promues au cours des années 1980 comme une réponse diversifiée au constat de faible performance du secteur. De nombreux facteurs ont permis de mettre en relief les principales faiblesses du système de santé qui portent à la fois sur le financement traditionnel des soins de santé et sur l'organisation des soins par les pouvoirs publics. Ces facteurs comprennent l'augmentation des coûts, la faiblesse des ressources, le manque de corrélation entre les dépenses et les résultats dans le domaine de la santé, l'aggravation de la situation de santé marquée par l'insuffisance de progrès face aux défis de santé publique, la résurgence d'anciennes infections et l'apparition de nouvelles infections, des changements attendus dans la charge de morbidité causés par un vieillissement des populations et des modifications dans leur style de vie.

Les réformes invitent à des objectifs plus centrés et donc introduisent de nouvelles activités destinées à améliorer les services de santé particulièrement en direction des pauvres. Elles font appel à de nouveaux concepts, tels que la charge de morbidité globale et ses mesures sous forme d'AVCI (année de vie corrigée du facteur invalidité). La réforme met en valeur le rôle respectif des pouvoirs publics et des secteurs non publics dans les soins de santé et la nécessité d'assurer aux pauvres des services essentiels qui réduisent la charge de morbidité par l'intermédiaire de mesures à haut rapport coût-efficacité. En 1994, la CIPD du Caire soulignait la nécessité d'intégrer la santé de la reproduction dans les soins de santé primaires. Ceci implique entre autres que les systèmes de soins de santé doivent tenter de réduire la charge de morbidité en santé de la reproduction en les intégrant dans le système de prestations de services de santé et en dispensant des interventions d'un rapport coût-efficacité acceptable pour améliorer la santé de la reproduction de la population, particulièrement celle des pauvres. Elle implique aussi que la santé de la reproduction fasse partie de l'agenda de réforme du secteur de la santé, bien que cette implication ait été souvent reléguée au second plan.

Traduire sur le terrain l'approche préconisée pour la santé de la reproduction tout en continuant la mise en œuvre des réformes du secteur de la santé constitue pour les cadres de la santé un défi de très grande envergure. Potentiellement, les deux efforts sont complémentaires et se renforcent

mutuellement. En fait, une prestation efficace des services de santé de la reproduction peut être un excellent indicateur du bon fonctionnement de l'ensemble du système de santé. Néanmoins, il y a des domaines où la conception et la mise en œuvre de la réforme de la santé peuvent entrer en conflit avec celles de la santé de la reproduction. Ce conflit peut en partie s'expliquer par la façon dont la prestation de services s'effectuait avant la réforme, ainsi que par la gestion des étapes de transition préparant la réforme et la gestion des services intégrés de santé de la reproduction.

**La réforme du secteur de la santé** implique de reconnaître la nécessité pour les systèmes de santé de refléter les réalités globales auxquelles sont confrontés tant les organisations publiques et privées, que les individus, clients et prestataires, si ces systèmes doivent fonctionner de façon efficace.

Le rôle important du secteur privé dans les soins de santé de la plupart des pays est une de ces réalités. Ce secteur y est, dans une très large mesure, non réglementé, et opère de façon entièrement autonome pour ne pas dire anarchique, sans tenir compte des priorités établies par les pouvoirs publics tant au niveau national qu'au niveau local. Mettre en vigueur une réglementation de ce secteur qui encourage son développement et garantit la qualité des services constitue une importante fonction des pouvoirs publics. Mais il n'y a pas que le secteur privé à réguler. Le secteur public en soi souffre d'une insuffisance voire d'une absence de normes et de prestation, de même que de gestion des services publics de santé.

La faiblesse de la prestation de services assurés par les pouvoirs publics est aussi une réalité. Malgré de bonnes intentions, la qualité de cette prestation est très souvent médiocre, elle ne répond pas aux besoins ou désirs des clients et elle est inefficace. Des changements s'imposent dans la structure, les systèmes et le suivi de la performance pour pouvoir dispenser des services de haute qualité notamment à ceux qui ne peuvent pas payer.

La faible motivation des prestataires de santé, particulièrement dans les services publics, la médiocrité de leurs salaires et l'insuffisance des ressources pour leur travail constituent une troisième réalité. Il faut certainement revoir le système pour mettre en place des mécanismes transparents de gratification du personnel destinés à encourager l'excellence, et pour fournir à tous les agents de santé les instruments et les ressources dont ils ont besoin pour fonctionner efficacement.

La pénurie des ressources en santé, avec pour corollaire des résultats de santé médiocres, constitue une quatrième réalité, particulièrement en Afrique. Plusieurs raisons concourent à cette pénurie, parmi lesquelles la faiblesse de la performance macro-économique, la corruption et les vols, des priorités au niveau politique qui avantagent les couches urbaines et riches par rapport aux pauvres, et surtout une utilisation inefficace des fonds disponibles. Dès lors, un objectif de la réforme du système de santé est d'augmenter le niveau des ressources disponibles pour permettre le

financement d'un paquet minimum de services essentiels accessible à tous. Cet objectif peut s'accomplir par la mobilisation des principaux groupes d'acteurs, par une gestion financière plus efficace et plus transparente, et par un plaidoyer convaincant avec les bailleurs de fonds, les politiciens et d'autres autorités influentes, pour les persuader de revoir leurs priorités au bénéfice de la réduction de la pauvreté.

Pour assurer la réussite dans la conception et la mise en œuvre d'un programme de santé de la reproduction dans un environnement de réformes, il est impératif de mieux comprendre la façon dont nous pouvons aborder ces différentes réalités dans le cadre des efforts destinés à réaliser les objectifs d'une réforme du secteur de la santé. Ces objectifs sont les suivants :

- Améliorer la santé, même dans un environnement où les ressources sont limitées
- Mobiliser des ressources pour améliorer l'état de santé, et assurer une allocation efficace de ces ressources et leur utilisation effective
- Améliorer la qualité et l'orientation sur la clientèle des services de santé tant publics que privés
- Assurer des subventions au bénéfice des pauvres et des groupes vulnérables.

Ces objectifs sont tout à fait cohérents avec les recommandations de l'approche en santé de la reproduction, et renforcent ces recommandations. Cependant, la façon dont la réforme de santé va interagir avec la santé de la reproduction et la manière dont elle va se traduire en pratique au niveau de la prestation de services vont, en grande partie, déterminer si la réforme renforce les objectifs de santé de la reproduction ou si au contraire, elle est en conflit avec eux. A titre d'exemple, l'introduction du paiement à l'acte pour aider à compenser les coûts des services de maternité peut avoir comme effet de diminuer l'utilisation des services dans des domaines de la santé de la reproduction aussi essentiels que les accouchements assistés ou les visites prénatales. De même, la décentralisation, qui peut avoir comme effet très positif de rapprocher les services de la population peut aussi entraîner une réduction de la qualité et de la disponibilité des services si la capacité de gestion aux niveaux périphériques est insuffisante. Dès lors, les chances d'amélioration d'un programme de santé de la reproduction dans le contexte d'une réforme vont dépendre fortement de la capacité des planificateurs et des gestionnaires tant de la réforme que de la santé de la reproduction, de choisir parmi tous les éléments d'une réforme ceux qui sont les plus appropriés à leur environnement et de les utiliser au mieux.

Les principes directeurs d'une réforme du secteur de la santé sont les suivants :

1. **Universalité** : couverture de l'ensemble de la population par un paquet de services essentiels, grâce à la mise au point d'un paquet de bénéfices de base (PBB).
2. **Efficacité** : recouvre les concepts d'efficacité d'allocation et d'efficacité technique. Se définit comme la production d'un maximum de résultats par l'intermédiaire de facteurs ou d'un processus de production au coût minimum. L'efficacité d'allocation se définit au niveau de la programmation et a trait à la répartition optimale des ressources entre des interventions concurrentes, sur la base de l'établissement de priorités. L'efficacité technique a trait au choix des ressources utilisées pour produire au moindre coût un résultat donné.
3. **Équité** : la capacité de rechercher des soins sur la base des besoins et non sur la capacité de paiement. L'équité résulte d'habitude d'une décision politique au niveau du système, et va dépendre des principes d'éthique édictés par les responsables des politiques. Dans le contexte des soins de santé, nous allons nous référer à l'équité dans le financement des services de santé et à l'équité dans l'accès aux soins. Équité et efficacité peuvent entrer en conflit, auquel cas il faudra rechercher des compromis dont la rationalité sera le plus souvent de nature politique.
4. **Qualité** : se réfère à la qualité des soins, définie sur la base de normes, de directives, et de la perception par le client. La qualité devrait aussi s'entendre du point de vue de la fonction de gestion du système de santé.
5. **Durabilité** : c'est la capacité interne de s'auto-entretenir du processus, et ce tant financièrement que politiquement. La durabilité est importante.

Les réformes sont des pratiques visant à rendre réels ces principes directeurs. Ces pratiques, aussi appelées instruments de la réforme de système de santé, sont regroupées en cinq niveaux :

1. Les changements institutionnels
2. Le financement et l'allocation des ressources
3. Les paiements des prestataires, les incitatifs et les motivations
4. La réglementation
5. L'encouragement de comportements plus sains

**Il faut noter qu'il existe des combinaisons possibles entre ces cinq leviers (un autre terme utilisé pour désigner les instruments) de réforme.**

**Il est reconnu qu'il n'y a pas de formule unique de réforme du secteur de la santé. Le processus devra être mis au point sur la base de la situation spécifique de chaque pays, voire district, sur la base de paramètres politiques, financiers, et démographiques, tout en gardant à l'esprit les principes d'efficacité et d'équité.**



Document

## 2

## Réforme du secteur de la santé : contexte, composantes et conséquences pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction

Inspiré de: Ranjani K. Murthy, Helen De Pinho, TK Sundari Ravindran et Mariana Romero. *Health Sector Reforms and sexual and reproductive health services: Lessons and Research Gaps Emerging from the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Reforms*. Communication lors de la « Technical Consultation on Health Sector Reform and Reproductive Health: Developing the Evidence Base », OMS. Genève, 30 novembre–2 décembre 2004.

Compléments inspirés du Chapitre 1 de TK Sundari Ravindran and Helen de Pinho (eds). *Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health*. Johannesburg : Witwatersrand School of Public Health (à paraître) et de Janet Edmond, Alison Comfort and Charlotte Leighton. 2002. *Maternal health financing Profile: Burkina Faso*. Bethesda, MD: Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.

### Contexte

La réforme du secteur de la santé n'est pas un phénomène nouveau. Depuis longtemps les secteurs de la santé de tous les pays connaissent des évolutions et des réformes. Mais le terme de « réforme du secteur de la santé » désigne désormais un certain nombre de prescriptions politiques pour des réformes institutionnelles et financières et en réaction à des coupes dans les ressources provenant des dépenses publiques.

Les premiers appels à une réduction des dépenses du secteur de la santé remontent aux années 1980, à l'ère des Programmes d'ajustement structurel (PAS). Une brusque augmentation des prix du pétrole décidée par les pays de l'OPEP (Organisation des pays exportateurs de pétrole) a entraîné une crise de la balance des paiements dans les pays en développement non producteurs de pétrole. De nombreux pays développés firent également baisser les prix de leur économie pour s'adapter à la hausse des prix du pétrole et réduisirent leurs importations.

Cet enchaînement fit entrer les pays en développement dans une spirale de crise économique. Les prix des marchandises exportées par les pays en développement s'effondrèrent sur les marchés mondiaux, ce qui les obligea à exporter plus pour garder les mêmes revenus de change. Mais la demande aussi avait baissé. Ne pouvant avoir des revenus de change leur permettant de répondre à l'augmentation des prix du pétrole, de nombreux pays en développement durent dévaluer leur monnaie. La dévaluation étant insuffisante, ils durent demander des prêts au Fonds monétaire international (FMI) et à la Banque mondiale. Les conditions posées par le FMI exigeaient une réduction des dépenses publiques qui, pendant cette période, n'étaient pas considérées comme des « investissements », par exemple les dépenses pour le secteur de la santé.



Les pays en développement commencèrent également à contracter des emprunts commerciaux auprès de banques internationales, à des taux d'intérêts élevés. Le service de la dette amputa considérablement les ressources nationales. La dévaluation entraînait aussi une hausse du coût du service de la dette. Il fallait plus de monnaie locale pour rembourser un même montant en monnaie internationale. Des réductions des dépenses publiques devenaient alors nécessaires, et les ressources du secteur de la santé devinrent dès lors très limitées.

En 1993 dans son *World Development Report*, la Banque mondiale parlait essentiellement des « investissements dans la santé » et dessinait une série de principes et de prescriptions garantissant la pertinence économique des investissements des gouvernements dans le secteur de la santé. La dernière génération de réformes du secteur de la santé s'inspire principalement de ces prescriptions qui concernent surtout le financement, la distribution des ressources et la gestion, avec :

- Des évolutions des mécanismes de financement avec un déplacement de l'équilibre entre les parts respectives des impôts sur le revenu, des assurances sociales et privées, le paiement par l'utilisateur des services, et l'aide extérieure ; avec un virage vers une plus grande part du financement privé ;
- Des évolutions dans les mécanismes de définition des priorités, entraînant une évolution de l'offre de services dans les secteurs public et privé et de leur mode de financement ;
- Des évolutions dans les mécanismes d'organisation, en général vers une moindre responsabilité de l'Etat dans l'offre directe de soins et une plus grande responsabilité dans la réglementation du secteur privé ;
- L'expérimentation de divers types d'interaction entre le public et le privé ;
- Des évolutions concomitantes des mécanismes d'organisation, avec par exemple la décentralisation, la participation communautaire et la responsabilité communautaire, l'intégration des services et des réformes dans les systèmes logistique et d'approvisionnement ;
- Les approches sectorielles, créées par les donateurs, et consistant à abandonner le financement de projets précis en faveur du développement de la stratégie globale nationale de santé.

#### Les réformes du secteur de la santé au Burkina Faso

Depuis qu'il est devenu indépendant de la France en 1960, le Burkina Faso est resté l'un des pays les plus pauvres du monde. En 2002, son indicateur de développement humain le classait au 169ème rang sur 173 pays classés. Ce pays a un fort taux de mortalité maternelle de 484 pour 100 000 nais-

sances en vie, un fort taux de fécondité de 6,8 enfants par femme et un faible de taux de prévalence contraceptive qui s'élève à seulement 13,1% (DHS 1998/99).

Les réformes dans le domaine de la santé remontent à 1988 au Burkina Faso, lorsque l'Initiative de Bamako – un programme de soins communautaires répondant aux besoins locaux de soins – a été adoptée. Ce programme comprenait l'introduction d'un système de tarification pour tous les services de soins de santé primaire dans le but d'atteindre un certain degré de recouvrement des coûts. Cette initiative fut suivie de façon sporadique et échoua largement. Le paiement des actes fait pourtant toujours partie de la politique officielle.

En 1998, le gouvernement du Burkina Faso a voté une loi de décentralisation aux termes de laquelle les systèmes financiers et administratifs du pays devaient être décentralisés. La décentralisation dans le secteur de la santé a suivi, avec la création des districts de santé et des efforts pour décentraliser le fonctionnement du secteur de la santé. Cette décentralisation a été plus problématique dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs. Pour expliquer ces difficultés, on a invoqué le manque de consultation avec les responsables de la santé au niveau des districts, un déploiement trop rapide du personnel des positions centrales aux positions périphériques dans les provinces, et le système financier fortement centralisé. Au titre des résultats positifs de la décentralisation, on peut citer la création de plus d'une centaine de nouvelles structures de santé à divers niveaux dans le pays.

#### Certaines conséquences négatives des réformes du secteur de la santé risquent d'accroître les inégalités sociales et de genre

Les réformes, et notamment les réformes du financement de la santé, parce qu'elles demandent certains choix de réduction des coûts, risquent de toucher différemment certains groupes de population, et d'avoir des effets différents pour les femmes et pour les hommes. Mais peu d'études ont exploré les effets de genre des mécanismes de recouvrement des coûts, et les quelques études qui existent ne distinguent pas différents sous-groupes de femmes potentiellement affectées – par exemple, différents groupes de revenu, différents lieux de résidence urbain/rural, différentes régions d'un pays, différents groupes d'âge, différentes races/appartenances ethniques. Voici quelques informations ressortant d'études menées dans un petit nombre de pays. Les données actuelles ne sont pas concluantes.

- L'introduction de mécanismes de partage des coûts comme le paiement par l'utilisateur des services risque d'avoir un effet défavorable sur l'utilisation des services par les pauvres, particulièrement par les femmes pauvres qui n'ont pas un accès facile aux ressources en espèces ou par les femmes qui n'ont pas le contrôle des ressources en espèces de leur ménage et qui doivent demander l'autorisation de faire des dépenses. Deux études sur la qualité des soins menées en 1997-98

dans le district de Tougan ont montré que les communautés étaient très insatisfaites de la qualité des services, un élément important de cette insatisfaction étant le coût des soins.

- La majorité des femmes dans la plupart des pays ne travaillent pas dans le secteur formel de l'économie, et ne sont donc en général pas couvertes par des plans d'assurance sociale, sauf en tant qu'ayants droit d'employés du secteur formel. Une majorité de femmes dans les pays en développement risquent de ne pas avoir accès aux ressources permettant de payer les primes d'assurance car elles travaillent pour l'économie de subsistance.
- Lorsqu'elles se sont appuyées sur le paiement par l'utilisateur des services (la plupart des pays ayant choisi cette option sont des pays en développement en dehors de l'Amérique latine), les réformes de financement ont sacrifié les objectifs d'équité (d'accès, de niveau de dépense en proportion du revenu, et de résultat). Les relations public-privé mettant à contribution le secteur à but lucratif risquent d'accroître les inégalités car les acteurs privés ont tendance à se concentrer dans les zones favorisées. La décentralisation semble avoir creusé les inégalités entre les régions pauvres en ressources et les régions riches en ressources ; dans certains cas, elle a aussi entraîné une attribution prioritaire des ressources aux groupes les plus aisés ; seuls quelques pays ont mis en place des mécanismes visant à corriger ces dérives.
- Les techniques de définition des priorités et de suivi, comme l'analyse de la rentabilité, risquent de ne pas intégrer les préoccupations liées à l'égalité des sexes, en partie parce que les informations détaillées par sexe sur la santé et sur la participation à la main d'œuvre sont rarement disponibles, notamment les informations sur la participation des femmes dans le secteur informel de l'économie où elles sont nombreuses.
- La réduction des dépenses publiques affectées à des projets non rentables entraîne souvent un abandon des soins institutionnels et/ou libéraux et ce sont alors les femmes de la famille du patient qui donnent ces soins de façon informelle. Les femmes doivent ainsi faire face à un énorme surplus de travail et de stress.
- Une réduction du personnel risque de toucher le personnel féminin de façon disproportionnée car les femmes travaillent aux échelons les plus bas de la hiérarchie. Cela risque finalement d'avoir des conséquences sur l'utilisation des services par les clientes/patientes.
- Certains besoins cruciaux des femmes, comme les services obstétricaux, ne sont pas couverts par bien des plans d'assurance, ou ils impliquent le paiement d'une forte prime d'assurance. Les services d'avortements et de planification familiale ne sont que rarement couverts.

### Que savons-nous des effets des réformes pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction ?

Les observations suivantes sont basées sur une récente enquête (2005) couvrant un certain nombre de pays d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine.

- Les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que les réformes du financement ont apporté des ressources supplémentaires aux services de santé ou de santé en matière de sexualité et de reproduction. Les données recueillies ne valident pas non plus l'affirmation selon laquelle les relations public-privé augmentent les ressources disponibles pour les services de santé ou de santé en matière de sexualité et de reproduction, ou permettent de dégager des ressources publiques pour les patients pauvres.
- D'une manière générale, les réformes du secteur de la santé n'ont pas développé les services de santé en matière de sexualité et de reproduction, et ce pour diverses raisons. Les différents éléments des réformes sont soit hostiles aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction, soit d'orientation neutre ; aucun n'a une orientation explicitement favorable aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction.
- Les relations public-privé et les nouvelles priorités ont visiblement fait reculer la disponibilité et l'accessibilité financière des services intégrés de santé en matière de sexualité et de reproduction ; l'intégration et la participation communautaire telle qu'elle a été préconisée dans les réformes du secteur de la santé des années 1990 n'ont visiblement aucun effet positif pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction, tout en n'ayant pas non plus d'effet négatif ; la décentralisation n'a pas eu partout les mêmes conséquences pour les services de santé en matière de sexualité et de reproduction, probablement selon que l'on a ou non tenu compte de certaines conditions préalables.
- Les effets des réformes du financement sont plus nuancés et varient en fonction du type de réforme préconisée, sachant que le paiement des actes est défavorable à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Dans certains pays à bas revenu, les données montrent que l'introduction du paiement des actes a fait reculer l'offre institutionnelle, et que les besoins de santé de grandes proportions de la population ne sont pas satisfaits parce que ces personnes n'ont pas les moyens de payer ces services. Les plans d'assurance sociale et de prépaiement n'ont été créés dans le cadre des réformes du secteur de la santé que dans un petit nombre de pays. Ces deux options peuvent permettre d'améliorer l'accès et la couverture des services de santé en matière de sexualité et de reproduction. Mais cette possibilité dépend de la façon dont sont conçus ces plans et s'ils couvrent ou non de façon explicite les services de santé en matière de sexualité et de reproduction.

## Développement d'un cadre pour une système d'offre de soins

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Connaître les divers éléments du bon fonctionnement d'un système d'offre de soins
- Comprendre que ces éléments génériques doivent être en place et fonctionner pour qu'un projet de santé soit efficace
- Apprendre le rôle des responsables dans le fonctionnement de ces éléments
- Commencer à observer les questions liées à l'offre de services de santé à travers un prisme de genre et d'équité sociale.

[durée] 3 heures

### Préparation préalable

Préparez les jeux de rôles en suivant les instructions des Notes pour l'animateur-trice

Préparez la salle pour le jeu de rôles en suivant la démarche de l'Activité : La roue du système d'offre de soins, Etape 1, p. 305.

### Matériel

- Notes pour l'animateur-trice : « Description des jeux de rôles et questions à débattre »
- 7 feuilles blanches
- 7 enveloppes étiquetées
- personnages des jeux de rôles, chaque personnage étant décrit sur une feuille séparée, tirée des Notes pour l'animateur-trice
- Accessoires pour le jeu de rôles, suggestions p. 305
- Diapositive : « Questions autour du jeu de rôles » p. 307
- Copie du tableau p. 308
- Document à projeté : « La roue du système de soins » p. 317.

## Lectures pour l'animateur-trice

---

1. Tarimo E. 1997. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. [[http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO\\_ARA\\_CC\\_97.7.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_ARA_CC_97.7.pdf)]
2. Tarimo E. 1991. *Towards a healthy district*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. [<http://whqlibdoc.who.int/publications/1991/9241544120.pdf>]
3. Timyan J. et al. 1993. « Access to care more than a problem of distance », dans : Koblinsky MA, Judith T, Gay J. (eds), *The health of women : a global perspective*. Boulder, CO : Westview Press.
4. Jaffre Y, Olivier De Sardan J-P. (éds). 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris : Karthala.

## Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une activité impliquant les participant-e-s et qui doit se dérouler dans une grande salle (les tables doivent être repoussées le long des murs pour dégager un grand espace au milieu de la salle). Vous faites appel à des volontaires pour participer à une série de sept jeux de rôles pendant que les autres observent.

A la fin de chaque jeu de rôles, l'animateur-trice pose une série de questions dont les réponses font ressortir un aspect du fonctionnement du système d'offre de soins, le rôle des responsables dans le fonctionnement, et les questions de genre qui apparaissent dans le jeu de rôles.

La salle est organisée en roue de bicyclette, chaque fonction de gestion représentant un rayon de la roue. Chaque jeu de rôles se déroule dans un espace différent de la pièce, les observateurs se déplaçant d'un point à un autre.

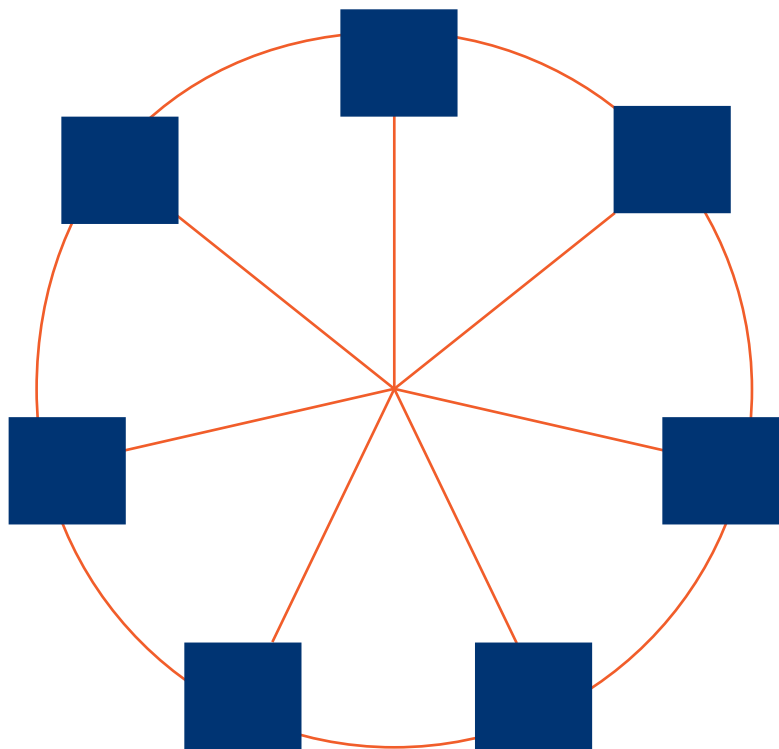
Une fois que tous les jeux de rôles ont été joués, nous avons construit une roue avec des rayons représentant la roue du système d'offre de soins qui peut tourner, avancer et offrir des services de santé de qualité. Cette représentation physique de la roue renforce le concept que nous cherchons à illustrer. L'animateur-trice utilisera cette même représentation du système d'offre de soins pour la synthèse finale de la session. Chaque rôle représentant une fonction particulière du système de santé, tous doivent être interprétés.

## Activité : La roue du système d'offre de soins

**Etape 1 : Préparatifs** Cette étape doit être terminée pour le début de la session.

### Préparation de la salle

Dégagez un grand espace au milieu de la salle. Sur le sol, placez sept feuilles blanches à sept endroits différents de la salle de façon à former les points d'un cercle.



### Préparation du jeu de rôles

A partir des Notes de l'animateur-trice, préparez une note pour chaque personnage sur des feuilles de papier différentes. Les jeux de rôles sont numérotés de 1 à 7 et les personnages sont désignés par des lettres. Sur chaque enveloppe écrivez à quel jeu de rôles et à quel personnage elle correspond. Les personnes jouant dans un jeu de rôles particulier pourront ainsi savoir avec qui elles vont jouer.

### Accessoires

Quelques accessoires peuvent être utiles : un téléphone, quelques couvertures, une tenue de médecin, etc. Etudiez les personnages et apportez les accessoires adaptés. Ils aideront les acteurs à entrer dans



**Etape 2 :  
Distribution  
des rôles et  
préparation du  
jeu**

leur rôle et ajouteront une touche de réalisme et d'humour. Par exemple, si vous apportez un petit coussin, les acteurs et actrices pourront le mettre sous leur chemise pour faire semblant d'être enceintes.

Pour commencer cette session, les participant-e-s forment un large cercle autour de la pièce, les tables repoussées de façon à ne pas gêner. Faites appel à 15 personnes volontaires pour participer à un jeu de rôles. A chaque volontaire remettez l'enveloppe où sont décrits le jeu de rôles et le personnage qu'il-elle va jouer. Les hommes ne doivent pas obligatoirement interpréter des rôles masculins, ni les femmes des rôles féminins. Distribuez les rôles au hasard – en distribuant les enveloppes.

Expliquez aux acteurs-trices et aux observateurs-trices que sept jeux de rôles vont être interprétés pendant cette session. Tous les rôles sont ceux de professionnels de la santé ou d'utilisateurs des services de santé dans les structures de soins primaires. Dites aux acteurs qu'ils ne sauront pas qui sont les autres personnages avant le début du jeu de rôles, mais qu'ils le comprendront rapidement.

Donnez à chaque acteur un moment pour lire la description de son personnage et réfléchir à la façon dont il va l'interpréter. Expliquez que vous pouvez aider tous ceux qui se posent des questions. Répondez aux questions en toute confidentialité pour que personne ne puisse vous entendre. Pour les aider à développer leur interprétation, vous devez leur poser des questions plutôt que de leur dire ce qu'ils-elles doivent faire. Par exemple, pour aider une personne qui doit jouer une infirmière chef, lisez avec elle la description de son personnage et parlez ensemble des sentiments que ce personnage doit éprouver, des conditions dans lesquelles il doit travailler, etc.

Expliquez aux acteurs-trices qu'ils-elles n'ont pas besoin d'avoir un talent d'acteur et que les observateurs-trices ont seulement besoin d'avoir une idée de la situation. Chacun doit se rappeler que les acteurs-trices jouent un rôle, et que ce qu'ils-elles font et disent ne doit pas être considéré comme reflétant leur propre personnalité ou leurs opinions. Les acteurs-trices doivent aussi se souvenir de bien regarder le public et de parler de façon intelligible.

Demandez aux observateurs-trices de porter une grande attention sur ce que font les personnages et sur leurs relations.



**Etape 3 :  
Jeux de rôles et  
discussions**

Demandez à toutes les personnes qui ne jouent pas dans le jeu de rôles n°1 de se rassembler autour de la première feuille de papier posée sur le sol. Les acteurs et actrices dont l'enveloppe porte un 1 interprètent leur rôle.

Pour commencer, présentez brièvement les personnages et la situation. Par exemple : « Nous sommes dans une clinique, avec une infirmière (montrez la personne qui interprète l'infirmière) et un-e patient-e (montrez la personne qui interprète le ou la patiente). Le centre de recours de cette clinique se situe à 40 kilomètres, et le-la secrétaire



(montrez la personne qui interprète le-la secrétaire) prend les rendez-vous et se charge d'autres tâches administratives à l'hôpital de recours. » Laissez chaque jeu de rôles se dérouler pendant 5 minutes, en vérifiant qu'il montre bien l'aspect du fonctionnement du système de santé qu'il est censé illustrer (voir ci-dessous). Mettez fin au jeu en disant fermement « merci ».



Animez alors la discussion autour du jeu de rôles à partir des questions suivantes

#### Questions autour des jeux de rôles

- A chaque acteur-trice : Qu'avez-vous ressenti en jouant votre rôles ?
- Aux observateurs-trices : Décrivez ce qui se passe dans le jeu de rôles. Selon votre expérience, ce scénario est-il vraisemblable ? Si la réponse est non, en quoi la réalité serait-elle différente ?
- Quelles sont les questions de genre en jeu dans le contexte du service de santé mis en scène ici ? Quelle question importante relative au fonctionnement du service de santé est illustrée ici ?
- Quelles seraient les actions à entreprendre pour améliorer les services dans cette situation ?
- A qui revient le rôle de vérifier que le type d'action que vous avez proposée est bien mené ?

(Les Notes de l'animateur-trice proposent d'autres questions sur les problématiques de genre qui apparaissent dans chaque jeu de rôles).

Les jeux de rôles correspondent aux éléments suivants d'un système d'offre de soins :

1. Relations soignant-client
2. Compétence technique
3. Système de recours
4. Besoins en infrastructure
5. Accès
6. Organisation des services
7. Systèmes d'approvisionnement et d'équipement.

Après chaque jeu de rôles, notez l'élément dont il a été question sur la feuille de papier sur le sol. Vous écrirez « Relations soignant-client » après le premier jeu de rôles, « Compétence technique » après le deuxième, etc.

Demandez au groupe à qui revient la responsabilité de s'assurer que cet aspect du service de santé fonctionne bien. Faites la liste des réponses sur une feuille comportant les colonnes suivantes

Ce qu'ils devraient faire	Personnel de la clinique	Responsable du service de santé	Membres de la communauté	Individu

Cette liste des fonctions à assumer pour qu'un service de santé fonctionne bien se remplit à mesure que les jeux de rôles ont été interprétés.

Une fois qu'un jeu de rôles est terminé, faites déplacer le groupe vers le point suivant de la roue et recommencez jusqu'à ce que chaque jeu de rôles ait été interprété et que vous ayez fait le tour de la roue.

La discussion autour des questions qui suivent chaque jeu de rôles est le cœur de cette session car elle détermine les éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système d'offre de soins.

### Résumé

- Présentation du premier jeu de rôles
- Interprétation du jeu de rôles
- Questions au groupe :
  - Sur le jeu de rôles
  - Sur les questions de genre en scène dans le jeu de rôles
  - Quel élément du fonctionnement d'un système d'offre de soins se trouve illustré ici ?
- Notez le titre de cet élément sur une feuille de papier vierge posée sur le sol.
- Demandez à qui revient la responsabilité de s'assurer que cet élément fonctionne bien.
- Remplissez le tableau
- Passez au jeu de rôles suivant
- Continuez le cycle pour chacun de sept jeux de rôles.

### Points clés de la discussion

Vous allez devoir réagir sur le vif et poser les questions qui vont faire ressortir les points à traiter relatifs au fonctionnement du système d'offre de soins. Voici quelques exemples.

### Jeu de rôles 1 : Relations soignant-client

Ce jeu de rôles parle d'un jeune étudiant célibataire qui pense avoir une maladie sexuellement transmissible. Un docteur homme se trouve en général au centre de soins primaires, mais le jour où le jeune homme s'y présente, c'est une femme docteur remplaçante, qui a elle-même un fils de 20 ans, qui s'y trouve. En général, à la fin de la pièce la femme docteur ne fait pas d'examen physique et elle tient un discours moralisant sur le fait qu'il a une activité sexuelle.

- Les réactions auraient-elles été différentes si le docteur avait été un homme ? Pourquoi ?
- Est-il acceptable que les garçons aient des relations sexuelles avant le mariage ? Qu'est-ce que cela implique pour l'organisation des services et pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ?
- Selon vous, que doit faire le système de santé pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles, sachant que beaucoup de jeunes hommes risquent d'avoir des relations sexuelles non protégées ?

Les réactions auraient-elles été différentes si le docteur avait été un homme ? Probablement, mais l'attitude même du docteur aurait eu une influence. Il est important de montrer que les systèmes d'offre de soins peuvent renforcer les normes existantes relatives au comportement sexuel. Cette idée mérite d'être développée pour en montrer les conséquences en terme de santé publique. Par exemple, si les garçons ont le sentiment qu'ils ne peuvent pas consulter le centre de soins primaires pour des maladies sexuellement transmissibles, les soignants perdent une occasion de leur donner des conseils sur les comportements sexuels sans risque. Les filles sont alors exposées à des risques d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et de grossesses non voulues. Les attitudes négatives des soignants pour les services liés aux maladies sexuellement transmissibles représentent également une ingérence dans les droits liés à la sexualité des patients.

Orientez la discussion vers les moyens de faire évoluer cette situation. Voici certaines des propositions qui sont ressorties de ce genre de discussion : des formations pour faire évoluer les attitudes, une meilleure ambiance de travail, et un système d'évaluation des performances qui prenne en compte les attitudes des soignants et les biais de genre. Cela relèverait de la responsabilité du responsable de santé.

La discussion peut aussi identifier d'autres obstacles découlant d'attitudes auxquelles les participant-e-s ont été confronté-e-s ou qu'ils-elles connaissent ; et elle peut identifier les moyens de dépasser ces obstacles.

### Jeu de rôles 2 : Compétence technique

Scénario : parce qu'elle n'a pas les compétences techniques pour prendre en charge un enfant ayant de la fièvre, une aide-soignante remplaçant une infirmière chef s'en prend à la mère de l'enfant.

On a proposé un plan pour substituer à la division verticale des tâches l'emploi de personnes polyvalentes capables de se remplacer mutuellement. On a également proposé de former le personnel en relations interpersonnelles, notamment pour qu'il fasse preuve de plus de tact dans la prise en charge de situations difficiles, comme celle qui a été mise en scène dans ce jeu de rôles.

Le même scénario se serait-il déroulé si c'était le père qui avait accompagné l'enfant ? L'aide-soignante n'aurait toujours pas été capable de donner les bons soins, mais elle ne s'en serait probablement pas prise au père.

Il est aussi important de dire qu'il est attendu des mères qu'elles accompagnent leurs enfants et que, par conséquent, lorsque les services ne peuvent pas répondre aux besoins des patients, ce sont en général les femmes et non les hommes qui en supportent les conséquences. Ce sont les femmes qui auront perdu leur temps et leur argent pour venir dans des services qui ne peuvent pas leur donner ce dont elles ont besoin. Ainsi, à cause des normes de genre, l'inadaptation des services a des effets différents pour les femmes et pour les hommes, au détriment des femmes. Même si elle ne corrige pas les inégalités entre les sexes, une amélioration de la variété et de la qualité des services de soins rendra au moins la vie des femmes plus facile.

En discutant de la façon dont on peut améliorer la situation, les participant-e-s disent souvent que ce sont les cadres qui ont la responsabilité de s'assurer de la bonne distribution du personnel entre les cliniques et de faire en sorte que le personnel reçoive la formation dont il a besoin.

### Jeu de rôles 3 : Systèmes de recours

Ici, la question principale est la rupture d'une chaîne de recours pour un cancer du col de l'utérus, pour la simple raison que le-la secrétaire du centre de recours ne répond pas au téléphone lorsque les centres de santé appellent pour prendre des rendez-vous pour leurs patientes.

La personne qui a interprété le-la secrétaire explique son personnage au groupe. Le-la secrétaire a un travail très exigeant, dont la prise en charge des appels téléphoniques n'était qu'une petite partie dans le passé. Avec la décision politique de lancer un dépistage du cancer du col de l'utérus, le téléphone ne cesse de sonner. Le-la secrétaire ne peut pas faire face et prend du retard dans les tâches qui lui sont habituellement confiées.

Les questions qui ressortent portent sur la mauvaise planification aux niveaux supérieurs, planification qui n'a pas prévu la charge de travail qui allait découler de la nouvelle politique. Il faut avoir des principes clairs quant aux rôles et tâches des différents membres du

personnel qui sont liés dans cette chaîne de recours, et envisager éventuellement une redistribution des tâches. Juste avant de mettre en œuvre une nouvelle politique, ses conséquences éventuelles doivent être discutées au cours d'une réunion entre tous les membres du personnel concernés – aussi bien ceux qui travaillent dans le centre de recours que ceux qui travaillent dans les centres de santé pratiquant le dépistage. Les clientes qui utilisent les services doivent aussi avoir des informations claires sur les motifs du dépistage et sur ce qu'elles vont devoir faire si leur frottis s'avère positif.

Apparaissent aussi dans cette discussion les questions de genre liées à l'impossibilité pour la patiente de trouver le temps de bénéficier des soins ; pour les services de santé, cela signifie qu'ils doivent avoir conscience des contraintes de temps des femmes et qu'ils doivent organiser la chaîne de recours en conséquence (en évitant les visites répétées, avec une visite pour avoir le résultat du dépistage, une autre pour fixer un rendez-vous, etc.).

#### Jeu de rôles 4 : Besoins en infrastructure

Dans le centre de santé mis en scène dans ce jeu de rôles, aucun docteur n'est de service la nuit. Le centre n'est pas équipé d'ambulance ni de téléphone, et la sage-femme est donc seule pour expliquer à une femme dont le travail a commencé et qui arrive avec de forts saignements comment se rendre à l'hôpital qui se situe à 40 kilomètres.

L'impuissance de la soignante est une question importante qui ressort de la discussion sur ce jeu de rôles. Les soignants sont souvent la cible des reproches et de la colère de la communauté. Comment résoudre ce problème ? Comment éviter cette situation ?

Voici certaines des solutions proposées :

- Il devrait y avoir une notice disant que, la nuit, les complications d'accouchements ne peuvent pas être prises en charge à la clinique et que les femmes doivent aller directement vers l'hôpital de recours
- Les campagnes d'éducation du public devraient indiquer les signes de danger lors de la grossesse, de l'accouchement et post partum qui nécessitent une consultation à l'hôpital de recours, et ces campagnes devraient s'adresser aux hommes aussi bien qu'aux femmes.

Dans le jeu de rôles, la femme arrive seule ; un homme de son village l'a conduite, à sa demande. Où est son partenaire ?

- Les hommes doivent être encouragés à prendre plus de responsabilités dans la santé des femmes en matière de reproduction. Les professionnels de la santé doivent conseiller les hommes dans ce sens, et les campagnes d'éducation à la santé peuvent diffuser le message.

Invitez les participant-e-s à raconter au groupe des expériences qu'ils-elles ont vécues et dans lesquelles un manque d'infrastructure a empêché d'offrir des services efficaces. Dans certains cours, l'absence d'espaces séparés pour les consultations de jour des femmes et des hommes, l'absence de toilettes séparées, le manque de structure de soins pour les enfants, le manque de sécurité physique pour les clients et le personnel ont été mentionnés (partout où des cliniques sont situées dans des régions rurales) comme des contraintes d'infrastructure.

Il est important de noter que ce sont souvent des femmes qui travaillent dans les cliniques isolées, que les sages-femmes sont souvent des femmes et que, dans cette situation, elles doivent assumer une charge importante pour pouvoir offrir des services de qualité. En outre, les soins aux femmes enceintes sont différents des soins à apporter aux quelques urgences demandant éventuellement un transport en urgence. Il est connu et prévisible qu'une proportion spécifique des accouchements est susceptible d'entraîner des complications. Et malgré tout, les transports d'urgence pour les complications de l'accouchement ne sont pas intégrés dans les systèmes d'offre de soins. Montrez que la mortalité maternelle est forte dans les pays pauvres précisément parce que les transports d'urgence pour les parturientes ne sont pas systématiquement disponibles. C'est une illustration de la faible valeur attribuée à la vie des femmes.

### Jeu de rôles 5 : Accès

La discussion qui suit ce jeu de rôles mentionne des obstacles divers et nombreux à l'accès aux soins. L'action se passe dans une clinique de soins de la tuberculose et cette clinique est très chargée. Il est presque l'heure du déjeuner et les files d'attente se réduisent enfin. Au terme d'une très longue matinée, le-la soignant-e est épuisé-e. Un homme très pauvre, ouvrier en usine, qui souffre de toux et de fièvre depuis quelques semaines, vient consulter dans cette clinique. Un seul bus vient directement au centre de soins primaires et il est arrivé très tard ce jour-là. Le patient arrive juste avant l'heure de la fermeture, à midi. Toutes les personnes de la file d'attente sont mieux habillées que lui et l'homme est très gêné ; il reste à la fin de la file d'attente.

Outre la distance, il existe de nombreux obstacles sociaux à l'accès aux soins. Parfois ce sont des obstacles tenant à l'organisation, par exemple lorsque certaines plages horaires sont réservées exclusivement aux femmes enceintes, lorsque des jours sont réservés à la vaccination, etc.

Une meilleure organisation des services améliore certainement l'accès en réduisant les temps d'attente. Pourquoi y avait-il encore une longue file d'attente après midi dans la clinique mise en scène dans ce jeu de rôles ? Si les patients sont en général plus nombreux le matin que l'après-midi, le personnel devrait aussi être plus nombreux le matin. Au lieu de suivre un modèle rigide appliqué toute l'année à tous les centres de santé, la liste de service du personnel pourrait être revue en

fonction des besoins des utilisateurs et de la charge de travail à différents moments de la journée ou de la semaine.

Parmi les questions de genre soulevées : pourquoi l'homme n'a-t-il pas pu se rendre à la clinique plus tôt ? Encouragez les participant-e-s à parler d'autres obstacles ressortant de leurs expériences personnelles ou professionnelles. Par exemple, l'absence du personnel, le fait que le personnel réside ou non dans la clinique, les horaires de la clinique, son emplacement, etc. Vous devez concentrer la discussion sur les obstacles existant du côté des soignants, les obstacles existant du côté des utilisateurs ayant été discutés dans les modules 2 et 3.

### **Jeu de rôles 6 : Organisation des services de santé**

Il s'agit de l'intégration des services : une femme qui a amené son enfant pour une vaccination aimerait aussi recevoir son injection contraceptive, mais on lui répond que ça n'est pas possible.

Faites les liens entre les indicateurs utilisés pour mesurer nos performances et la façon dont les cliniques sont organisées. Les cliniques devant faire régulièrement des rapports sur la couverture vaccinale, tout le système est tourné vers cet objectif. Même si nous définissons notre travail en termes techniques stricts, par exemple avoir un bon taux de couverture vaccinale, nous ne devons pas perdre de vue l'organisation des services, notamment leur caractère pratique – et pratique pour qui : pour l'utilisateur ou pour le personnel ? C'est encore plus vrai au moment où nous essayons d'offrir des services complets de santé en matière de reproduction dans une perspective de droits. L'intégration des services permet de répondre aux besoins des clients, elle prend en compte leurs contraintes de temps et permet aussi d'arriver à une meilleure santé au sens général – un meilleur état de santé en matière de reproduction – au lieu d'atteindre des objectifs techniques stricts comme par exemple de forts taux de prévalence contraceptive ou de forts taux de vaccination.

La définition de l'intégration peut donner lieu à une discussion détaillée. Consiste-t-elle à avoir une seule personne offrant de multiples services, ou à dispenser de nombreux services différents dans un même lieu ? Il ne peut pas y avoir de règle absolue et facile. Dans les postes de santé et les cliniques desservant une faible population, il n'est probablement pas réaliste d'employer plusieurs travailleurs de santé, pratiquant chacun un service particulier. Dans ce genre de structure, le soignant doit pouvoir traiter au moins la majorité des problèmes et être capable d'adresser les autres ailleurs. Dans les unités de premier recours, il est certainement logique d'offrir de nombreux services spécialisés dans un même lieu.

### **Jeu de rôles 7 : Systèmes d'approvisionnement et d'équipement**

Dans ce jeu de rôles, le centre de santé est en rupture de stock d'antibiotiques et donc, malgré les très bonnes compétences du médecin

pour le diagnostic, il ou elle ne peut pas aider une femme souffrant d'une infection du système reproducteur à recevoir les soins appropriés. Cette histoire est familière dans bien des centres de santé, et elle occasionne frustration et démoralisation chez des soignants qui ont probablement entamé leur carrière avec enthousiasme et dévouement.

Les questions à aborder ici portent sur la façon dont un dysfonctionnement dans une partie du service peut à lui seul empêcher le fonctionnement de toutes les autres parties. Par exemple, dans ce jeu de rôles, le médecin, au départ enthousiaste après avoir suivi une nouvelle formation et se réjouissant de mettre en application ce qu'il-elle a appris, risque finalement de renoncer, voire de rechigner à suivre un autre cours puisque ses compétences ne peuvent pas être mises en pratique. Les investissements en formation seront perdus si le système entier n'est pas revu.

Dans ce jeu de rôles, les systèmes d'achats, de commandes et d'approvisionnement en médicaments du centre de santé ne fonctionnent pas. Cela relève certainement de la compétence de l'équipe de gestion des médicaments. Elle doit d'abord s'assurer que les médicaments sont achetés et ont bien été mis au budget aux niveaux régional et central. Il peut arriver aussi que les médicaments aient bien été commandés mais que les systèmes de commande et d'approvisionnement ne soient pas opérationnels. Parfois il ne s'agit même pas de la commande ou de l'approvisionnement en médicaments, c'est seulement que le camion de livraisons est en panne. On veut montrer ici que c'est le système dans son intégralité qui doit être revu.

### Autres questions : le paiement des soignants

D'autres questions liées à votre travail peuvent ressortir. Par exemple, dans de nombreux pays, les professionnels de la santé trouvent des moyens alternatifs d'augmenter leur revenu.

En Chine, la question a surgi au cours d'un jeu de rôles de la façon suivante : « Une mère a amené son enfant à l'hôpital pour qu'il voie le docteur. Le docteur a dit que l'enfant avait besoin d'une injection. L'enfant n'aimait pas les injections. Et la mère pensait aussi qu'une injection allait coûter trop cher. Elle a donc demandé au docteur si un traitement par voie orale ne pouvait pas remplacer l'injection. Mais le docteur n'était pas d'accord parce qu'une injection rapporte plus à l'hôpital. La mère a finalement dû payer une injection pour sa fille ».

L'animateur-trice peut ici encore illustrer de nombreuses questions – le déséquilibre entre le pouvoir du personnel de santé et celui des patients, et les violations du droit des patients à faire un choix informé qu'entraîne ce déséquilibre. Dans l'exemple chinois, un autre traitement par voie orale moins coûteux est probablement disponible, mais en refusant de



donner cette information à la mère, on a enfreint ses droits. Selon la perspective du système de santé, vous pouvez explorer les raisons du comportement du soignant. Peut-être les salaires du personnel de santé sont-ils très bas, ou peut-être qu'à cause du système administratif les salaires ne sont pas payés. Peut-être le système de supervision est-il mauvais et n'assure-t-il pas le suivi de l'offre de services. Vous devez donc explorer cette question et chercher des moyens d'améliorer le système pour empêcher ce type de situation de se développer.

### Autres questions: responsabilité

La responsabilité du système d'offre de soins aux femmes et aux hommes pauvres peut être une autre question prétexte à un jeu de rôles. Dans certains pays en développement, des comités de santé de villages ou inter-communaux sont actuellement constitués pour encourager la participation des femmes et des hommes à la planification et à la mise en œuvre des services de santé. Les comités communautaires sont souvent majoritairement masculins, et ils sont souvent constitués des groupes les plus puissants de la communauté. En Inde par exemple, les femmes ne participent toujours pas réellement à ces comités. Souvent, les comités ne sont utilisés par le personnel de santé que pour se décharger de certaines responsabilités et avoir la tâche plus facile, et ils ne peuvent ainsi pas servir à une planification et un suivi vertical ascendant.



45 mins



#### Etape 4 : Synthèse

Lorsque tous les jeux de rôles ont été interprétés, invitez les participant-e-s à s'asseoir. Demandez aux participants leur définition du système de santé et les éléments du bon fonctionnement, avant de leur donner une définition. Vous aurez au préalable préparé un **document ou une diapositive** illustrant les points de la roue. Passez en revue la liste que vous avez rédigée sur les fonctions nécessaires et les acteurs qui en sont responsables. En passant sur tous les points du cercle, vous allez faire ressortir le caractère central d'une bonne gestion. Illustrez ces liens en dessinant les rayons de la roue. Vous allez aboutir à une illustration de la roue du système d'offre de soins, comme dans le diagramme ci-dessous.

## Points principaux pour conclure la session

### Prenez en considération les questions génériques relatives aux systèmes

Pour que les systèmes d'offre de soins fonctionnent de façon adéquate, nous devons concentrer notre attention sur les questions génériques relatives aux systèmes, comme l'approvisionnement en médicaments, la formation, etc. – les divers points de la roue qui ont été développés lors

des jeux de rôles. Il est indispensable de prendre en compte les aspects différents de chaque composante. Par exemple :

- les présupposés et les normes des personnels de santé : le registre de l'ignorance des femmes, la supposée «incivilité» des clientes, la perception stigmatisante de la jeunesse liée aux dépravations, vagabondages ;
- les interactions soignants-soignés : le mauvais accueil, la communication interpersonnelle ;
- le décalage entre la demande des client-e-s et l'offre définitive des institutions de santé ;
- la capacité de payer dans un contexte de détournement et corruption ;
- l'exercice de la confidentialité et ses difficultés : autorisation du mari pour obtenir des méthodes contraceptives, consultation en cachette pour que le mari ne perde pas la face ou ne puisse s'opposer à la prise de contraception ;
- prise en charge différenciée entre hommes et femmes au niveau de la santé de la reproduction : en particulier, par exemple, différenciation «genrée» pour l'annonce diagnostique et la communication des résultats du test de dépistage VIH.

### Une bonne gestion est cruciale

Une bonne gestion, qui établit la capacité, les compétences et la responsabilité des personnels de santé, est essentielle et fondamentale à un fonctionnement adéquat des services de soins.

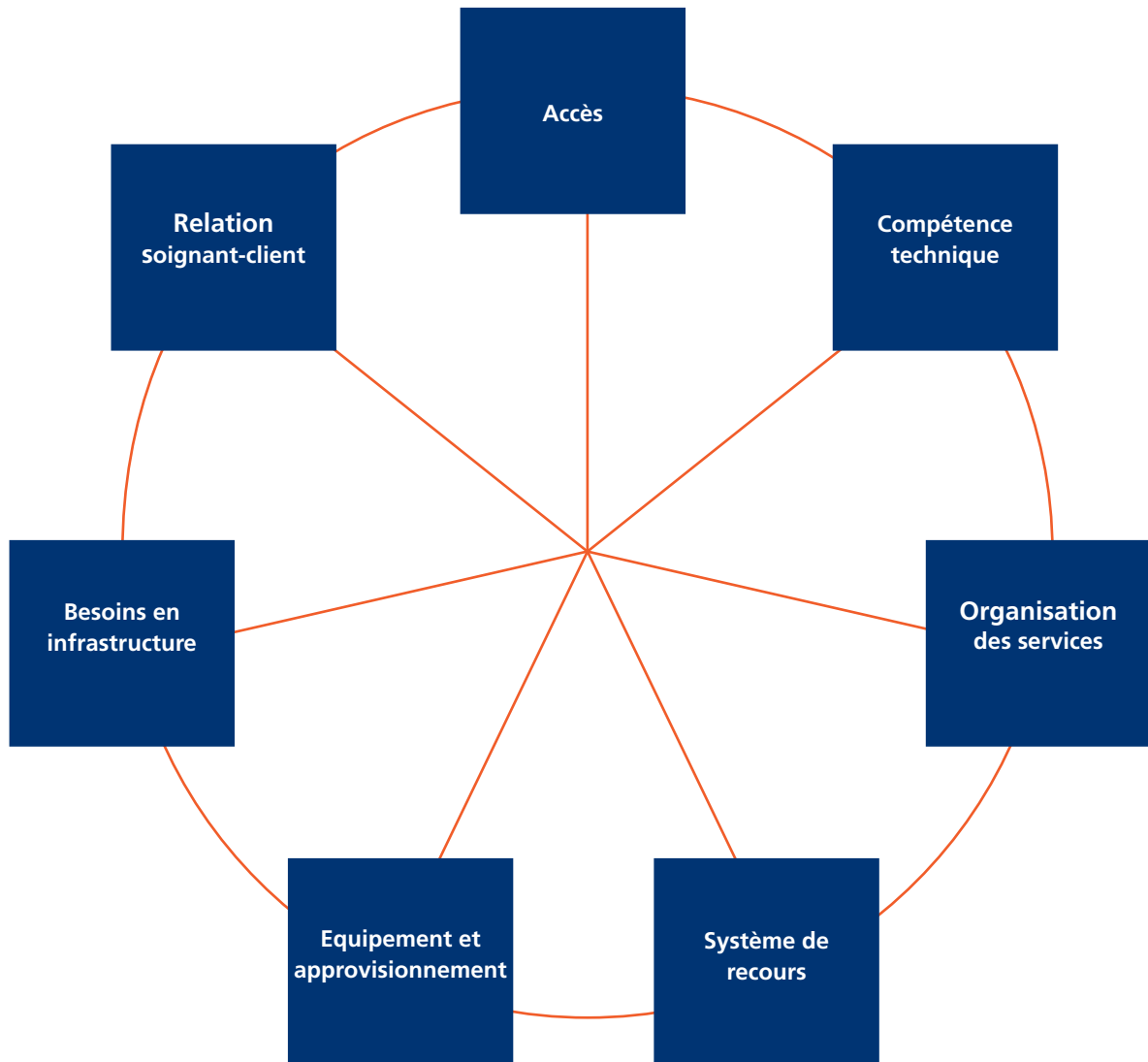
### Les effets des rôles dévolus aux femmes et aux hommes sur le mauvais fonctionnement des systèmes d'offre

Les rôles dévolus aux femmes et aux hommes tels qu'ils sont prescrits font que le mauvais fonctionnement d'un système de santé affecte surtout les femmes. Une amélioration des systèmes d'offre de soins profitera donc aux femmes.

On peut favoriser l'autonomie des femmes et promouvoir leurs droits en matière de sexualité et de reproduction dans les services de santé existants. Parmi les stratégies possibles évoquées dans le cadre de cette activité, on trouve : encourager les hommes à assumer une responsabilité conjointe lorsque les femmes sont en train d'accoucher ou pour s'occuper des enfants ; favoriser le contrôle des femmes sur leur corps en les accueillant dans les services de contraception, quel que soit leur âge.

## La roue du système de soins

---





Notes pour  
l'animateur-  
trice :

## Description des jeux de rôles

Voici la description de sept jeux de rôles.

Préparez une copie de chaque jeu de rôles de façon à avoir une feuille pour chaque rôle. Mettez la description de chaque personnage dans une enveloppe portant le numéro du jeu de rôles (de 1 à 7) et la lettre du personnage (A, B, C). Par exemple, le personnage B du jeu de rôles sur la compétence technique sera dans l'enveloppe portant 2B. Chaque acteur pourra ainsi savoir qui sont les membres de son groupe.

### Jeu de rôles 1 : Attitudes soignant-client

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« C'est une journée chargée aujourd'hui à la clinique. Beaucoup de personnes attendent, et c'est aussi le jour où beaucoup de personnes viennent pour la planification familiale. »

#### Personnage A

C'est une journée chargée aujourd'hui à la clinique. Beaucoup de personnes attendent, et c'est aussi le jour où beaucoup de personnes viennent pour la planification familiale.

Vous êtes un jeune étudiant non marié. Vous pensez avoir une maladie sexuellement transmissible et, après avoir longuement hésité, vous avez décidé d'aller au centre de santé primaire. Vous savez qu'un docteur homme y travaille. Vous savez que vous devez vous dépêcher car vous ne pouvez y aller que pendant votre pause à l'université. Vous êtes intimidé et avez peur d'exposer votre problème.

#### Personnage B

C'est une journée chargée aujourd'hui à la clinique. Beaucoup de personnes attendent, et c'est aussi le jour où beaucoup de personnes viennent pour la planification familiale.

Vous êtes une femme médecin et vous remplacez le médecin (homme) qui est en congé de longue durée en attente d'une mutation. Vous avez un fils de 20 ans et vous vous êtes récemment rendu compte qu'il était probablement actif sexuellement. Vous êtes furieuse contre lui.

Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles

- Les réactions auraient-elles été différentes si le docteur avait été un homme ? Pourquoi ?

- Est-il acceptable que les garçons aient des relations sexuelles avant le mariage ? Qu'est-ce que cela implique pour l'organisation des services et pour la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles ?
- Selon vous, que doit faire le système de santé pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles, sachant que beaucoup de jeunes hommes risquent d'avoir des relations sexuelles non protégées ?

## Jeu de rôles 2 : Compétence technique

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Nous sommes dans un poste de santé dans une région rurale isolée. Le personnel de la clinique comprend en général une aide-soignante et une infirmière chef. Cette dernière est malade aujourd'hui. L'aide-soignante (montrez-la) dirige la clinique. C'est le jour consacré à la santé des enfants. »

### Personnage A

Nous sommes dans un poste de santé dans une région rurale isolée. Le personnel de la clinique comprend en général une aide-soignante et une infirmière chef. Cette dernière est malade aujourd'hui. L'aide-soignante dirige la clinique. C'est le jour consacré à la vaccination.

Vous êtes l'aide-soignante. Vous travaillez ici depuis des années et avez l'habitude du système. En général vous aidez l'infirmière à diriger les services. Vous n'avez pas de compétence en matière de diagnostic.

### Personnage B

Nous sommes dans un poste de santé dans une région rurale isolée. C'est le jour consacré à la vaccination.

Vous êtes une mère et vous savez que votre bébé ne va pas bien. Elle a de la fièvre et malgré le paracétamol que vous lui avez donné pour la faire baisser, vous savez qu'elle ne va pas mieux. Elle se frotte les oreilles et vous voulez la faire ausculter. La clinique est le seul endroit où vous pouvez aller car il n'existe pas d'autre endroit où on offre des services de santé. C'est très loin et vous avez beaucoup de travail à faire à la maison, vous devez vous occuper des autres enfants et de la maison, mais vous décidez de vous rendre au poste de santé.

### Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles

- Comment pourrait-on éviter cette situation ?
- Qui est responsable de faire en sorte que cette situation ne se reproduise pas ?

- Quelles sont pour la mère les conséquences du fait que son enfant n'ait pas été examinée ?
- Quel impact cela va-t-il avoir sur l'utilisation de son temps ?
- Quels scénarios risque-t-elle de trouver lorsqu'elle va rentrer chez elle
- La situation serait-elle la même si son mari avait amené l'enfant à la clinique ? En quoi serait-elle différente ?
- Un père voudrait-il accompagner un enfant à la clinique ?

### Jeu de rôles 3 : Systèmes de recours

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Nous sommes dans une structure de premier recours. Cette structure a lancé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage doit être fait au centre, et les patientes doivent être référées pour traitement à l'hôpital universitaire situé à 15 kilomètres. Voici le médecin et la patiente de la structure (montrez-les), et voici le-la secrétaire qui travaille à l'hôpital universitaire (montrez la personne). »

#### Personnage A

Nous sommes dans une structure de premier recours. Cette structure a lancé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage doit être fait au centre, et les patientes doivent être référées pour traitement à l'hôpital universitaire situé à 15 kilomètres.

Vous êtes le médecin de cette structure de santé et vous savez que vous devez faire des frottis sur toutes les patientes, même celles dont le col de l'utérus semble normal. Lorsque les résultats du frottis sont anormaux, la patiente doit être orientée vers une personne formée pour faire une colposcopie et une biopsie. Vous savez qu'il est très important que les femmes aillent faire ces examens car ils permettent d'éviter des décès dus au cancer du col de l'utérus. Lorsque les femmes reviennent chercher les résultats de leur frottis, vous incitez celles dont les résultats sont anormaux à aller à l'hôpital universitaire, bien qu'il soit éloigné et qu'il leur faille payer elles-mêmes le transport. Vous prenez toujours des rendez-vous pour elles pendant qu'elles sont à vos côtés en téléphonant à l'hôpital universitaire. Il est toujours difficile d'arriver à avoir un rendez-vous à l'hôpital car souvent on ne répond pas au téléphone.

Une femme de 45 ans doit revenir à la clinique pour prendre les résultats de son frottis. Ces résultats sont anormaux et vous essayez de la convaincre d'aller à l'hôpital. Vous appelez l'hôpital pour prendre un rendez-vous pour elle.

**Personnage B**

Nous sommes dans une structure de premier recours. Cette structure a lancé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage doit être fait au centre, et les patientes doivent être référées pour traitement à l'hôpital universitaire situé à 15 kilomètres.

Vous êtes une femme de 45 ans et avez cinq enfants. Vous vous occupez seule de vos enfants car votre mari est parti travailler en ville. Vous n'avez que peu de temps libre compte tenu de toutes les responsabilités que vous avez à la maison. Il y a quatre semaines, vous avez fait un frottis vaginal parce que le médecin a insisté. Vous n'avez pas eu le temps de retourner chercher les résultats, et de toute façon vous n'êtes pas malade. L'infirmière de santé du village est venue vous voir chez vous pour vous demander de venir voir vos résultats à la clinique. Vous y allez pour ne pas paraître incorrecte devant l'infirmière et parce que vous ne voulez pas qu'elle revienne.

**Personnage C**

Nous sommes dans une structure de premier recours. Cette structure a lancé un dépistage du cancer du col de l'utérus. Le dépistage doit être fait au centre, et les patientes doivent être référées pour traitement à l'hôpital universitaire situé à 15 kilomètres.

Vous êtes le-la secrétaire de l'hôpital universitaire. Vous faites du classement, et votre travail implique aussi de répondre au téléphone pour prendre les rendez-vous pour les patientes de la clinique qui doivent être orientées vers l'hôpital. Vous avez bien assez de travail sans en plus être responsable des prises de rendez-vous. Il y a beaucoup d'activités aujourd'hui à l'hôpital et de toute façon vous en avez assez et avez décidé d'essayer d'ignorer la sonnerie du téléphone aujourd'hui car vous devez terminer le classement des dossiers et répondre aux patients qui viennent vous demander leur chemin.

**Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles**

- Comment motiver le-la secrétaire pour qu'il/elle réponde mieux aux besoins du personnel de la clinique ? Comment s'organiser ? Qui doit en prendre la responsabilité ?
- Pourquoi cette patiente a-t-elle du mal à trouver le temps de s'occuper de sa santé ? Comment faire en sorte que cela soit plus facile pour elle ? A qui devrait-on plus spécifiquement s'adresser dans le cadre des projets éducatifs pour lui permettre d'avoir le temps de s'occuper de sa santé ?
- Si le patient avait été un homme, le-la secrétaire aurait-il/elle eu la même réaction ?

- Si la patiente avait été à l'aise financièrement et si elle avait un poids politique ou dans l'organisation, le-la secrétaire aurait-il/elle eu la même réaction ?

## Jeu de rôles 4 : Besoins en infrastructure

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Nous sommes dans une clinique, la nuit. L'infirmière de nuit (vous la désignez) est à la clinique, prête à prendre en charge les urgences. »

### Personnage A

Nous sommes dans une clinique, la nuit. L'infirmière de nuit est à la clinique, prête à prendre en charge les urgences.

Vous êtes l'infirmière de service cette nuit. Vous êtes à la clinique, vous prenez un thé et pensez aller vous coucher car il est tard. La garde de nuit est toujours stressante. Il n'y a personne à qui parler et personne pour vous aider en cas de problème. La clinique n'a pas de téléphone, l'ambulance est rattachée à l'hôpital à 40 kilomètres d'ici et la route pour y aller est mauvaise. C'est encore pire actuellement car on est en pleine saison des pluies.

### Personnage B

Nous sommes dans une clinique, la nuit.

Vous êtes une femme enceinte de son troisième enfant. Le travail a commencé chez vous il y a six heures et vous voyez que vous commencez à perdre du sang. Vous avez très peur et vous arrivez à vous faire conduire en voiture à la clinique par un homme du village. Il ne vous aide que parce que vous l'avez supplié de le faire. Il s'inquiète de ce que cela va lui coûter. Lorsque vous arrivez à la clinique, vous avez peur, vous êtes en travail et vous perdez du sang.

### Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles

- Quels sont les équipements nécessaires dans une clinique pour pouvoir apporter une réponse appropriée à ce problème ? Quels auraient alors été les systèmes nécessaires ? Que devrait alors faire un responsable ?
- Dans quelles circonstances un transport serait-il garanti pour les parturientes ? De quoi a-t-on besoin pour être sûr que ce transport soit garanti ?
- Quelles sont les actions qui permettraient aux femmes, dans cette situation, d'avoir un plus grand contrôle sur leur corps et sur leur santé ?



- Dans la mesure où ce sont les hommes autant que les femmes qui font et qui veulent des bébés, quelles sont les actions qui engageraient la responsabilité égale des hommes et des femmes pour que cette grossesse arrive à son terme sans problème de santé ?

## Jeu de rôles 5 : Accès

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Nous sommes dans une clinique antituberculeuse très fréquentée. Il est presque l'heure du déjeuner et les files d'attente se réduisent enfin. Un-e soignant-e (désignez-le/la) a très envie de prendre sa pause déjeuner et au loin nous voyons un-e patient-e (désignez-le/la) arrivant bien après l'heure d'ouverture de la clinique. »

### Personnage A

Nous sommes dans une clinique antituberculeuse très fréquentée. Il est presque l'heure du déjeuner et les files d'attente se réduisent enfin.

Vous venez d'une famille très pauvre. Vous êtes le seul à rapporter un revenu, et vous devez subvenir aux besoins de votre femme et de vos trois enfants. Vous travaillez dans une usine. Depuis quelques semaines, vous toussiez et vous avez de la fièvre. Vous pensez que c'est peut-être une rechute de TB. Il y a quelque temps, vous avez pris un traitement, mais vous avez dû l'interrompre parce que vous ne pouviez pas continuer à arriver en retard au travail plusieurs fois par semaine. Et aussi, vous aimez bien prendre un verre le soir, alors que les médicaments antituberculeux ne sont pas compatibles avec l'alcool.

Vous décidez qu'il faut faire quelque chose et que vous avez besoin d'aide. Vous avez pris un jour de congé pour venir au centre de soins primaires le plus proche de votre domicile. Un seul bus va directement au centre de soins primaires, et il est arrivé très en retard aujourd'hui. Vous arrivez tard, alors que la plupart des gens arrivent à 8 heures du matin. Lorsqu'enfin vous arrivez, vous êtes épuisé et pouvez à peine rester debout. Vous devez rejoindre la file d'attente. Toutes les personnes de la file d'attente sont mieux habillées que vous. Vous avez l'impression que tout le monde voit que vous êtes pauvre. Vous êtes un peu gêné car vous vous demandez de quoi vous avez l'air et si vous ne sentez pas mauvais après un si long voyage en pleine chaleur.

### Personnage B

Nous sommes dans une clinique antituberculeuse très fréquentée. Il est presque l'heure du déjeuner et les files d'attente se réduisent enfin. Un-e soignant-e a très envie de prendre sa pause déjeuner.

Vous êtes le-la soignant-e. Vous avez travaillé toute la journée et pourtant la file d'attente est encore longue. Vous voyez encore des gens arriver bien qu'il soit midi. Vous voyez un homme arriver à midi comme si c'était normal. Alors que vous partez pour votre pause déjeuner, vous passez devant cet homme et vous arrêtez en hochant la tête : « pourquoi arrive-t-il si tard ? » Mais vous voyez qu'il est très souffrant et vous vous demandez : « pourquoi n'est-il pas venu plus tôt ? »

#### Questions autour des problématiques de genre

- Quels sont les obstacles qui empêchent cet homme d'accéder aux services de santé ?
- Ces obstacles seraient-ils différents pour une femme ? En quoi ?
- Que peut-on faire pour améliorer l'accès aux services de personnes comme cet homme ?

### Jeu de rôles 6 : Organisation des services de santé à discuter après le jeu de rôles

---

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Nous sommes dans une clinique offrant des services divers, et qui propose des services spécialisés selon un calendrier hebdomadaire précis. Aujourd'hui, ce sont les services prénatals le matin et les maladies chroniques, comme l'hypertension artérielle, l'après-midi. Cette organisation est plus efficace pour le personnel. »

#### Personnage A

Nous sommes dans une clinique offrant des services divers, et qui propose des services spécialisés selon un calendrier hebdomadaire précis. Aujourd'hui, ce sont les services prénatals le matin et les maladies chroniques comme l'hypertension artérielle l'après-midi. Cette organisation est plus efficace pour le personnel.

Vous êtes l'infirmière chef de la clinique. C'est une journée normale à la clinique. Aujourd'hui, ce sont les services prénatals le matin et les maladies chroniques l'après-midi. Les journées comme celle d'aujourd'hui sont toujours difficiles car les files d'attente sont longues. Vous essayez de tout faire vite. Vous avez préparé la clinique pour les deux types de services que vous proposez aujourd'hui et espérez arriver à tout faire.

#### Personnage B

Nous sommes dans une clinique offrant des services divers, et qui propose des services spécialisés selon un calendrier hebdomadaire précis.

Vous êtes une mère et vous êtes venue pour la vaccination de votre enfant. Vous travaillez et avez dû pendre un jour de congé pour venir. Vous êtes une employée domestique et vous devez négocier chaque jour de congé, ce qui est souvent un problème. Vous voulez aussi recevoir votre injection contraceptive. Vous savez que la date de l'injection approche, et vous ne voulez pas être enceinte. Une fois que l'infirmière aura vacciné votre enfant, vous allez lui demander si elle peut vous faire l'injection aujourd'hui.

### Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles

- La clinique propose certains services certains jours. Qu'est-ce que cela implique pour les patients qui veulent recevoir des services différents de ceux qui sont programmés ce jour-là ? Qu'est-ce que cela vous indique à propos des postulats que nous avons en tête sur le temps dont disposent les patients ? Pourrions-nous organiser les services différemment si on s'adressait seulement aux femmes ? Ou seulement aux hommes ?

## Jeu de rôles 7 : Systèmes d'approvisionnement et d'équipement

Pour situer la scène avant de commencer le jeu de rôles, vous dites :

« Le médecin de cette clinique (désignez-le/la) vient juste de suivre un programme de formation sur le traitement des infections de l'appareil reproducteur. Il-elle a très envie de mettre en application ce qu'il-elle a appris. »

### Personnage A

Le médecin de cette clinique vient juste de suivre un programme de formation sur le traitement des infections de l'appareil reproducteur. Il-elle a très envie de mettre en application ce qu'il-elle a appris.

Vous êtes le médecin. Ce cours était très utile et maintenant vous savez demander aux femmes quels sont les symptômes, comment les examiner et comment rechercher les infections de l'appareil reproducteur les plus communes. Vous faites à la femme un examen vaginal et vous êtes certain-e qu'elle a une infection de l'appareil reproducteur supérieur. Vous lui dites qu'elle a besoin d'antibiotiques parce que la maladie est là depuis longtemps sans avoir été soignée. Vous dites à la femme d'aller à la pharmacie de la clinique pour prendre les médicaments et vous lui donnez une prescription.

### Personnage B

Vous êtes malade et avez une très forte douleur au dos, vous venez à la clinique pour consulter. Vous êtes très inquiet-ète.

### Personnage C

Vous êtes préparateur en pharmacie à la clinique. Vous prenez les ordonnances et vous délivrez les médicaments. Vous savez que la pharmacie est en rupture de stock de nombreux médicaments. Une femme vient chercher des antibiotiques, mais vous n'en avez plus. Vous lui dites que vous n'en avez plus et que vous ne pouvez rien faire. Si elle peut revenir la semaine prochaine, vous en aurez peut-être.

### Questions autour des problématiques de genre à discuter après le jeu de rôles

- Le programme de formation sur les infections de l'appareil reproducteur est-il un succès ?
- Quels sont les éléments de son succès ou de son échec ?
- Quels sont les éléments du système de services de santé qui ne fonctionnent pas ?
- Quelles en sont les conséquences ? Les conséquences risquent-elles d'être différentes pour les femmes et les hommes ? De quelles façons ?

## Application d'une perspective liée au genre et aux droits au fonctionnement d'un centre de santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



3 hrs

#### Les participant-e-s vont :

- Apprendre à observer et analyser divers éléments d'une structure de santé à travers un prisme lié au genre et aux droits
- Identifier les éléments nécessaires à la prise en compte des questions liées au genre et aux droits dans une structure de santé.

[durée] 3 heures

### Matériel

- Document : Guide d'observation pour la visite d'une structure de santé.

### Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux parties. La première activité est la visite d'une structure de santé qui doit avoir lieu le matin, avant de faire l'exercice de la roue des systèmes de santé (session 2). En programmant la visite de la structure de santé avant la session 2 vous permettrez aux participant-e-s de mieux comprendre quels sont les éléments qui composent un système de santé. La seconde activité est une discussion de l'ensemble du groupe ouvrant sur une synthèse détaillée de l'animateur-trice.



2 hrs

### Activité 1 : Visite d'une structure de santé



10 mins

#### Etape 1 : Préparation

Avant le début de la session, distribuez aux participant-e-s les instructions décrites dans l'étape 2 et, s'il en existe, distribuez des brochures présentant la structure de santé et les services qu'elle propose afin que les participant-e-s puissent en prendre connaissance.



**Etape 2 :  
Instructions  
pour l'activité**

Répartissez les participant-e-s en 4 groupes et remettez-leur le Document. Expliquez que chaque groupe va visiter un service de la structure de santé. La tâche de chaque groupe consiste à observer et, si nécessaire, à entrer en interaction avec les clients/patients et le personnel de santé afin de recueillir des informations sur la qualité des services de santé, sur le degré de prise en compte des questions de genre et de droits dans la planification de l'offre des services de santé. Plus particulièrement, ils doivent observer les éléments suivants de la qualité des soins :

- L'interaction client/personnel
- L'information/le conseil aux clients
- La disponibilité du matériel, de l'équipement et des médicaments essentiels nécessaires, le respect des normes et standards.

Expliquez que les groupes ont approximativement 2 heures et demie pour faire la visite et qu'ils doivent ensuite rédiger un rapport de groupe qu'ils présenteront le lendemain matin devant l'ensemble des participants (30 minutes).



**Etape 3 :  
Rapport et  
discussion**

Le rapport est fait le lendemain de la visite, le matin. Chaque groupe à son tour dispose de 10 minutes pour présenter ses résultats. La présentation doit comporter les points suivants :

- Une description générale des observations du groupe sur la structure de santé et son environnement interne et externe, sur la présence du personnel, le nombre de patients, etc.
- Parmi les éléments de la qualité des soins dont la liste figure ci-dessous, quels étaient ceux qui étaient présents et quels étaient ceux qui manquaient
- Les mesures à prendre pour que la clinique et la structure de santé prennent en compte les questions liées au genre et aux droits.

Après chaque présentation, laissez assez de temps pour discuter des questions liées au genre et aux droits.

**Points clés de la  
discussion**

Faites le lien entre cet exercice et le jeu de rôles de la roue des systèmes de soins, et montrez que certains des scénarios représentés dans les jeux de rôles ressemblent beaucoup aux situations que les participant-e-s ont vues dans la structure de santé.

Quels aspects liés au genre et aux droits avez-vous identifiés dans le service ou la clinique que vous avez visitée ? Quelle est l'influence des questions de genre et de droits sur l'environnement interne et externe,

sur le personnel, sur le nombre de clients, etc. ? Par exemple, existe-t-il des toilettes séparées pour les hommes et pour les femmes ? Existe-t-il des pièces séparées pour les consultations et le conseil ? Les femmes sont-elles accompagnées par leurs maris ? Si la réponse est oui, cela témoigne-t-il d'une égalité entre les sexes ? Dans le personnel de santé, compte-t-on plus de femmes ou d'hommes ? Si les femmes sont plus nombreuses, pourquoi ? Qu'est-ce que cela montre ? Cela risque-t-il d'avoir une incidence sur l'accès des hommes à ces services ?

Il est important aussi d'aborder les questions liées aux droits telles que le respect de la vie privée et la confidentialité, et de se demander si ces deux droits sont respectés pendant la consultation. Si les consultations ont lieu dans des pièces séparées, on peut supposer que la vie privée est respectée, mais qu'en est-il si les dossiers médicaux personnels ne sont pas tenus sous clé et si n'importe qui peut y accéder et les lire ?

Une autre question importante concerne le consentement informé et consiste à se demander si les personnes sont informées des examens ou du traitement qu'on risque de leur prescrire. Cette question est également liée au droit à l'information et à l'auto-détermination. Les personnes doivent avoir des informations suffisantes sur l'examen médical qu'elles subissent ou sur le traitement qu'elles risquent de devoir suivre, afin de pouvoir faire un choix informé. Le matériel d'information, éducation et communication placé dans la salle d'attente et dans les salles de consultation peut également permettre de mieux informer et de développer les connaissances des patients sur des questions de santé précises.

Le temps peut également être une contrainte empêchant les personnes d'accéder aux services. Par exemple, des heures d'ouverture différentes pour des services spécifiques risquent de créer une charge supplémentaire pour les femmes qui pourraient devoir revenir plusieurs fois à la clinique pour obtenir des services différents.

## Points principaux pour conclure la session

Il est important de souligner que les aspects liés au genre et aux droits ne sont pas des obstacles mais qu'ils permettent d'améliorer la qualité des services de santé. Résumez certains des points liés au genre et aux droits qui ont été abordés pendant la discussion. En particulier, montrez que souvent les problèmes de qualité des soins ne tiennent pas seulement à des détails techniques ou à des causes médicales mais qu'ils ont aussi des répercussions en terme de genre et de droits.

A la fin de cette session, prévoyez 10–15 minutes pour donner aux participant-e-s les instructions pour leur exercice d'application et pour distribuer le document (voir Session 5 du module Politiques).

Session développée par Ashraf Badri, Sundari Ravindran et  
Manuela Colombini





## Document

## Guide d'observation pour la visite d'une structure de santé

Pendant votre visite d'une structure de santé, vous allez travailler en 4 groupes. Chacun va visiter un service particulier de la structure de santé.

Votre tâche consiste à observer et, en cas de besoin, à interagir avec les clients/patients et le personnel de santé pour recueillir des informations sur la qualité des services et sur le degré de prise en compte des questions liées au genre et aux droits dans la planification de l'offre.

Nous souhaiterions que chaque groupe observe les éléments suivants de la qualité des soins (voir tableau ci-dessous). Vous allez devoir rédiger un rapport de groupe et le présenter devant l'ensemble du groupe lors de la séance de demain matin. Cette présentation devra comporter les points suivants :

- Une description générale de ce que votre groupe a pu observer sur la structure de santé et son environnement interne et externe, le personnel, le nombre de clients, etc.
- Parmi les éléments de la qualité des soins dont la liste figure ci-dessous, quels étaient ceux qui étaient présents et quels étaient ceux qui manquaient
- Les mesures à prendre pour que la clinique et la structure de santé prennent en compte les questions liées au genre et aux droits.

La présentation ne doit pas durer plus de 10 minutes. Vous pouvez préparer un document écrit et le soumettre à l'animateur-trice, mais aussi des transparents ou une présentation PowerPoint.

Élément	Définition de l'élément : quelques exemples
Interaction client / personnel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprend l'influence du genre sur la vulnérabilité et le risque, mais aussi sur les comportements de recherche de soin et le suivi du traitement</li> <li>• Garantit le respect de la vie privée et de la confidentialité</li> <li>• Respecte la dignité du patient</li> <li>• Traite tous les patients avec le même respect quelle que soit leur position économique et sociale</li> <li>• N'essaie en aucun cas de persuader ou de contraindre les patients</li> <li>• Mène une conversation qui engage vraiment les deux personnes sans porter de jugement, et facilite une prise de décision informée.</li> </ul>
Information / Conseil au client	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disponibilité de matériel d'information</li> <li>• Le-la conseiller-ère ne part pas de l'hypothèse que le client ne sait rien et reconnaît les connaissances du patient</li> <li>• Respect de la vie privée et de la confidentialité pendant et après la séance de conseil</li> <li>• Le-la conseiller-ère respecte la culture et le système de valeurs des client-e-s</li> <li>• Le conseil est disponible pour toutes les personnes (par exemple, les conseils en planification familiale ne sont pas réservés aux seules femmes mariées)</li> <li>• Les conseils comportent des questions relatives aux rôles et normes de genre, à l'accès et au contrôle des ressources et au pouvoir de décision</li> <li>• La séance de conseil apporte effectivement des informations sur la nature du problème, sur les moyens de prévenir ce problème, sur les options de traitements disponibles et sur le traitement conseillé par le-la conseiller-ère</li> <li>• Le-la conseiller-ère dispose d'assez de temps pour apporter ses conseils au client.</li> </ul>
Disponibilité du matériel, de l'équiperment et des médicaments essentiels nécessaires, respect des normes et standards	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'espace physique est bien organisé et les instructions aux patients pour la recherche d'informations sont clairement visibles</li> <li>• La salle d'attente est bien adaptée</li> <li>• Table, speculum, gants</li> <li>• Electricité, approvisionnement en eau, toilettes fonctionnelles et accessibles pour les femmes et les hommes</li> <li>• Maintien d'un approvisionnement constant en médicaments, matériel et équipement nécessaires</li> <li>• Les médicaments et le matériel sont stockés dans de bonnes conditions</li> <li>• Les déchets dangereux pour la santé sont éliminés dans de bonnes conditions</li> <li>• Les protocoles de gestion sont disponibles et bien visibles</li> <li>• L'organisation de la clinique prend en compte les besoins spécifiques des femmes et des hommes découlant des inégalités entre les sexes et des autres inégalités sociales : par exemple, le calendrier des activités tient compte de la charge de travail des femmes et de la disponibilité des moyens de transport ; une attention particulière est accordée aux personnes illettrées, par exemple avec des instructions orales ou en images, des pancartes en langue locale, des bureaux d'accueil ou une personne disponible à la réception pour venir en aide à celles et ceux qui en ont besoin.</li> </ul>

## Intégration des dimensions sociales et de genre dans la planification des programmes de santé

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Savoir analyser un problème de santé en matière de reproduction et en trouver les causes
- Développer leur capacité à définir des projets au sein des systèmes de santé pour résoudre ces problèmes
- Appliquer les outils de genre pour améliorer la prise en compte des questions de genre dans les projets.

**[durée] 1 heure 30 minutes**

### Matériel

- Document 1 : « Pourquoi ? »
- Environ 200 cartes en forme de disque de 4 couleurs différentes, 50 de chaque couleur
- 2 tableaux à feuilles blanches avec l'inscription « Une femme est stérile à cause d'une infection sexuellement transmissible qui n'a pas été traitée » en bas à gauche, 2 tableaux à feuilles blanches avec l'inscription « Un homme est stérile à cause d'une infection sexuellement transmissible qui n'a pas été traitée »
- De quoi coller les disques sur le tableau, et des tableaux à feuilles blanches
- Diapositive : « Vos projets traitent-ils des questions de genre et de droits ? ». p. 336

### Déroulement de la session

Cette session commence par une activité en sous-groupes dans laquelle les participant-e-s explorent un problème lié à la santé (les infections sexuellement transmissibles) et développent des projets qui pourraient permettre de lever les obstacles à une amélioration de la santé. Ils-elles font alors une évaluation de ces projets en terme de sensibilité aux questions de genre, et les retravaillent. La seconde activité est une discussion de l'ensemble du groupe, suivie d'une récapitulation des points les plus importants par l'animateur-trice.



## Activité 1 : Etude du problème des maladies sexuellement transmissibles

### Etape 1 : Avant de commencer la session

**Préparation** Préparez des disques en carton de 6 cm de diamètre, de quatre couleurs différentes : environ 10 de chaque couleur pour chaque groupe (40 disques par groupe).



### Etape 2 : Instructions pour l'activité

Présentez la session et ses principaux objectifs. Répartissez les participant-e-s en quatre groupes de six à huit membres. Distribuez le Document 1 qui donne les instructions pour le travail du groupe. Deux groupes travaillent sur le cas d'une femme souffrant d'une infection sexuellement transmissible non traitée, et deux groupes travaillent sur le cas d'un homme souffrant d'une infection sexuellement transmissible non traitée. L'exercice comprend trois tâches principales :

- Une analyse des causes d'un mauvais état de santé
- Le développement d'actions susceptibles de traiter ces causes
- Une analyse de la prise en compte des questions de genre dans ces actions et de leurs effets en termes de droits (un moyen simple d'évaluer les effets en termes de droits est de se concentrer sur la discrimination).

Donnez aux participant-e-s cinq minutes pour lire le document et clarifiez les doutes qu'il pourrait y avoir.

Vous pouvez choisir de distribuer un document supplémentaire sur les questions de genre dans les infections sexuellement transmissibles si les participant-e-s ne connaissent pas bien ces questions.



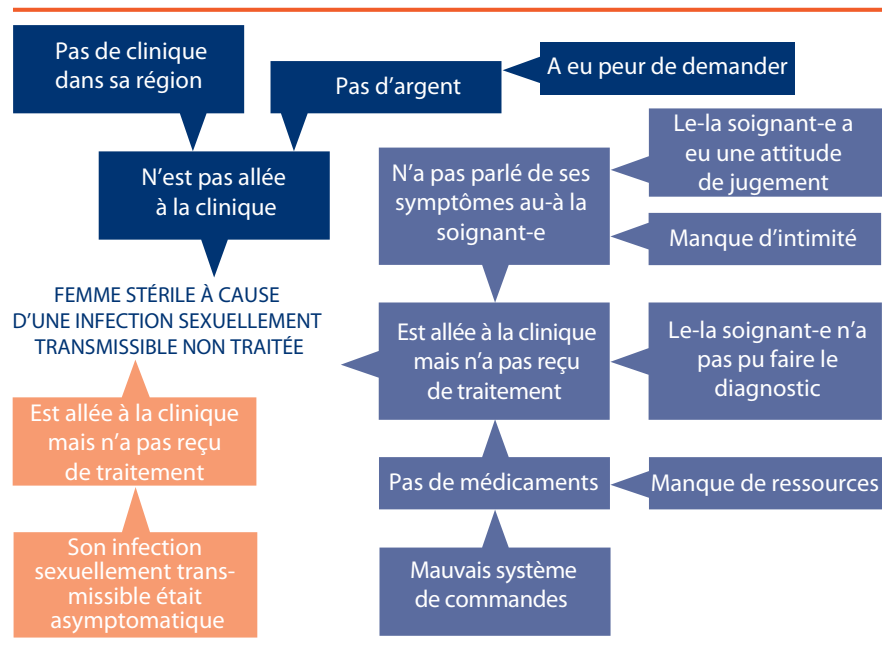
### Etape 3 : « Pourquoi ? »

En partant de l'affirmation « Une femme/un homme est stérile à cause d'une infection sexuellement transmissible non traitée » écrite en bas à gauche d'une grande feuille blanche, les groupes se demandent « Pourquoi ? », notent leur réponse sur un disque de carton de couleur et le collent à côté de la phrase. Pour faire leur analyse, les participant-e-s utilisent les acquis des modules Déterminants sociaux et Droits, ainsi que les deux premières sessions de ce module sur les Systèmes de santé.

Ils continuent à se demander « Mais pourquoi ? » jusqu'à ce que les raisons aient toutes été données. Toutes les raisons doivent découler directement les unes des autres, elles doivent être notées sur des disques de couleur identique et collées en groupes les unes à côté des autres. Les participant-e-s reviennent alors à l'affirmation originelle et explorent une autre raison pour laquelle la femme/l'homme n'a pas fait traiter son infection sexuellement transmissible.

Les participant-e-s doivent décrire le plus de raisons possibles avec le maximum de détails. Chaque disque doit comporter une seule question spécifique. Par exemple, « culture » n'est pas une raison

acceptable ; le groupe doit définir ce qui, dans la culture, constitue une raison dans ce cas précis, par exemple le fait que les femmes doivent avoir des relations sexuelles chaque fois que leur mari le souhaite.



#### Etape 4 : Actions

Une fois l'exercice terminé, le groupe regarde la chaîne d'événements de chaque raison précise, et réfléchit aux mesures à prendre dans le cadre du système d'offre de soins pour résoudre ou surmonter le problème. Pour montrer comment les groupes doivent essayer de développer les solutions, une ligne d'arguments et les actions possibles pour régler le problème sont présentées ci-dessous.

#### Ce que les services de santé peuvent faire

Problème identifié	Ce que le système de santé peut faire
Trop peur d'en parler au-à la soignant-e	Garantir une certaine intimité dans la clinique
Le-la soignant-e a une attitude de jugement	Ateliers avec les soignant-e-s, par exemple <i>Les soignant-e-s en faveur du changement</i> , qui amène le personnel de santé à étudier ses propres comportements et empêche d'incriminer les patient-e-s Instaurer des contrôles impromptus pour vérifier que le personnel de santé a un comportement professionnel
Pas de médicaments à la clinique	Mettre en place un système approprié de gestion des médicaments
Le-la soignant-e n'a pas pu faire le diagnostic	Organiser des stages de perfectionnement pour garantir les compétences techniques du personnel Développer des protocoles de traitement
La femme n'a jamais su qu'elle avait cette infection	Développer une éducation à la santé qui parle des signes et des symptômes des maladies courantes
Son mari ne lui a pas dit qu'il avait une infection	S'assurer que les hommes comme les femmes reçoivent les informations et souligner la nécessité de traiter les deux partenaires et d'informer le partenaire
Pas de clinique proche	Construire de nouvelles cliniques pour permettre un accès à tous Développer un système de transport pour les personnes éloignées

## Activité 2 : S'assurer de la prise en compte des questions de genre et de droits



### Etape 1 : Rapports devant le groupe et discussion

Chaque groupe à son tour présente une raison et la chaîne d'événements qui lui est liée. Après chaque présentation, posez des questions demandant aux participant-e-s d'expliquer leur raisonnement, de justifier les actions qu'ils-elles ont préconisées, d'en expliquer la faisabilité et en quoi elles incluent une perspective de genre et de droits. Chaque rapport et la discussion qui suit ne doivent pas durer plus de 12 minutes environ, en supposant qu'il n'y a pas plus de cinq sous-groupes.

L'expérience montre qu'au cours de cette session les groupes ont tendance à développer des actions qui répondent aux problèmes du secteur de la santé comme le manque de médicaments, le manque d'intimité, et les compétences et attitudes du personnel de santé. Les problèmes liés au genre, comme le manque de ressources financières des femmes, leur peur de demander de l'argent à leur mari, sont considérés comme des problèmes pour lesquels le système de santé est impuissant. Incitez les participant-e-s à réfléchir à des actions possibles dans le cadre des services de santé pour que les femmes qui se trouvent dans ces situations puissent accéder à ces services : développer des services mobiles ? Désigner des personnes chargées de la communication ou des volontaires au sein de la communauté ? Eduquer les hommes ?

Pendant la discussion, prévoyez du temps pour étudier le traitement qui a été fait des questions de genre et relatives aux droits. On pense souvent que les services destinés aux femmes traitent des questions de genre parce qu'ils se centrent sur les femmes. Montrez que ce n'est pas vrai et qu'on peut répondre aux besoins des femmes sans pour autant traiter des questions de genre (en fait, les services destinés aux femmes peuvent renforcer les inégalités entre les sexes), comme ont tendance à le faire, depuis des décennies, les services de santé maternelle.

### Vos projets traitent-ils des questions de genre et de droits ?

- Les projets traitent-ils des questions de genre ? Les traitent-ils selon le point de vue des utilisateurs-trices autant que du point de vue du personnel de santé ?
- Les projets essaient-ils de remettre en cause les rapports de genre et les relations sociales existantes ?
- A-t-on pris en considération les effets potentiellement différents de ce projet pour les femmes et pour les hommes (et pour différents groupes de femmes et d'hommes) ?
- Avez-vous vérifié qu'aucune partie de votre projet ne va contribuer à une détérioration de la position de genre des femmes (ou de la position des femmes pauvres par rapport à celle des femmes plus à l'aise financièrement) ?
- Ce projet risque-t-il de violer certains droits ? Avez-vous envisagé toutes les circonstances particulières dans lesquelles ces violations risqueraient d'intervenir ? Par exemple, lors du dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les femmes venant en consultation prénatale.
- Ce projet essaie-t-il de promouvoir les droits ? Quels droits défend-il ?



Les projets qui demandent aux femmes de négocier l'utilisation du préservatif, les projets qui demandent une information du/de la partenaire, etc. font partie des projets qui ont des implications en terme de genre. L'information du partenaire a aussi des implications en terme de droits. Dégagez de la discussion les moyens que les participant-e-s comptent utiliser pour faire respecter les droits lors de la mise en œuvre de leur projet. Le projet peut défendre entre autres les droits à l'information, à l'accès aux services publics, etc.



**Etape 2 :  
Conclusion**

Pour conclure, montrez que cette session s'inspire des modules Genre et Déterminants sociaux pour l'analyse des causes d'un problème lié à la santé, et des modules Genre et Droits dans l'étude des projets selon une perspective de genre et relative aux droits.

## Points principaux pour conclure la session

### Le succès dépend de la prise en compte des déterminants sociaux et de genre

La planification des projets de santé demande d'aller au-delà de la prise en compte des simples causes médicales et détails techniques d'un problème lié à la santé. On doit précisément prendre en compte les déterminants sociaux et de genre, et planifier les actions adaptées à ces déterminants. Faute de quoi les projets risquent de ne pas atteindre leurs objectifs de santé.

### Analyse des effets de genre et relatifs aux droits

Lorsque l'on planifie un projet, il ne faut pas se contenter de prendre en compte les facteurs à l'origine du problème qui sont liés au genre et aux droits. On doit également faire une analyse des effets possibles de la mise en application du projet en termes de genre et de droits. Des projets ne devraient jamais contribuer à nuire à l'équité sociale et entre les sexes ou à violer les droits de la personne humaine.

### Lien avec la roue des systèmes de santé

Montrez que les projets liés aux systèmes de santé qui ont été définis par les participant-e-s sont semblables à ceux qui ont été illustrés dans l'exercice sur la roue des systèmes de santé. On voit ainsi que les principes de traitement de questions génériques de santé peuvent s'appliquer à un problème précis de santé en matière de reproduction, par exemple les infections sexuellement transmissibles.



Document

1

## Pourquoi ?

*Vous avez reçu une feuille portant la phrase « Une femme/un homme est stérile à cause d'une infection sexuellement transmissible non traitée » en bas à gauche. Vous avez également reçu 40 disques de carton de couleurs différentes, 10 de chaque couleur. Vous avez 1 heure pour analyser les raisons de ce mauvais état de santé – une stérilité résultant du non-traitement d'une infection sexuellement transmissible – et pour développer les actions susceptibles de traiter ces causes.*

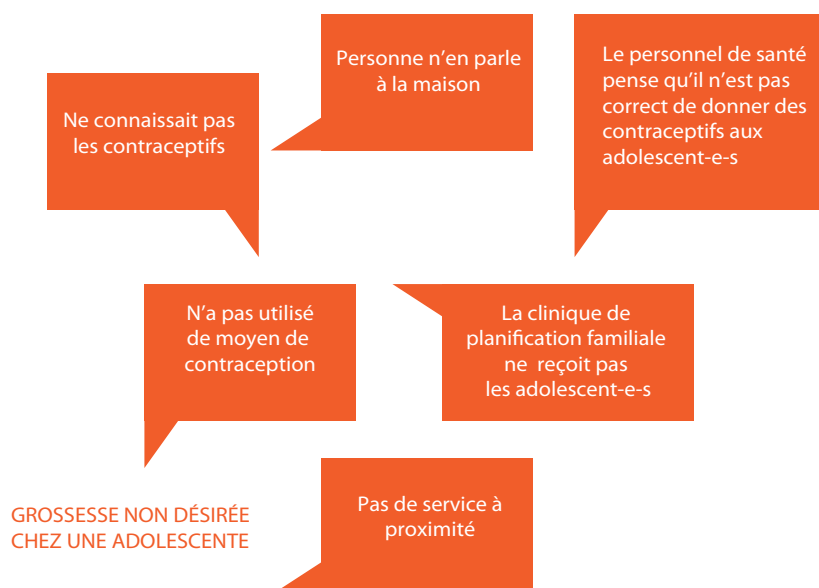


20 mins

## Tâche 1 : Pourquoi ?

En partant de l'affirmation « Une femme/un homme est stérile à cause d'une infection sexuellement transmissible non traitée », vous vous demandez « Pourquoi ? » et notez sur un disque de carton les raisons que vous trouvez. Collez le disque de carton à côté de la phrase de départ sur la grande feuille de papier. Continuez à vous demander « Mais pourquoi ? » jusqu'à ce que vous ayez remonté toute la chaîne des raisons. Toutes les raisons doivent découler directement les unes des autres. Vous devez noter chaque raison sur un disque de la même couleur que le premier disque et la coller juste à côté de la raison dont elle découle. Revenez ensuite à la phrase originelle et explorez une autre raison pour laquelle la femme/l'homme n'a pas fait traiter son infection sexuellement transmissible, en utilisant des disques d'une couleur différente. Sur chaque disque doit figurer une seule question précise. N'utilisez pas de termes généraux comme « culture » ; expliquez quel est l'aspect de la culture qui est à l'origine du problème.

Le schéma suivant montre une série de raisons expliquant un autre problème







## Tâche 2 : Rompre la chaîne

Une fois cet exercice terminé, analysez la chaîne des événements menant à chaque cause, et identifiez tous les points auxquels on peut rompre la chaîne par une intervention appropriée. Développez une action permettant de traiter ou dépasser ce problème par un changement dans le système d'offre de soins. Notez ces actions sur un *flip chart* ou sur un transparent. Soyez aussi précis-e-s et créatif-ve-s que possible.

Pour illustrer ce que vous devez faire, le tableau suivant présente une chaîne d'arguments et les actions envisageables.

### Ce que les services de santé peuvent faire

Problème identifié	Ce que le système de santé peut faire
La clinique ne reçoit pas les adolescent-e-s	Ateliers avec les soignant-e-s, par exemple <i>Les soignant-e-s en faveur du changement</i> , qui amène le personnel de santé à étudier ses propres comportements et empêche d'incriminer les patient-e-s  Instaurer des contrôles impromptus pour vérifier que le personnel de santé a un comportement professionne.
Pas de clinique à proximité	Construire de nouvelles cliniques pour permettre un accès à tous  Faire en sorte que des contraceptifs soient disponibles dans les écoles et par des systèmes communautaires de distribution.

## Tâche 3 : Genre et droits

Étudiez les actions que vous avez jugées envisageables et posez-vous les questions suivantes :

- Les projets traitent-ils des questions de genre ? Les traitent-ils selon le point de vue des utilisateurs-trices autant que du point de vue du personnel de santé ?
- Les projets essaient-ils de faire évoluer les rapports de genre et les relations sociales existantes ?
- A-t-on pris en considération les effets potentiellement différents de ce projet pour les femmes et pour les hommes ?
- Avez-vous vérifié qu'aucune partie de votre projet ne va contribuer à une détérioration de la position de genre des femmes vis-à-vis des hommes ?

- Ce projet risque-t-il de violer certains droits ? Avez-vous envisagé toutes les circonstances particulières dans lesquelles ces violations risqueraient d'intervenir ? Par exemple, lors du dépistage des infections sexuellement transmissibles chez les femmes venant en consultation prénatale.
- Ce projet essaie-t-il de promouvoir les droits ? Quels droits défend-il ?

Préparez une brève présentation d'environ 10 minutes que vous ferez devant l'ensemble du groupe.

## Synthèse du module

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



A la fin de cette session les participant-e-s auront développé des compétences permettant d'élaborer des projets de santé qui prennent en compte le genre et les droits. Plus particulièrement, ils-elles sauront également comment intégrer les questions de genre et de droits dans une analyse des différents services existant au sein d'une structure de santé réelle.

**[durée] 15 minutes**

### Déroulement de la session

Présentez à nouveau les objectifs de la Présentation du module. Rappelez aux participant-e-s les composantes d'un bon fonctionnement d'un système d'offre de soins, importantes pour la qualité des soins.

Expliquez que souvent les problèmes de qualité des soins ne tiennent pas seulement à des détails techniques ou à des causes médicales, mais qu'ils ont aussi des répercussions en termes de genre et de droits. Pendant ce module, les participant-e-s ont appris à appliquer une analyse des services de santé dans une perspective liée au genre et aux droits.

### Introduction au module Politiques

Le module Systèmes de santé a étudié la difficulté d'adapter les services de santé aux besoins des femmes, des hommes et de tous les utilisateurs des services. Il a apporté des idées sur le contenu des changements à faire.

Tout au long du prochain module, les participant-e-s vont appliquer le cadre politique et les outils de planification stratégique pour penser au « comment » de ces changements. Par exemple, ils-elles souhaiteront peut-être mettre en place une meilleure qualité de services, suivant l'exemple donné dans le module Systèmes de santé. Ils devront alors réfléchir aux obstacles à la mise en application, à leurs alliés possibles, etc., pour mieux pouvoir mettre en place des changements efficaces dans le système de santé.



## Module 6 : Politiques





## Présentation du module

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer du module Politiques

---

#### Les participant-e-s vont :

- Formuler ensemble une définition des « politiques »
- Conceptualiser le processus d'élaboration d'une politique, en intégrant les divers facteurs qui influencent les décisions politiques et la mise en application des politiques aux niveaux du gouvernement, du travail ou du ménage
- Identifier les composantes nécessaires à l'élaboration/la planification stratégique pour un changement de politique/d'offre de services
- Identifier les inégalités entre les sexes dans les politiques et les programmes et lutter contre ces inégalités dans l'analyse politique, l'élaboration et la mise en application des stratégies
- Utiliser les outils et les concepts appris dans le cours pour développer, dans le contexte de leur travail, des solutions à un problème lié à la santé.

### Base conceptuelle du module

---

#### Hostilité au changement

Dans la plupart des pays, les politiques (y compris le droit) et/ou les pratiques doivent changer pour permettre aux personnes de bénéficier de leurs droits et d'une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction. Le contexte politique et social est souvent hostile à ces évolutions même si on a tout lieu de penser qu'elles amélioreraient la santé de la population. Ces résistances apparaissent notamment à l'encontre des changements nécessaires à la promotion de l'égalité des sexes.

#### Analyse

Dans ce contexte, les promoteurs de la santé et les décideurs des services de santé doivent analyser les politiques pour comprendre les obstacles contextuels et institutionnels au changement. Ils et elles doivent aussi pouvoir identifier les opposants ou les personnes qui n'ont aucun intérêt à ces changements et comprendre leurs raisons et le type d'influence qu'ils exercent sur la politique. A partir de ces éléments, ils et elles doivent planifier des campagnes de promotion ou des projets pour mettre en place les conditions favorables aux évolutions nécessaires.

### Planification stratégique

Un obstacle important à l'amélioration des services de santé en matière de sexualité et de reproduction est le manque d'expérience des dirigeants des services de santé en matière de décisions stratégiques entraînant un changement. Ces dirigeants ont besoin d'acquérir les capacités à développer un plan stratégique de mobilisation pour le changement. Il faut aussi recourir à un plan stratégique pour faire en sorte que les conditions pratiques pour la mise en application du changement soient en place – par exemple la mobilisation des ressources, la formation d'alliances et de réseaux, la formulation des méthodes et des messages de promotion. Pour faire une planification stratégique, on doit connaître les mécanismes des stratégies de changement qui vont améliorer l'égalité sociale et de genre. Les nouvelles politiques et les nouveaux programmes pourront alors aborder conjointement les questions pratiques et d'efficacité, ainsi que celles qui touchent à l'égalité et à l'équité.

### **Le terme « politique » ayant des significations différentes selon le contexte politique, la première session construit une définition commune qui sera utilisée dans la suite du module.**

Le but est d'appréhender le terme dans son sens le plus large, afin que le module puisse servir à des niveaux très divers dans l'analyse et les projets de changement. Ces changements peuvent en effet intervenir à divers niveaux, dans la législation ou dans les politiques des systèmes de santé, par exemple dans les mécanismes garantissant une distribution efficace des médicaments, dans les processus de décision sur un terrain sanitaire particulier, ou encore dans les priorités gouvernant les activités d'une ONG particulière. Cette session familiarise aussi les participant-e-s avec les concepts de politiques aveugles aux questions de genre, de politiques neutres du point de vue du genre, de politiques spécifiques selon le genre et de politiques de redistribution entre les sexes, autant de concepts qui permettent de classer les politiques en fonction de leurs méthodes d'identification et de traitement des questions de genre.

**La deuxième session** construit une définition commune des divers facteurs déterminant :

- L'identification (ou non) d'un problème comme sujet de préoccupation par les décideurs politiques
- Le choix des solutions ou des options politiques
- Les processus par lesquels ces solutions se traduisent en politique formelle ou informelle
- Les processus par lesquels elles sont plus ou moins mises en application.



A partir d'un modèle, la session montre les relations entre différents facteurs comme le contexte général, les spécificités d'une politique ou de son processus de mise en application et les différents acteurs, relations qui interviennent à des moments différents mais interdépendants du processus politique. La session propose également un certain nombre d'études de cas qui illustrent les applications possibles du modèle d'analyse politique et des outils de planification stratégique présentés.

**Dans la Session 3, les participant-e-s analysent une politique de santé en matière de reproduction à partir d'un cadre d'analyse relatif aux droits liés à la sexualité et à la reproduction.** Ils utiliseront dans ce but une étude de cas sur la politique de population d'un pays.

**La quatrième session apporte aux participant-e-s un outil de planification stratégique à partir de l'analyse politique faite dans le cadre de la session précédente.** Cet outil permet aux participant-e-s de se préparer à une évaluation continue d'un projet de changement dans le cadre de leur lieu de travail, quel que soit le niveau auquel ce changement leur semble nécessaire. Ils-elles pourront stimuler ces changements en tant que décideurs politiques au gouvernement ou au parlement de leur pays, en tant que donateurs, en tant que responsables de structures de santé ou d'ONG.

Le module se termine sur une session (**Session 5**) qui, par un exercice récapitulatif, aide les participant-e-s à appliquer les idées de ce module – et de ceux qui précèdent – pour développer des solutions relatives à un problème de services de santé auquel ils-elles sont confrontés dans leur travail.

Enfin la **Session 6** présente une vue globale des outils et concepts présentés dans le module.

## Organisation du module

		<b>Objectifs</b> <b>Les participants vont :</b>	<b>Type d'activité</b>	<b>Durée :</b> <b>17 heures</b>
Session d'introduction	Introduction au module Politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se familiariser avec les objectifs et le contenu du module</li> </ul>	Session de présentation	15 minutes
SESSION <b>1</b>	Qu'est-ce qu'une politique ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formuler ensemble une définition des « politiques »</li> <li>Comprendre les méthodes d'identification et de traitement des inégalités entre les sexes par différentes politiques</li> </ul>	Discussion de l'ensemble du groupe	45 minutes
			Activité en sous-groupes suivie d'une discussion de l'ensemble du groupe	45 minutes
SESSION <b>2</b>	Cadre d'analyse du processus politique et de mise en application des politiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre les processus complexes de développement et de mise en application des politiques</li> <li>Se familiariser avec un modèle d'identification des facteurs influençant les décisions et la mise en application des politiques à différents niveaux</li> </ul>	Présentation de l'animateur-trice entre coupée de discussions avec l'ensemble du groupe autour d'un document sur le processus politique	Lecture personnelle d'un document la veille de la session
			Trois groupes reçoivent chacun une étude de cas sur un changement de politique et doivent faire une analyse du processus politique	1 heure 15 minutes
			Rapport devant le groupe et discussion	Travail en sous-groupes, 1 heure
SESSION <b>3</b>	Analyse de politiques de population/de santé en matière de reproduction selon une perspective relative au genre et aux droits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconnaître les politiques comme cadres de lutte et voir que les concepts de droits et santé en matière de reproduction étudiés dans ce cours partent d'une approche relative aux droits humains dont le but est le renforcement du pouvoir des femmes, l'égalité des sexes et l'équité dans la distribution des ressources</li> <li>Savoir appliquer un cadre relatif aux droits liés à la sexualité et à la reproduction pour l'analyse des politiques</li> </ul>	Lecture individuelle d'un exemple national	En dehors du cours, la veille de la session
			Présentation de l'animateur-trice	30 minutes
			Discussion informelle à deux/en groupe à partir des exemples nationaux	1 heure 30 minutes
			Discussion de l'ensemble du groupe	
SESSION <b>4</b>	Outils pour infléchir le processus politique et de mise en application	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre que différentes stratégies doivent viser différents individus en fonction de leur position et de leurs attitudes vis-à-vis d'un objectif politique</li> <li>Découvrir un modèle de « marche à suivre » pour soutenir la planification stratégique</li> </ul>	Brève présentation et jeux de rôles	1 heure
			Exercice en sous-groupes et discussion avec l'ensemble du groupe	2 heures 30 minutes
SESSION <b>5</b>	Exercice récapitulatif : développement d'un projet plus sensible aux questions de genre et de droits	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appliquer les outils et les concepts appris dans ce cours pour développer des solutions relatives à un problème de santé dans leur environnement de travail</li> </ul>	Travail individuel Commentaires et réactions de l'animateur-trice	6 heures de travail en cours, dont 2 heures de réactions et commentaires de l'animateur-trice, travail en dehors des heures de cours
SESSION <b>6</b>	Synthèse du module	<ul style="list-style-type: none"> <li>Avoir une vision globale des outils et concepts présentés dans le module et de leurs liens avec les autres modules</li> </ul>	Présentation	15 minutes

## Introduction au module Politiques

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session

---



Les participant-e-s connaîtront la structure, le contenu et les objectifs du module Politiques.

**[Durée] 15 minutes**

### Déroulement de la session

---

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.



Présentez la session à l'aide de **diapositives** tirées de la Présentation du module :

- « Ce que les participant-e-s vont retirer du module Politiques »
- « Structure du module Politiques »
- « Organisation du module ».

Vous devez mettre en avant les points suivants :

- Le but de ce cours est de construire la confiance des participant-e-s et leurs capacités à stimuler un changement, quel que soit le niveau auquel ils-elles travaillent
- Ce module permet d'analyser le processus de changement pour permettre aux participant-e-s d'appuyer ces changements dans leur propre profession.

## SESSION

## 1

## Qu'est-ce qu'une politique ?

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Formuler une définition commune des « politiques »
- Comprendre les méthodes d'identification et de traitement des inégalités entre les sexes par différentes politiques.

#### [durée] 1 heure 30 minutes

La durée de cette session va dépendre de l'expérience qu'auront les participant-e-s des processus politiques et du degré d'influence qu'ils-elles pensent pouvoir avoir. Avec un groupe de personnes travaillant sur la définition des politiques ou la promotion, toute la session pourra n'être qu'une discussion plénière, introduction à la session suivante.

### Matériel

- Document : « Méthodes d'identification et de traitement des inégalités entre les sexes dans différentes politiques »
- Flip chart
- Diapositive : « Définition du terme "politique" », p. 352
- Document ou diapositive : Tableau « Différentes approches politiques du genre p. 353.

### Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. La première est une session de réflexion collective suivie d'une discussion, dont le but est de dégager le sens que les participant-e-s donnent au terme « politique » et d'en tirer une définition. La seconde activité est un exercice de groupe.



## Activité avec l'ensemble du groupe : que veut dire le terme « politique » ?



**Etape 1 : Exploration de définitions larges** Demandez aux participant-e-s quel est pour eux-elles le sens du terme « politique » et notez leurs idées sur un transparent ou sur un tableau à feuilles.

### Points clés de la discussion

Le sens du terme « politique » n'est pas le même partout. On en a souvent une conception étroite qui recouvre les lois et/ou règlements du gouvernement. Pour ce cours, dont le but est de stimuler des changements dans les pratiques à quelque niveau que se situent les participant-e-s, il est nécessaire d'en avoir une définition plus large.

La discussion va probablement déboucher sur une vaste liste des significations possibles du terme, qui incluent :

- Les objectifs/buts/visions d'un gouvernement, d'un groupe ou d'une organisation
- Le plan d'action adopté conformément à ces objectifs
- Une décision
- Un groupe de décisions
- Une orientation
- L'évolution de la politique au cours du processus de mise en application, si bien que souvent l'intention à la base de la politique formelle, comme par exemple une loi, n'est pas réellement appliquée en pratique
- La traduction de la politique en termes pratiques (c'est-à-dire par une approche) ou par écrit (par exemple dans un livre blanc, une loi ou une feuille de mission).

Invitez les participant-e-s à donner des définitions larges du terme « politique », à des niveaux divers. S'ils-elles n'arrivent pas à ce genre de définition, posez des questions telles que : « Qu'en est-il des ménages ? Les ménages ont-ils des politiques ? ». Les participants vont probablement donner des idées comme l'allocation à son épouse par l'homme chef de ménage d'une somme fixe destinée aux dépenses domestiques du mois ; ou la règle selon laquelle les enfants doivent rentrer à la maison le soir avant une certaine heure ; ou la règle selon laquelle la femme doit s'occuper de la préparation des repas et les hommes sont servis les premiers à table. Les participant-e-s verront alors que des pratiques constantes sont une forme de politique.

Pensez aussi aux politiques au travail, comme par exemple le nombre de jours de congés autorisé ou les procédures de règlement des conflits.

La majorité des exemples donnés dans ce cours concernent des politiques gouvernementales – par la législation ou dans les services de santé publique – mais il est nécessaire d’avoir une perspective plus large sur la politique. Elle peut renforcer le pouvoir non seulement des participant-e-s travaillant pour l’Etat mais aussi de celles et ceux qui travaillent pour des ONG, des organisations donatrices ou d’autres structures, et leur permettra ainsi de développer les compétences qu’ils-elles devront déployer pour stimuler une prise de conscience ou pour influencer un changement de politique.



Résumez les définitions sur une **diapositive**.

#### Définition du terme « politique »

- Les politiques existent au-delà des lois et règlements gouvernementaux
- Des politiques existent à tous les niveaux de la société – international, national, provincial, au niveau de la communauté, du ménage
- La politique existe dans différents secteurs de la société – le gouvernement, le secteur privé, la société civile (institutions religieuses, syndicats, ONG), les ménages
- La politique évolue au cours de sa mise en application, si bien que la politique que l’on a l’intention de mener est parfois différente de celle qui est menée en pratique.

Une définition large du terme « politique » peut être formulée ainsi :

**Les politiques sont des principes, des lignes directrices et des objectifs dont le but est de guider les activités aux niveaux organisationnel, sectoriel, national ou international.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Extrait de « Policy formulation, analysis and influence », présentation lors du cours mené en 1999 au Kenya, par le Centre for African Family Studies.

**En Chine, le terme utilisé pour dire « politique » recouvre celui de « gouvernement ». Politique veut donc dire « stratégie du gouvernement ».**

Voici certaines des définitions données par les participant-e-s lorsque le cours a été donné en Chine :

- Règles de comportement et principes de distribution des ressources
- Modèles
- Schémas gouvernementaux de distribution des ressources
- Manœuvres
- Des personnes ne peuvent pas faire des politiques
- Certaines règles de gestion par le gouvernement sur des sujets spécifiques
- Règlements
- Série de règles et de lois adoptées par la classe dirigeante pour maintenir son propre pouvoir
- Méthode de gestion requise par le gouvernement
- La politique se situe en dessous des lois et au-dessus des règlements
- La politique signifie d’agir conformément aux règles
- Restrictions pour les individus
- Règlements directeurs énoncés par l’Etat
- Autoritaire et obligatoire
- Inclut la politique et la stratégie
- Les règles de la conscience bureaucratique.

Partant de cette vision étroite, une discussion était nécessaire pour arriver à décrire le terme « politique » plus largement, par exemple avec une politique au travail. Et il était encore plus important, la politique étant considérée comme relevant exclusivement du gouvernement, de trouver comment les participant-e-s eux-mêmes allaient s’engager dans les processus politiques. On pouvait ainsi mieux expliquer l’existence du module Politiques dans le cours et montrer la possibilité et l’importance de faire des politiques à différents niveaux pour parvenir à faire respecter les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Dans ce contexte, les participant-e-s ont eu besoin de temps pour explorer le sens de « politique ». L’animateur-trice a demandé à chacun-e de noter sa propre idée de ce qu’est la politique, et toutes ces définitions ont été discutées par l’ensemble du groupe.



**Etape 2 :**  
**Politiques**  
**formelles, écrites**  
**et politiques**  
**moins formelles,**  
**tacites**

Si votre groupe n'est pas familier avec le concept de politique, il peut être utile de diviser la session en plusieurs étapes en remplacement de la discussion avec l'ensemble du groupe.

Il faut faire la distinction entre les politiques formelles et les politiques informelles ou tacites. Par exemple, dans de nombreux pays, les services de santé urbains ont des structures meilleures, plus équipées et dotées d'un personnel plus nombreux que les services de santé ruraux. Il n'existe probablement pas de politique formelle donnant la priorité aux services urbains sur les services ruraux. Pourtant, dans les faits, en ne mettant pas l'accent sur l'importance égale des services de santé ruraux, la politique réelle, indépendamment de celle qui a été décidée, mène à une discrimination des services ruraux de santé et donc des personnes qui en dépendent. Si, conformément à la norme sociale, le système de santé n'emploie que des hommes aux postes à responsabilité, alors leur pratique impliquera sans doute une politique tacite d'exclusion des femmes.

Ainsi une absence de décision, ou le fait de ne pas s'occuper d'un problème, peut aussi être considéré comme une sorte de « politique-en-pratique ». Par exemple, si aucune législation ou aucun règlement ou même aucune pratique au sein du système de santé ne garantit que les personnes les plus pauvres puissent accéder financièrement aux services de santé, il s'agit de ce que l'on peut appeler une politique de facto. Ainsi, les non-décisions sont aussi des politiques.

Dans ce cours, le terme « politique » recouvre les divers sens qui ont été discutés précédemment. Mais lorsque vous allez donner le cours, vous allez certainement devoir être plus précis-e. Vous allez devoir expliquer aux participants à quels moments vous parlez de législation, à quels moments il s'agit de politique formelle (avec par exemple un livre blanc du gouvernement), de politique issue des tribunaux, de règlements (avec par exemple les décisions du gouvernement sur l'acceptabilité d'un médicament particulier), etc. Vous pouvez parler de politiques plus pratiques comme le protocole pour le traitement des maladies sexuellement transmissibles, ou relatives à un système institutionnel comme l'organisation de la supervision ou de la promotion du personnel. Les participant-e-s risquent d'être déroutés par l'utilisation d'un seul mot – politique – pour toutes ces pratiques, d'autant que certains pays comme le Burkina Faso, le Togo, la Guinée, la Côte d'Ivoire ont élaboré des documents nationaux de politiques et standards de santé maternelle et infantile ou de santé de la reproduction ainsi que des protocoles de services qui donnent des définitions précises de ces termes.

Dans ces documents, les politiques des services sont présentées comme étant les grandes orientations nationales définies par le gouvernement qui indiquent la direction à donner aux services et établissent les règles et réglementations générales de leurs prestations. Mais le but de ce module est d'identifier tous les systèmes de décision et toutes les décisions institutionnelles que les participant-e-s sont susceptibles de vouloir changer, quel que soit le niveau « politique » auquel ils se situent.





## Activité 2 : Identification et traitement des inégalités entre les sexes dans différentes politiques

En plus d'avoir une définition commune du terme « politique », les participant-e-s doivent pouvoir déterminer si et comment des politiques différentes identifient et traitent les inégalités entre les sexes.

**Etape 1 : Exemples de politiques** Préparez une liste d'exemples de politiques différentes. Le document vous indique quelques exemples qui vous donneront des idées. Vous pouvez utiliser ces exemples ou en intégrer de nouveaux et distribuer un nouveau document.



**Etape 2 : Travail individuel sur les exemples** Distribuez à chaque participant-e une copie du Document 1. Demandez-leur d'attribuer chaque politique à l'une des cases du tableau. Les participant-e-s disposent de 15 minutes pour faire cet exercice.



**Etape 3 : Etude de chaque politique par l'ensemble du groupe** Avec l'ensemble du groupe, passez en revue chaque politique. Projetez la **diapositive** sur lequel figure le tableau du document que vous avez distribué. Demandez à une personne du groupe quelle est la colonne (ou l'approche politique) qu'elle a attribuée à la Politique 1. Demandez aux autres membres du groupe s'ils-elles approuvent ce choix. Si les opinions divergent, il faut en débattre et arriver à un consensus. Notez ces informations dans la bonne colonne sur le transparent. Demandez alors à un-e participant-e quelle est la colonne qu'il-elle a attribuée à la Politique 2, et ainsi de suite jusqu'à ce que les huit politiques aient été passées en revue.

Expliquez que ces colonnes permettent d'avoir une idée générale du degré de prise en compte des normes de genre par les politiques, et de voir si et comment elles essaient de faire évoluer ces normes. Idéalement, nous devrions essayer de développer des politiques qui défendent l'équité et l'égalité entre les sexes ou, au minimum, rendent la vie des femmes plus facile.

Expliquez que les spécialistes des questions de genre ont donné des noms à chacune de ces approches. Notez le nom de chacune des approches politiques du transparent. Passez en revue chaque nom. Résumez ensuite chaque approche politique.

Avec les exemples donnés dans le tableau du document, le tableau complété se présenterait certainement de la façon suivante. Mais en fonction de ce qu'ils-elles auront ajouté pour chaque politique, les participant-e-s peuvent justifier une attribution à une autre colonne.

### Différentes approches politiques du genre

Politique discriminatoire	Aveugle aux questions de genre	Spécifique selon le genre	Faisant une redistribution entre les sexes
Cette politique est discriminatoire sur la base du sexe	Cette politique fait abstraction des normes de genre	Cette politique reconnaît des différences dans les rôles dévolus aux femmes et aux hommes, les responsabilités et l'accès aux ressources. Elle espère faciliter la vie des femmes, mais en réalité elle ne va pas faire évoluer les inégalités entre les sexes	Cette politique reconnaît des différences dans les rôles dévolus aux femmes et aux hommes, les responsabilités et l'accès aux ressources. Elle espère soutenir les évolutions dans ces domaines de façon à promouvoir l'égalité des sexes
		1	
		2	
		3	
			4
			5
6 ←	6		
7 ←	7		
			8
9			10

#### Points clés de la discussion

##### Politique discriminatoire

De nombreuses politiques ne reconnaissent pas l'existence de différences entre les femmes et les hommes. Certaines politiques, que l'on pourrait appeler « inégalitaires entre les sexes », privilégient en fait le bien-être des hommes aux dépens de celui des femmes. Ce sont des politiques qui nient directement les droits des femmes et donnent aux hommes des droits et des chances que n'ont pas les femmes. Par exemple, une politique qui refuse aux femmes mariées le droit à une assurance médicale à leur propre nom les rend dépendantes de leur mari pour accéder à une assurance médicale. Si leur mari est au chômage, elles (et leur mari) se voient refuser l'accès à une assurance médicale. Une politique demandant le consentement d'un homme pour qu'une femme soit stérilisée est aussi inégalitaire entre les sexes car elle donne délibérément aux hommes du pouvoir sur les femmes. Cette approche n'est pas mentionnée dans le tableau du document mais si de telles politiques existent dans votre pays, vous pouvez les y intégrer.

##### Aveugle aux questions de genre

Une politique aveugle aux questions de genre refuse de voir les différences de genre qui existent dans la distribution des rôles et des ressources. Ce qui peut donc sembler être une bonne politique – par exemple une politique de création de cliniques proches des populations – n'aura probablement pas les mêmes effets pour les hommes et pour les femmes puisque les femmes peuvent ne pas contrôler les moyens de transport permettant de se rendre à la clinique ou peuvent ne pas avoir

les moyens financiers de payer les services. Une politique de recrutement s'appuyant sur des critères comme le niveau de formation et les années d'expérience peut paraître juste. Mais elle ne reconnaît pas le fait que, si certaines femmes ont une solide expérience et des compétences dans leur travail, elles risquent de ne pas avoir eu les mêmes chances que les hommes dans l'accès à une éducation formelle, et cette politique va donc être discriminatoire envers les femmes. C'est pour cette raison que l'on peut dire qu'elle est ignorante des questions de genre – elle n'est pas intentionnellement discriminatoire, mais elle n'en renforce pas moins la discrimination liée au genre.

#### Spécifique selon le genre

Une politique spécifique selon le genre reconnaît les besoins spécifiques des femmes et des hommes et essaie d'y répondre. Par exemple avec la création pour les patientes d'une zone spécifique pour des consultations ambulatoires dirigée par des femmes médecins, pour permettre aux femmes de discuter librement de leurs problèmes de santé en matière de reproduction ; ou avec la formulation de projets d'éducation pour aider les garçons adolescents à résoudre le problème des pressions des membres de leur groupe les incitant à fumer et à boire de l'alcool.

#### Qui fait une redistribution entre les sexes

Les politiques qui font une redistribution entre les sexes essaient de faire évoluer l'attribution des rôles, des ressources et du pouvoir entre les hommes et les femmes dans la société. Par exemple : en faisant auprès des hommes une information sur les conséquences, en terme de santé de la reproduction, de la charge de travail des femmes et des problèmes liés aux grossesses répétées ; la promotion des méthodes de contraception masculine, avec un investissement dans la recherche sur ces méthodes.

## Points principaux pour conclure la session

---

Une analyse politique est nécessaire parce qu'elle permet d'avoir une action plus efficace sur le développement et la mise en application des politiques.

Session développée par Barbara Klugman



6. **Politique de recrutement du haut encadrement dans un département de la santé : demande que tous les cadres soient titulaires d'un doctorat.**
7. **Programme communautaire de soins aux patients atteints du SIDA : le système de soins ne peut pas prendre la responsabilité des soins aux patients atteints du SIDA, et donc des soins à domicile doivent être organisés par la communauté.**
8. **Politique d'information, d'éducation et de communication : définit des messages et des méthodes pour promouvoir auprès des femmes et des hommes le respect mutuel et l'égalité des droits en matière de décision sur la sexualité, dans le but de promouvoir des pratiques sexuelles plus sûres.**
9. **Politique de prestations de services de santé de la reproduction : obligation pour la femme mariée d'avoir l'autorisation écrite de son mari pour la contraception chirurgicale volontaire (ligature des trompes).**
10. **Politique de services de santé sexuelle et reproductive des jeunes : les jeunes des deux sexes doivent être informés sur les méthodes de contraception disponibles dans le pays.**

## SESSION

## 2

## Cadre d'analyse du processus politique et de sa mise en application

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Comprendre les processus complexes de développement et de mise en application des politiques
- Se familiariser avec un modèle d'identification des facteurs influençant les décisions et la mise en application des politiques à différents niveaux
- Découvrir des principes permettant de prendre en compte l'impact d'une politique sur les femmes et sur les inégalités entre les sexes. Cela signifie que toute analyse politique doit également être une analyse de genre.

**[durée] 3 heures 30 minutes**

### Matériel

- Notes de cours pour l'animateur-trice : « Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application de la politique »
- Document 1 : « Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application des politiques »
- Documents 2 à 4 : Exercices de groupes 1 à 3
- Document : Synthèse des points importants de la présentation, préparée par l'animateur-trice
- Diapositive tirée du : Document 1 : « Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application des politiques » p. 369
- Diapositives : « Facteurs contextuels ayant une influence sur les politiques », encadré 1 des notes de cours pour l'animateur-trice, p. 370
- Diapositive : « Identification du problème : pour qui est-ce un problème ? », encadré 2 des notes de cours pour l'animateur-trice, p. 375
- Diapositives : « Développement d'une politique par le réseau consultant/élite politique », schéma 2 des notes de cours pour l'animateur-trice.

## Lectures pour l'animateur-trice

- Analyse politique**
1. Foltz A-M. 1996. « The policy process », dans: Katia Janovsky (ed.), *Health policy and systems development: an agenda for research*, pp. 207-223. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
  2. Grindle M, Thomas JW. 1989. « Policy makers, policy choices, and policy outcomes : The political economy of reform in developing countries ». *Policy Sciences* 22(3-4) : 213-248.
  3. Kabeer N. 1994. « Gender-aware policy and planning: a social relations perspective », dans : Mandy Macdonald (ed.), *Gender planning in development agencies*, pp. 80-97. Oxford: Oxfam.
  4. Reich MR. 1996. « Applied political analysis for health policy ». *Current Issues in Public Health* 12(4) : 186-191.
  5. Stover J, Johnston A. 1999. *L'art de la formulation des politiques : expériences de l'Afrique concernant l'élaboration de politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA*. Washington : Le Projet Policy. [<http://www.policyproject.com/pubs/occasional/op-03fr.pdf>]
  6. Walt G, Gilson L. 1994. « Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis ». *Health Policy and Planning* 9(4) : 353-370.
- Effets des politiques en Afrique**
7. Brunet-Jailly J. 2000. « La politique publique en matière de santé dans les faits en Afrique de l'Ouest francophone ». *Afrique contemporaine* 195 : 191-204.
  8. Olateru-Olagbegi B, Adjamagbo-Johnson K. 2004. *Effectivité des droits des femmes en Afrique de l'Ouest: quelles responsabilités pour les acteurs judiciaires ? Cas du: Bénin, Burkina Faso, Ghana, Mali, Nigeria, Sénégal et Togo*. Lomé : WILDAF. [[http://www.wildaf-ao.org/fr/IMG/pdf/Effectivite\\_Droits\\_Femmes\\_Resume\\_FR.pdf](http://www.wildaf-ao.org/fr/IMG/pdf/Effectivite_Droits_Femmes_Resume_FR.pdf)]
  9. Van Lerberghe W, de Brouwere V. 2000. « Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne ». *Afrique contemporaine* 195 : 175-191.
- Etudes de cas : Afrique du Sud**
10. Klugman B. 2000. « Empowering women through the policy process: the making of health policy in South Africa », dans : Presser HB, Sen Gita (eds), *Women's empowerment and demographic processes: moving beyond Cairo*, pp. 95-118. London : Oxford University Press.

11. Klugman B, Varkey SJ. 2001. « From policy development to policy implementation: the South African Choice on Termination of Pregnancy Act », dans: Klugman B, Budlender D (eds), *Advocacy for abortion access : eleven country studies*, pp. 249-277. Johannesburg : Women's Health Project, School of Public Health, University of the Witwatersrand.

**Mutilations  
génitales  
féminines**

12. Center for Reproductive Rights (CRR). 2000. *Les droits de la personne : un outil pour combattre les mutilations génitales*, pp. 21-27. New York : Center for Reproductive Rights. [version en anglais en ligne : <http://www.reproductiverights.org/pdf/fgmhandbook.pdf>]

13. Niang CI. 1999. *Éléments d'analyse et de stratégie en vue de l'élaboration d'un plan d'action national pour l'abandon de la pratique des mutilations sexuelles féminines*. Rapport de consultation OMS. Dakar juin 1999.

14. Snow RC. 2001. « Editorial : Female genital cutting : distinguishing the rights from the health agenda ». *Tropical Medicine and International Health* 6(2) : 89-91.

15. Union Interparlementaire – site internet (page consultée en juillet 2006). *Campagne parlementaire « Halte à la violence contre les femmes – Les mutilations sexuelles féminines »* —> Législation et autres textes de droits internes [<http://www.ipu.org/wmn-f/fgm-prov.htm>]

16. Organisation Mondiale de la Sante (OMS), UNICEF, Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP). 1997. Les mutilations sexuelles féminines. Déclaration commune OMS/UNICEF/FNUAP. Genève : OMS. [[http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm\\_joint\\_st\\_fr.pdf](http://www.who.int/reproductive-health/publications/fgm/fgm_joint_st_fr.pdf)]

17. Bessis S. 2004. *Le guide des MGF : les MGF dans le monde*. No Peace Without Justice. [<http://www.npwj.org/netrep/fgm/DictionnaireMGF.pdf>]

**Autres études  
de cas de  
mobilisation  
en faveur  
d'évolutions des  
politiques**

18. Ellsberg M, Liljestrand J, Winkvist A. 1997. « The Nicaraguan Network of Women against Violence : Using research and action for change ». *Reproductive Health Matters* 5(10): 82-92.

19. Nunes F, Delph YM. 1997. « Making abortion law reform work: steps and slips in Guyana ». *Reproductive Health Matters* 5(9) : 66-76.



**Information  
sur les effets  
tarifaires des  
services**

20. Gilson L. 1997. « Review paper. The lessons of user fee experience in Africa ». *Health Policy and Planning* 12(4) : 273-285.
21. Schneider H, Gilson L. 1999. « The impact of free maternal health care in South Africa », dans : Berer M, Sundari Ravindran TK (eds), *Safe Motherhood Initiatives : critical issues*, pp. 93-101. Oxford : Blackwell Science for Reproductive Health Matters.

## Déroulement de la session

Cette session est une introduction à l'analyse des politiques. Elle donne aux participant-e-s le temps de travailler dans le cadre qui leur est donné, et ce travail sera développé dans les sessions suivantes.

La session s'organise en trois activités principales. Dans la première, vous faites une présentation qui explique le cadre d'analyse du processus politique. La deuxième consiste en un travail en sous-groupes dans lequel les participant-e-s appliquent le cadre d'analyse à des exemples de processus politiques. La troisième activité comprend les rapports des sous-groupes puis une discussion sur ces rapports avec l'ensemble du groupe. Elle permet de montrer l'utilité du cadre pour l'analyse des politiques.



### Activité 1 : Présentation sur le cadre des politiques et ses dimensions



**Etape 1 :  
Les différentes  
dimensions du  
cadres**

Il est utile de commencer par discuter avec les participant-e-s de l'idée qu'ils-elles ont de la façon de concevoir des politiques. Demandez-leur si les politiques sont toujours rationnelles, basées sur une bonne compréhension des questions sous-jacentes. Demandez aux participant-e-s de vous donner un exemple précis lié à la santé en matière de sexualité et de reproduction ou aux droits. Par exemple :

- De nombreux pays interdisent l'éducation sexuelle à l'école alors que les données montrent de forts taux de grossesses chez les élèves
- De nombreux pays dépensent la plus grande partie de leur budget de santé pour des hôpitaux urbains spécialisés alors qu'une grande partie de leur population vit en zone rurale et n'a pas accès aux soins essentiels.

On pense souvent que la politique s'appuie sur la logique. En réalité, la politique résulte en général d'une interaction très complexe entre

divers facteurs. Les décideurs politiques ont souvent des informations contradictoires. Ils-elles sont souvent engagés dans des luttes de pouvoir, par le processus électoral ou au sein de la bureaucratie. Cela peut avoir plus de poids sur la décision qu'ils-elles vont prendre sur une question précise que les besoins des personnes qui sont sur le terrain, les coûts ou les droits humains.

Commencez alors votre présentation sur le cadre politique et ses dimensions. Les points les plus importants de cette présentation sont soulignés dans les notes de cours pour l'animateur-trice. A partir de ces notes, vous allez peut-être souhaiter adapter votre présentation et utiliser d'autres exemples de processus politique (par exemple l'évolution de la loi sur les mutilations génitales féminines). Il pourrait être utile de préparer un document à distribuer à la fin de la session 1 et présentant les principaux points de votre présentation (ce document ne figure pas dans le présent manuel).

Compte tenu de la complexité de cette session de présentation, le processus a été segmenté en sept étapes.



Projetez le **diapositive** tiré du Document 1 : « Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application d'une politique ». A ce stade vous pouvez distribuer le document 1 aux participant-e-s pour qu'ils-elles puissent s'y référer.

Expliquez chaque dimension : le contexte, les acteurs et le processus (identification du problème, développement des solutions, processus politiques et bureaucratiques) et les facteurs internes à chaque dimension, à commencer par le contexte, en vous appuyant sur les notes de cours. Cela ne doit être qu'un aperçu rapide avant d'entrer plus en détail dans chaque dimension.



15 mins

### Etape 2 : Les facteurs contextuels



Préparez une **diapositive** sur les principales catégories de l'encadré 1 : « Facteurs contextuels influençant les politiques » des notes de cours de l'animateur-trice. Ces facteurs sont d'ordre social, politique, économique, culturel, et ils peuvent aussi être des facteurs nationaux et internationaux immédiats. En expliquant chacun de ces facteurs, prenez l'exemple d'un pays ou d'un processus politique en particulier. L'étude de cas sur le processus d'évolution de la loi sur l'avortement en Afrique du Sud montre une utilisation possible des exemples. Il se trouve après le tableau dans les notes de cours. Mais vous l'utiliserez parallèlement au tableau pour pouvoir revenir au transparent sur le cadre de la politique.

### Points clés de la discussion

#### Une politique est le produit d'un contexte

Infléchir une politique implique d'agir sur divers aspects du contexte pour créer un environnement favorable et pour mettre en application ce changement. Par exemple, un changement de gouvernement peut être une bonne occasion d'intervenir. De la même façon, un effondrement de l'économie risque de bloquer les efforts de changement des politiques si leur mise en application demande des fonds supplémentaires.

Le contexte va influencer à la fois le développement de la politique et son degré de mise en application.

### Les normes de genre font partie de ce contexte

Une analyse du contexte doit inclure une analyse de l'importance des normes de genre, des valeurs sociales relatives aux femmes, de la division du travail et des autres dimensions étudiées dans le module 1. Ces dimensions doivent être prises en compte pour que cette analyse politique comprenne une analyse de genre.



#### Etape 3 : Qui sont les acteurs des politiques ?

Revenez au cadre et replacez la **diapositive** sur le cadre sous le projecteur. Expliquez aux participant-e-s que vous passez maintenant à une autre dimension : celle des acteurs qui ont un intérêt dans la formulation et dans la mise en application de la politique. Passez en revue les principaux acteurs du processus politique : les politicien-ne-s, les représentant-e-s du gouvernement, les ONG et les institutions spécifiques telles que les associations professionnelles ou religieuses. Expliquez quels sont leurs rôles dans le processus politique que vous utilisez pour cette présentation et illustrez par des exemples.

Souvent les femmes ne sont pas mobilisées dans des organisations qui les représentent. Il est important de savoir si des organisations de femmes pauvres ou marginalisées ont été impliquées dans l'exemple que vous avez pris. Prenez un peu de temps pour discuter des moyens de soutenir la participation au changement de politique des groupes de femmes pauvres ou marginalisées.



#### Etape 4 : Qu'est-ce que le processus ?

En vous référant toujours à la **diapositive**, indiquez que vous passez maintenant du contexte et des acteurs au processus. Ce cadre prend en considération trois aspects du processus :

- le processus d'identification du problème
- le processus de développement des solutions
- le processus politique et bureaucratique.

#### Points clés de la discussion

##### Identification du problème

Un problème n'est reconnu comme tel que lorsque les personnes qu'il touche interviennent d'une quelconque façon. La définition d'un problème va dépendre des personnes qui sont impliquées dans cette définition. L'intégration transversale du genre dans la santé implique de s'assurer, dans la définition du problème, que les perspectives, les expériences et les priorités des femmes ont un poids.

### Développement des solutions

Les solutions doivent traduire les expériences et les besoins des personnes les plus désavantagées de la société afin de défendre une approche de la santé relative aux droits humains, et notamment pour promouvoir l'égalité des sexes. Soulignez le fait que le processus d'élaboration de la solution est crucial là où le pouvoir entre en place. Demandez quelles barrières et risques il peut y avoir à l'application du plan stratégique et montrez bien qu'il faut avoir des plans secondaires.

### Processus politique et bureaucratique

Vous pouvez passer au rôle du processus politique et bureaucratique en vous servant des questions et du contenu des notes de cours.

Distinguez entre processus politique formel et processus informel.



#### **Etape 5 : Rassembler le contexte, les acteurs et le processus**

Vous avez vu l'influence du contexte général sur le contenu des politiques, qui sont les acteurs influents, l'influence des processus de définition des problèmes et de développement des solutions sur la formulation de la politique. Le processus politique et bureaucratique traite aussi de la question de la mise en application de la politique.

#### **Points clés de la discussion**

#### **En matière de droits liés à la sexualité et à la reproduction, la législation, les politiques et leur mise en application reflètent le contexte social, politique et économique**

Chaque contexte appelle sa propre analyse, le développement d'options stratégiques et d'actions spécifiques.

Mais il faut toujours s'assurer que les solutions répondent aux besoins des femmes, des hommes et des adolescent-e-s ordinaires, et aussi qu'elles contribuent à instaurer une distribution plus égalitaire des responsabilités et des ressources entre les sexes.

#### **Mise en application**

La présentation précédente portait sur la formulation des politiques. On peut mener la même analyse pour la mise en application des politiques. Par exemple, dans quel contexte la politique est-elle actuellement mise en application ? Quels sont les processus et les mécanismes (notamment les processus politiques et bureaucratiques) de mise en application des politiques ? Qui sont les acteurs qui ont un intérêt dans la mise en application de cette politique ? Parmi ces acteurs, quels sont ceux qui soutiennent la politique, et quels sont ceux qui lui seront probablement opposés ?



## Activité 2 : Application du cadre d'analyse

Répartissez les participant-e-s en trois groupes.

Expliquez l'activité. Elle consiste à utiliser le cadre d'analyse des politiques pour identifier les facteurs influençant un exemple précis de processus politique. Les Documents 2 à 4 comprennent trois exercices d'analyse des processus politiques. Vous pouvez choisir l'un de ces exercices que vous utiliserez avec les trois groupes, ou prendre un exercice différent pour chaque groupe. Vous préférerez probablement prendre des exemples récents et concernant les pays des participant-e-s.



## Activité 3 : Rapports des sous-groupes et discussion



**Etape 1 : Rapports des sous-groupes** Invitez chaque groupe à faire le rapport de ses conclusions en 10 minutes au plus, et ouvrez une discussion générale lorsque tous les groupes auront fait leur rapport.

Voici certaines des questions qui ressortent souvent sur le thème du paiement des actes de l'Étude de cas 1 :

- Si un pays dépend des donateurs internationaux (contexte), il sera certainement soumis à des pressions pour la mise en application du paiement des actes
- La crise économique a un impact significatif sur l'accès aux soins de santé, de même que les pressions des institutions monétaires internationales (contexte)
- Le degré d'engagement des décideurs politiques en faveur de l'équité (acteurs/climat politique) déterminera s'ils introduisent le paiement des actes ou non
- Un changement dans le système peut entraîner des perturbations importantes pour le personnel de santé (acteurs/bureaucratie) qui, souvent, ne sont pas consultés préalablement aux changements de politique et qui risquent donc de ne pas s'investir pour mettre en application le nouveau système
- A défaut de mécanismes permettant au public de participer à la définition de la politique et en l'absence de groupes de pression et d'ONG susceptibles de représenter les intérêts des pauvres, les personnes au pouvoir ne sont pas soumises à une certaine pression pour qu'elles attribuent des ressources plus importantes aux soins de santé
- En terme d'accès aux services, le paiement des actes a des conséquences plus lourdes pour les femmes que pour les hommes car elles ont moins de contrôle sur les ressources financières du ménage. Il s'agit là d'un exemple de politique qui fait abstraction des questions de genre, mais qui n'avait pas l'intention d'être discriminatoire envers des femmes.

**Etape 2 :**  
**Leçons à retenir**

La discussion de groupe va probablement se concentrer sur les exercices donnés aux groupes, mais la conclusion de cette session doit être une réflexion sur les leçons qui se dégagent. Elle doit étudier l'influence de divers facteurs sur le contenu et la mise en application des politiques, et aussi sur les réponses qu'elles apportent aux questions d'équité et d'égalité entre les sexes.

Identifiez et expliquez tous les aspects du cadre qui ont posé problème aux groupes. Demandez aux personnes présentes en quoi cet exercice les a aidées à expliquer le manque de logique de certaines politiques.

En conclusion, expliquez que, bien que cette activité et les présentations précédentes sont des analyses rétrospectives – étudiant comment on en est arrivé à un processus particulier de politique et de mise en application –, la méthodologie est tout aussi utile pour la planification dans le futur.

Session développée par Barbara Klugman



Notes pour  
l'animateur-  
trice :

## Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application des politiques

Une version légèrement simplifiée de ce cadre a déjà été publiée par Barbara Klugman. 1999. « Mainstreaming gender equality in health policy ». *Agenda* : 48–70.

Ce document est un résumé des points importants et non un résumé définitif des questions en jeu. Vous souhaitez probablement le retravailler pour l'adapter au groupe avec lequel vous travaillez.

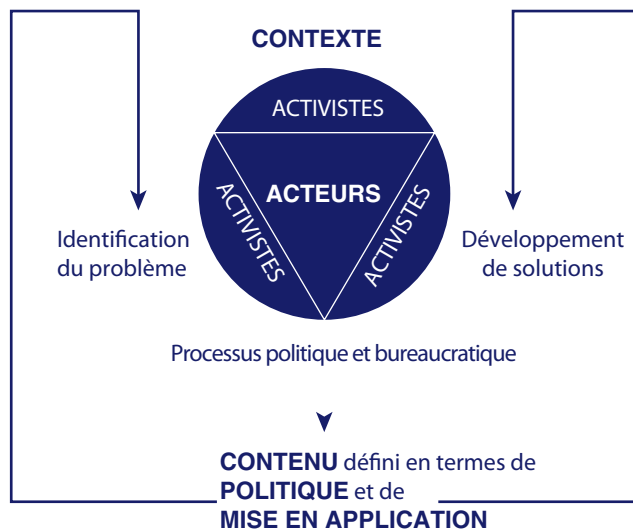
Ce cadre s'inspire de certains développements conceptuels importants de l'analyse des politiques conçus durant la dernière décennie. Il s'appuie en particulier sur la reconnaissance de l'influence du contexte, des acteurs et du processus politique dans le contenu des politiques par Walt et Gilson (1994)<sup>1</sup>, et sur la conceptualisation par Kingdon (1995) des « courants multiples » de problèmes, de solutions et de politiques et de la nécessité pour les « entrepreneurs en politique » de créer des liens entre ces courants. Au sujet des parties dont les intérêts sont en jeu, il s'appuie sur le travail de Reich (1996) sur la cartographie politique.

### 1. L'influence du contexte sur le changement de politique

En matière de droits liés à la sexualité et à la reproduction, la législation et sa mise en application reflètent le contexte social, politique et économique dominant, ainsi que le réseau national/international.

Dans le contexte, on peut faire la distinction entre le contexte socio-économique et politique, les facteurs contextuels immédiats, les facteurs internationaux, et les facteurs culturels (voir encadré 1).

Schéma 1 : Le cadre



<sup>1</sup> Voir les références (p.383).

**Encadré 1 : Facteurs contextuels ayant une influence sur les politiques**

Adapté de Leichter HM. 1979. *A comparative approach to policy analysis : health care in four nations*. Cambridge : Cambridge University Press.

**Contexte social**

- Position des femmes :
  - Dans l'économie, le système éducatif, statut légal
  - Dans la parenté et les structures de succession
  - Dans les organisations de la société civile et la vie de la communauté.
- Approche légale et sociale/culturelle des droits individuels en relation avec les droits du groupe/de la famille
- Contenu de ces approches en terme de genre, par exemple une petite fille appartient-elle à ses parents, à son père, à sa mère ou à leurs familles ?
- Base nationale de ressources humaines :
  - Capacité d'encadrement
  - Capacité de recherche
- Existence d'infrastructures pour les biens sociaux comme l'éducation, les soins médicaux, l'approvisionnement en eau, en électricité, les systèmes de transport, de télécommunication et de diffusion.

**Contexte politique**

- Constitution ou cadre légal :
  - Perspective relative aux droits humains ?
  - Intégration de l'égalité des sexes ?
  - Perspective religieuse – qui contrôle l'interprétation des textes religieux ?
- Nature historique du régime politique, par exemple communiste/de gauche, de droite ; démocratique ou dictatorial
- Rôle de la société civile :
  - Droit de vote ?
  - Droit de choisir les partis ?
  - Pratique d'une responsabilité politique devant les électeurs ?
- Cadre des relations entre la société civile et le gouvernement, par exemple système de lobbying ; institutions de négociation
- Reconnaissance du rôle des groupes de défense ?
- Espace accordé à la critique ? Espace pour la liberté d'expression des médias ?
- Degré d'organisation politique de la société civile, c'est-à-dire existence de syndicats, de mouvements de femmes, de mouvements étudiants, etc.
- Participation et représentation des femmes.

**Contexte économique**

- Nature de l'économie : économie planifiée, économie de marché ou économie mixte
- Existence de ressources
- Priorités dans la distribution des ressources : l'équité est-elle un facteur ?
- Rôle des intérêts internationaux dans la distribution de ressources, avec :
  - Le pouvoir relatif des donateurs
  - Le degré de contrôle du gouvernement sur les fonds des donateurs
- Distribution centralisée ou décentralisée des ressources et responsabilité des ressources.



### Contexte culturel

- Valeurs et normes sociales dominantes en matière de genre, de reproduction et de sexualité, qu'elles découlent des fondements religieux ou ethniques ou encore des autres processus historiquement institutionnalisés
- Pratiques traditionnelles susceptibles d'être contraires aux droits ou à la santé en matière de sexualité et de reproduction
- Degré d'institutionnalisation des inégalités entre les sexes ou des autres inégalités, c'est-à-dire l'intensité avec laquelle les valeurs patriarcales sont érigées en normes institutionnelles et en systèmes de décision

### Contexte immédiat

- Effets d'un changement de gouvernement et des changements d'idéologie qui en résultent
- Effets de la guerre, famines
- Effets d'une évolution de l'identité nationale résultant d'un changement de gouvernement ou d'une guerre
- Effets des accords internationaux et régionaux comme *la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* et le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des peuples relative aux droits des femmes (Protocole de Maputo), ou des consensus comme la Conférence internationale sur la population et le développement, la Conférence Internationale sur les femmes
- Effets d'un effondrement du marché.

### Contexte international

- Proportion des fonds des donateurs dans le budget national ; approche sectorielle ou particulière à un donateur
- Nature des alliances et engagements internationaux
- Ratification ou non-ratification par le gouvernement des traités internationaux sur les droits de l'homme
- Conditionnalités de l'aide publique au développement, obligation de rendre compte (exemple : rapport sur l'état d'application de certains engagements internationaux que les pays doivent présenter régulièrement aux Nations Unies).

### L'impact du contexte sur les projets de libéralisation de l'avortement en Afrique du Sud

En 1996, la loi sur l'interruption volontaire de grossesse a été votée. Cette loi autorise un avortement volontaire pendant les 12 premières semaines de grossesse ; l'avortement peut avoir lieu jusqu'à 20 semaines de grossesse dans des circonstances précises et en consultation avec un-e professionnel-le de la santé ; les adolescentes n'ont pas besoin du consentement parental ; les sages-femmes formées peuvent pratiquer des avortements.

De nombreuses personnes se sont demandé comment il avait été possible de faire voter cette loi et dans quelle mesure ce processus pouvait être reproduit dans d'autres pays. Il est important de savoir que les mêmes activités ne vont pas amener les mêmes résultats dans des pays différents.

### Voici certains facteurs déterminants du contexte socio-économique et politique qui ont permis de faire voter cette loi en Afrique du Sud :

La Constitution de l’Afrique du Sud stipule l’égalité des citoyens sur la base du genre. Elle stipule également la sécurité corporelle et le contrôle des personnes sur leur propre corps, ainsi que le droit de prendre des décisions relatives à la reproduction. En matière de soins médicaux, elle comprend le droit d’avoir accès à des services de soins, ce qui inclut des soins de santé en matière de reproduction. La Constitution, le droit et les politiques sont marqués par un profond engagement en faveur des droits humains ; on trouve aussi un engagement en faveur des droits religieux à condition qu’ils ne s’exercent pas aux dépens des droits individuels à l’égalité. Aussi le contexte était-il favorable à une politique de redistribution entre les sexes – avec une redistribution des droits liés à la reproduction afin que les femmes puissent elles aussi exercer ces droits.

Le système de santé est de mauvaise qualité et inéquitable, mais il fonctionne, et la pratique d’avortements est donc possible. Tout dépend finalement de la capacité qu’aura le gouvernement à mettre en application son engagement général pour une amélioration des services de santé.

### Parmi les facteurs culturels déterminants qui ont permis de faire voter la loi en Afrique du Sud, on trouve le fait que

La population sud-africaine est religieuse, avec des religions diverses mais majoritairement chrétiennes. Il y a un fort discours sur la « tradition » patriarcale africaine. Mais au moment où se déroulait le processus législatif, le discours dominant dans les organisations de la société civile portait sur les droits humains, y compris les droits des femmes et notamment le droit à l’égalité.

Aussi au cours du processus législatif a-t-il été possible de susciter une mobilisation pour les droits des femmes – en particulier en faveur des droits des femmes noires qui, dans le passé, avaient été privées de droits électoraux et victimes de discriminations – à l’avortement. Dans le passé, seules les personnes blanches et les personnes riches avaient accès à l’avortement. Mais compte tenu de l’importance de la religion et du concept de valeurs traditionnelles africaines, il fallait s’assurer que les dirigeants religieux et les représentants des valeurs « africaines » allaient bien s’exprimer en faveur de la nouvelle loi.

### Un facteur contextuel immédiat a été déterminant : le changement de gouvernement en 1994, après des années de discrimination sous l’apartheid

Le nouveau gouvernement démocratiquement élu s’était engagé à amener des changements sociaux et légaux immédiatement et sur tous les fronts. Il voulait être vu comme un gouvernement d’action. En outre, sa plate-forme pour les droits humains comportait l’impératif moral de mettre fin au contrôle de la popula-

tion (qu'il s'agisse du contrôle de la fécondité ou du contrôle des mouvements). On avait donc là un contexte très favorable à la défense du droit des femmes à contrôler leur fécondité par un accès à l'avortement, élément d'une plus vaste stratégie relative aux droits et à la santé en matière de reproduction.

### **Le rôle du contexte international n'a pas été très déterminant**

L'Afrique du Sud ayant été tenue à l'écart des tendances internationales à cause des sanctions, la Conférence internationale sur la population et le développement et les autres accords internationaux n'ont pas eu une influence déterminante sur la décision de libéraliser l'avortement. Mais la progression mondiale des approches macro-économiques défendant une fiscalité mesurée a limité les montants disponibles pour mettre en application l'engagement en faveur d'un meilleur accès aux soins par la création de nouveaux services comme les services d'avortement. Cependant, les relations entre les ONG de différentes régions du monde ont bien eu un effet sur le développement de la nouvelle loi car elles ont permis aux ONG sud-africaines de connaître la formulation de la loi dans d'autres pays. Les expériences de différents pays ont été prises en considération et débattues avec les législateurs.

## **2. L'influence des acteurs dans le contenu de la politique**

---

Pour développer une stratégie cohérente, il est essentiel d'identifier les acteurs et les parties concernées qui partagent votre objectif d'un changement de politique, et d'identifier les acteurs qui y sont opposés. Parmi ces acteurs, quels sont ceux et celles qui ont du pouvoir ou de l'influence, et quels sont ceux qui n'en ont pas ? Qui est engagé, qui ne l'est pas ? Sera-t-il possible de mobiliser certains groupes en faveur de votre objectif ? Une fois les acteurs identifiés, il faut définir des stratégies : collaborer avec les acteurs qui partagent vos objectifs et neutraliser les autres. L'analyse du processus de décision politique permettra aussi de comprendre les motivations des décideurs. Il faut aussi comprendre les motivations, les intérêts, les bases de ressources et l'influence de toutes les personnes dont les intérêts sont en jeu.

Souvent les femmes ne sont pas mobilisées dans des organisations qui les représentent. Il est important de savoir s'il existe ou non des organisations de femmes pauvres ou marginalisées, et de savoir comment il va être possible de les impliquer de manière consciente et éclairée dans le processus de changement.

### Exemples d'acteurs du processus de développement et de mise en application des politiques

- Politicien-ne-s et partis politiques
- Représentants du gouvernement
- ONG
- Groupements communautaires/ « organisations de personnes »
- Institutions particulières (par exemple les organisations professionnelles, les organisations religieuses et coutumières)
- Médias
- Institutions de recherche.

Certains de ces acteurs vont soutenir un objectif politique ou de mise en application alors que d'autres vont s'y opposer. Certains vont avoir plus de ressources et de pouvoir que d'autres, et auront donc plus d'influence. Certains seront mobilisés alors que d'autres ne le seront pas. Une analyse des acteurs permet d'identifier les alliés et opposants potentiels, de savoir qui pourrait se mobiliser en faveur d'un processus spécifique de changement et de savoir de quelles ressources et de quel pouvoir ils disposent ou ne disposent pas.

### 3. L'influence du processus d'identification du problème sur le contenu de la politique

Le cadre donne une grande importance au processus d'identification du problème car il va déterminer si la politique et sa mise en application vont finalement viser à promouvoir de l'équité sociale et de genre. Si les personnes qui définissent le problème n'ont pas à cœur de défendre les intérêts de la majorité, la définition du problème risque de ne pas reconnaître les intérêts spécifiques de cette majorité. L'intégration transversale du genre dans la santé implique de s'assurer que les perspectives, les expériences et les priorités des femmes interviennent dans la définition du problème ; elle implique de se concentrer sur l'équité – en donnant la priorité aux besoins des personnes les plus désavantagées, que ce soient les enfants, les femmes, les hommes ou certains groupes de personnes en particulier.

L'encadré suivant met en avant les questions relatives au processus d'identification et de définition du problème. Elles doivent être prises en considération lorsque l'on étudie la mise

**en place d'une politique ou lorsque l'on essaie de planifier un projet de politique ou sa mise en application. L'encadré s'inspire de nouveau de l'expérience sud-africaine pour montrer que la question de l'avortement a d'abord été identifiée comme un problème pour ensuite la mettre à l'ordre du jour politique.**

### Encadré 2 : Identification du problème : pour qui est-ce un problème ?

#### Qui définit le problème ?

- S'assurer que les perspectives des gens ordinaires – celles des femmes, des hommes, des adolescent-e-s (et parmi eux, les attentes des groupes d'hommes, de femmes et d'adolescent-e-s marginalisé-e-s) – sont entendues, et que la loi et les programmes sont définis de manière à répondre à leurs besoins, dans la perception qu'ils en ont.
- S'assurer que les inégalités n'empêchent pas certaines personnes de faire part de leurs expériences et de s'exprimer, par exemple les femmes pauvres, qui soit ne sont pas reconnues comme ayant le droit de participer à la définition du problème, soit n'ont pas assez d'assurance pour exprimer leurs idées.
- S'assurer que la définition du problème traite bien et prend bien la mesure de l'impact du problème en question sur la position des femmes pauvres et sur leur vie quotidienne : les questions centrales, comme cela a été présenté dans le module Genre, sont leur pouvoir, leurs rôles, leur accès aux ressources et le contrôle qu'elles ont sur les ressources.

#### Le processus de définition du problème en Afrique du Sud

- Société civile : le processus consultatif de la *Conférence sur la santé des femmes* en 1994 a mobilisé les organisations de base, les activistes politiques et les futurs membres de l'administration gouvernementale des régions rurales et urbaines. La conférence a insisté sur la participation des femmes noires en réaction aux discriminations « raciales » dont elles avaient longtemps été victimes. Ce processus a développé un consensus sur les questions prioritaires dans la transformation du système de santé et sur les problèmes liés aux droits et à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Il a développé des propositions de politiques, par exemple sur la santé maternelle, sur la contraception, sur l'accès à l'avortement, sur le cancer, sur les maladies sexuellement transmissibles, sur le VIH/SIDA, etc. Il a aussi développé des propositions pour la lutte contre la discrimination, par exemple sur le vieillissement, sur la santé des lesbiennes, l'accès à l'eau, etc.
- Le parti politique (l'African National Congress, ANC) s'est appuyé sur les membres de ses branches locales et a collaboré avec des analystes politiques du parti pour identifier les priorités et les actions : soins gratuits ; égalité entre toutes les provinces ; égalité entre les « races » ; lutte contre la violence ; promotion des droits liés à la sexualité et à la reproduction.
- Rédaction de la Constitution: processus participatif par des annonces publiques ; réponses de la société civile ; lobbying des organisations de femmes pour le droit à la santé de la reproduction.

## 4. L'influence du processus de développement de la politique dans le contenu de la politique

La société compte de nombreuses institutions dont la tâche est de développer des solutions à ses problèmes : les universités, les organes du secteur privé, le personnel technique de l'administration par exemple. Souvent il existe bien des façons de résoudre un problème. Il est important d'étudier les solutions qui ont été proposées, qui les a, soumises, pourquoi, et quels intérêts elles représentent, pour essayer de comprendre comment une politique a été développée.

Les solutions doivent traiter d'égalité – pour que disparaissent les obstacles aux droits liés à la sexualité et à la reproduction des personnes les plus démunies de pouvoir et de ressources, notamment les femmes. Les solutions doivent traiter d'équité – pour que les politiques et les programmes s'appliquent à tous et que leur mise en application inverse les inégalités dans la distribution des ressources et du pouvoir entre les hommes et les femmes et entre différents groupes sociaux.

Au cours du processus de mobilisation, il est essentiel de mettre en place des mécanismes de collecte d'informations sur le vécu des personnes les plus pauvres ou des victimes de discrimination, et sur les solutions qui amélioreraient leur situation générale.

Souvent, ni l'identification du problème ni le développement des solutions ne sont menés de façon à faire participer les victimes du problème. Souvent, ils traitent plutôt des intérêts d'un groupe particulier comme :

- Les consultants, qui veulent continuer à faire de la recherche
- Les politicien-ne-s, qui ne veulent pas perdre leur soutien politique
- Les donateurs, qui veulent soutenir un programme correspondant aux politiques de leur pays ou aux valeurs de leurs institutions, par exemple un programme vertical limité à des services de contraception ou à des services pour les maladies sexuellement transmissibles, et qui fait abstraction de son impact sur la population.

Il est essentiel aussi de s'interroger sur la possibilité de mettre la solution en œuvre – a-t-on les ressources (le personnel, les fonds, les structures) pour le faire ? Pour que les politiques ou les programmes soient réalistes, il faut aussi réfléchir à des données moins tangibles comme la capacité des dirigeants ou la volonté institutionnelle de changement. Sinon, les politiques doivent prendre en compte et trouver une solution aux possibles obstacles à la mise en application.

## Le processus de développement des solutions en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, une fois le problème de l'avortement identifié, des solutions spécifiques ont été proposées. De plus, une ONG pour la réforme de l'avortement faisait du lobbying à partir d'un projet de loi qu'elle avait développé. Différents groupes d'intérêts s'opposaient quant à la meilleure solution possible. Par exemple, les médecins et les ONG de juristes disaient que les infirmières ne devaient pas avoir le droit de pratiquer des avortements. On peut interpréter cette opposition comme une tentative des médecins de garder leur terrain médical avec le soutien des autres professions libérales comme les avocats.

Au contraire, les groupes pour les droits et la santé des femmes disaient que les infirmières devaient avoir le droit de pratiquer des avortements dans le courant du premier trimestre de grossesse pour garantir l'accès à l'avortement des femmes vivant en milieu rural où on ne trouve que peu de médecins. Finalement, la loi a accepté que les sages-femmes pratiquent des avortements conformément à l'engagement du nouveau gouvernement en faveur de l'égalité d'accès.

Le processus de développement des solutions en Afrique du Sud n'a accordé que peu d'attention aux questions relatives à la mise en application. Les personnes participant au développement de la nouvelle politique n'avaient jamais fait partie d'un gouvernement et n'avaient que peu d'expérience des systèmes de santé. La loi ne traite pas de la façon dont on va s'organiser compte tenu de la faible capacité de recours du système de santé, de l'approvisionnement en médicaments, etc.

En outre, peu d'attention a été accordée au fait de savoir si les professionnels de la santé allaient ou non soutenir la loi de libéralisation de l'avortement. Certaines informations suggéraient que les infirmières n'allaient pas soutenir le changement de loi, mais la nouvelle loi n'indiquait pas comment répondre à leurs préoccupations. Au cours du processus de développement de la nouvelle loi, les organisations d'infirmières n'ont pas été consultées pour recueillir leurs idées et faciliter leur appropriation de la nouvelle loi. Une fois la loi mise en application, de nombreuses infirmières ont fait blocage et ne l'ont pas mentionnée aux femmes qui avaient besoin d'un avortement. Il n'y a pas eu de mise en place de système institutionnalisé pour tout à la fois promouvoir le soutien des professionnels de la santé et leur demander d'appliquer la loi.

Au cours du processus de développement des solutions, un autre aspect n'a pas non plus été abordé, celui de savoir comment garantir l'information des femmes sur la loi et sur leurs nouveaux droits et sur les moyens d'accéder à ces nouvelles possibilités.

## 5. L'influence du processus politique et bureaucratique sur le contenu des politiques

Comment faire mettre à l'ordre du jour politique le problème qui a été identifié par les processus qui viennent d'être décrits ? Il est alors nécessaire de mener une analyse du processus politique et de mise en application, ainsi que de trouver des occasions pour agir. Dans cette analyse, il faut se poser les questions suivantes.

**Qui est responsable de la définition et de la mise en application de la législation ou de la politique dans un pays, une région ou un lieu de travail spécifiques ?**

Si l'on parle d'un pays, la réponse inclura :

- Les politicien-ne-s
- Le gouvernement à des niveaux divers ainsi que tous les organes responsables de la mise en application de la législation ou de la politique
- D'autres membres de « l'élite politique » comme les hommes d'affaires puissants ou les dirigeants religieux.

Il est important d'évaluer, parmi les décideurs, la proportion de femmes ou d'autres personnes historiquement désavantagées qui pourraient être plus favorables à une politique défendant l'égalité des sexes et les droits et la santé en matière de sexualité et de reproduction.

**Le public a-t-il des occasions formelles ou informelles d'apporter ses idées ?**

Certains processus politiques comportent des mécanismes formels, comme des systèmes de lobbying ou d'audiences publiques, au cours desquelles différents acteurs peuvent venir présenter leurs perspectives. Dans certains systèmes politiques, les décisions sont prises en coulisse, et les jeux d'influence doivent se faire au niveau individuel.

Il faut donc se demander si, dans le système politique formel, on peut trouver des moments (par exemple des audiences publiques pour la rédaction d'un livre blanc ou des audiences parlementaires) permettant au public d'intervenir. Si les seuls membres du public qui ont accès aux décideurs politiques ou aux responsables de la mise en application des politiques sont ceux qui ont des relations personnelles avec les gens de pouvoir, la politique d'influence devra surmonter un certain nombre de difficultés. De nombreux systèmes comprennent les deux types de mécanismes de décision – formel et informel. Lorsque l'on parle d'un renforcement des inégalités entre les sexes en cours dans les systèmes politiques, on fait souvent



référence à ces moments informels au cours desquels certaines décisions politiques sont prises, par exemple quand les hommes sortent boire un verre ensemble le soir – activité qui exclut souvent les décideuses car elles ont des responsabilités domestiques.

### Quelles sont les préoccupations des décideurs ?

Grindle et Thomas (1989) ont identifié quatre préoccupations différentes qui semblent avoir une influence importante sur les décisions des politicien-ne-s et des hauts responsables gouvernementaux. Ce sont :

- Les effets du changement sur la stabilité politique et leur assise politique
- Les conseils techniques qu'ils reçoivent
- Leurs relations avec les acteurs internationaux
- Les effets de leurs choix sur les relations bureaucratiques, c'est-à-dire les effets de la politique ou de sa mise en application sur leur pouvoir, leur niveau de responsabilité, etc.

Il est important de connaître les facteurs qui influencent les gens de pouvoir pour que la mobilisation réponde à leurs préoccupations, dans un langage qu'ils comprennent.

### Les processus politique et bureaucratique dans le cas sud-africain

#### Processus et mécanismes politiques

- Dans le cas de l'Afrique du Sud, le changement de gouvernement en 1994 a été amené par une société civile très organisée qui a obligé le nouveau gouvernement à respecter un processus participatif dans l'élaboration de sa politique. Dans ce but, divers mécanismes ont été mis en place, avec entre autres la tenue d'audiences publiques au Parlement. Le peuple a aussi des occasions de soumettre ses idées par écrit à des moments précis du processus législatif. Une fois que commence le processus de mise en application, les mécanismes de participation du public sont moins nombreux. De même, et de façon significative, peu de mécanismes ont pour l'instant été établis en faveur d'un mode de décision participatif au sein de la bureaucratie. Outre les services publics de radio et de télévision, il existe des médias libres et privés qui, tout en représentant les valeurs de leurs propriétaires, permettent de communiquer au public des informations et certaines perspectives spécifiques.
- Trente pour cent des parlementaires du parti au pouvoir sont des femmes, et elles sont très représentées au sein de la Commission parlementaire sur les questions de santé.

## Quelles sont les préoccupations des décideurs ?

- **Les conséquences du changement pour leur assise politique**

C'est lorsque le processus parlementaire a été différé que les intérêts des politicien-ne-s dans le processus politique sud-africain sont ressortis. A une femme militant pour les questions de santé qui lui demandait la raison de cette décision, un parlementaire a répondu que le parti politique voulait attendre que les élections locales aient eu lieu de peur que cette loi ne lui fasse perdre des voix.

Pour convaincre les politicien-ne-s du fait qu'une loi de libéralisation servirait les intérêts de leur électorat, les militantes ont directement donné la parole, lors d'audiences parlementaires, à des femmes noires qui avaient été poursuivies pour avoir subi des avortements, plutôt que de parler en leur nom. Elles ont mobilisé les grandes figures religieuses qui se sont exprimées en faveur de la loi en disant qu'elle allait soulager les souffrances des femmes et répondre à leurs besoins de santé. Elles ont également mobilisé des personnes d'origines ethniques différentes pour montrer que la loi avait le soutien massif de diverses circonscriptions électorales.

- **Conseils techniques**

Certaines informations techniques ont eu une influence déterminante sur la décision des politicien-ne-s concernant la loi sur l'avortement en Afrique du Sud. Des recherches historiques avaient montré que toutes les cultures et « races » en Afrique du Sud pratiquaient des avortements depuis des siècles. Des recherches médicales avaient évalué le coût supporté par le secteur de santé public pour le traitement des avortements incomplets (illégaux et risqués), et avaient ainsi donné un argument financier en faveur de la loi de libéralisation.

- **Relations avec les acteurs internationaux**

Des informations sur les lois relatives à la liberté de l'avortement dans d'autres régions du monde ont aidé les parlementaires à rédiger la nouvelle loi. Certaines informations ont mis au jour les liens qui existent entre les groupes anti-avortement en Afrique du Sud et des groupes terroristes d'extrême droite aux Etats-Unis, et ont permis de démentir leur légitimité.

### Effets sur les relations bureaucratiques

En Afrique du Sud, le processus de planification stratégique a mal pris en compte les préoccupations et les besoins de l'administration. Ni les politicien-ne-s ni les militant-e-s des ONG n'ont assez pris la mesure des obstacles possibles à la mise en application de la loi. Ils se sont concentrés sur le processus politique et ont oublié qu'une fois votée, la loi allait devoir être mise en œuvre par l'administration. La loi, et les règlements qui ont suivi, auraient dû traiter des questions suivantes :

- Un calendrier, l'allocation des fonds et les ressources humaines
- Comment mettre en application un nouveau service dans un contexte de restructuration du système de santé (décentralisation et changement des systèmes financiers) entraînant des changements importants
- Formation des médecins, des sages-femmes et des infirmières aux nouvelles procédures
- Organisation d'un soutien des responsables à la nouvelle législation pour garantir l'application de la loi dans le contexte de restructuration du système de santé
- Soutien des personnels de santé afin qu'ils ne considèrent pas cette loi comme une charge supplémentaire ou comme contraire à leurs valeurs
- Formation des communautés leur permettant de faire pression sur l'administration pour qu'elle organise les services
- Soutien des personnels de santé de façon systématique et constante.

En conséquence, une fois la loi votée en 1996, sa mise en application a été très lente. Le personnel se plaignait d'un manque de soutien de ses responsables ; dans les cliniques, les infirmières faisaient blocage plutôt que d'informer les femmes de manière adéquate ; et les communautés, ne connaissant pas les droits mentionnés dans la loi, ne pouvaient pas toujours les défendre.

## 6. Le rôle des « activistes politiques » dans la mise à l'ordre du jour des problèmes et de leurs solutions

Kingdon (1995) montre que bien des problèmes ne sont jamais traités par les personnes qui pourraient les résoudre. De la même façon, bien des solutions ne sont jamais reprises par les politicien-ne-s ou les personnes responsables de leur mise en application au nom du gouvernement. Qui est en charge de mettre un problème particulier à l'ordre du jour des politiques, qui décide d'adopter une solution en particulier, qui la fait entrer dans une politique et la fait mettre en œuvre ? Le cas de l'Afrique du Sud montre que des organisations défendant la nouvelle loi sur l'avortement ont exploité toutes les occasions de développer une certaine définition du problème et des solutions en faveur de l'égalité d'accès. Elles ont alors utilisé toutes les occasions disponibles pour mettre ces questions à l'ordre du jour des politicien-ne-s. Ce rôle est décrit par Kingdon comme celui d'« entrepreneurs de la politique » (1995 : 122). Dans le modèle utilisé dans cette session, ils sont qualifiés comme « activistes » ou « activistes politiques ».

Les activistes politiques ont un rôle important dans la mise à l'ordre du jour politique des problèmes et de leurs solutions. Nous pouvons tous être des activistes dès lors que nous nous engageons en faveur d'une inflexion favorable à la santé et aux droits liés à la sexualité et à la reproduction dans la politique. Les objectifs des activistes politiques doivent être :

- L'identification et la prise en compte de tous les acteurs
- La neutralisation de l'opposition
- Le renforcement des capacités des personnes favorables à la politique qu'ils défendent
- L'identification de stratégies répondant aux préoccupations des politicien-ne-s et de l'administration

### **Le processus d'adoption de la loi sur l'avortement en Afrique du Sud : le rôle des activistes politiques**

Le processus politique donnait au public l'occasion de participer, mais ce sont les organisations de la société civile qui étaient le mieux à même de profiter de ces occasions. En Afrique du Sud, au moment où se déroulait le processus législatif de la loi sur l'avortement, les organisations de femmes et les ONG défendant les femmes ont formé des alliances et se sont mobilisées ensemble en faveur des droits liés à la reproduction dans la Constitution. Les groupes défendant la santé et les droits humains et les groupes spécialisés dans les questions médicales se sont mobilisés en faveur de la loi de libéralisation de l'avortement.

Les activistes politiques qui avaient permis de définir le problème du point de vue des femmes et de développer des propositions de politiques (solutions) se sont alors engagés dans le processus politique formel en travaillant de l'extérieur (en donnant des informations aux médias, en mobilisant les organisations de base) et de l'intérieur (en donnant des informations directement aux parlementaires, en apportant des informations lors des audiences).

Voici certaines des forces et des faiblesses des interventions faites par divers activistes politiques à l'intention des différentes parties concernées.

#### **Forces**

- Identification et soutien aux personnes importantes au Parlement et au ministère de la santé
- Stratégies de diffusion des informations vers les médias, pour qu'ils soient bien informés et qu'ils connaissent des personnes favorables à la libéralisation susceptibles d'être interrogées
- Développement d'un réseau de dirigeants religieux favorables à la libéralisation

- Mise en place de la participation des organisations de base, par exemple les syndicats et les organisations de femmes
- Mise au jour des relations internationales et des motivations politiques des groupes opposés à la libéralisation pour montrer que ces groupes travaillent contre les nouvelles pratiques de l’Afrique du Sud
- Construction d’une alliance entre ONG (l’Alliance pour les droits liés à la reproduction) active dans les domaines médicaux, légaux, des droits humains et de défense de la santé des femmes pour donner aux interventions tout le poids possible.

### Faiblesses

- Mauvaise identification des dirigeants du système de santé en dessous du niveau national. On n’a pas identifié les professionnels de la santé comme un électorat à mobiliser avant le vote pour s’assurer de leur soutien à la nouvelle loi et de leur capacité à la mettre en application.

### Références

1. Grindle M, Thomas JW. 1989. « Policy makers, policy choices, and policy outcomes: The political economy of reform in developing countries ». *Policy Sciences* 22(3-4) : 213-248.
2. Kingdon JW 1995. *Agendas, alternatives, and public policies*. New York : HarperCollins.
3. Reich MR 1996. « Applied political analysis for health policy ». *Current Issues in Public Health* 12(4) : 186-191.
4. Walt G, Gilson L 1994. « Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis ». *Health Policy and Planning* 9(4) : 353-370.



Complément aux  
notes de  
course pour  
l'animateur-  
trice :

## Le processus de pénalisation de l'excision au Sénégal

Document préparé par Maimouna Ndoye, IUED

La pénalisation de l'excision au Sénégal résulte d'un ensemble de facteurs contextuels. Leur analyse permet de souligner le rôle qu'ils ont joué dans le processus, mais aussi l'évolution de ce rôle dans le temps. A cet égard, l'identification des acteurs s'avère très révélatrice. Ils sont nombreux et très divers, mais peuvent être regroupés dans deux catégories distinguant les acteurs étatiques et les acteurs non étatiques.

Pour les acteurs étatiques, il faut souligner les rôles respectifs des trois pouvoirs exécutif, législatif et judiciaire. Les acteurs non étatiques regroupent quant à eux les ONG féminines et de droits humains, les représentations d'organismes des Nations Unies, des chercheur-e-s et des autorités religieuses et culturelles.

Dans le cas du Sénégal, les faits montrent clairement que si le processus de pénalisation de l'excision a été porté par les acteurs non étatiques depuis les années 1970, c'est l'intervention de l'Etat qui, en l'espace de deux ans, a résolument conduit à l'adoption d'une loi contre l'excision. En effet, après un long silence sur la question de la pénalisation de l'excision, l'Etat sénégalais a manifesté, vers la fin des années 1990, un intérêt grandissant en la matière. Avant de préciser le contexte politique dans lequel s'inscrit le processus de pénalisation ainsi que ses étapes, il est nécessaire de s'arrêter sur le contexte socioculturel dans lequel s'inscrit la lutte contre l'excision au Sénégal.

### Le contexte socioculturel

Jusque dans la seconde moitié des années 1990, l'Etat sénégalais s'était montré quasi silencieux sur la question de l'adoption d'une loi pénalisant l'excision. Il faut dire que le contexte socioculturel y était pour beaucoup. En effet, des groupes religieux et ethniques représentatifs accordaient une haute importance à la pratique de l'excision. Par ailleurs, celle-ci semblait socialement acceptée vu que toute critique, surtout féminine, était interprétée (encore plus qu'aujourd'hui) comme une occidentalisation et un suivisme aveugle des idéaux féministes. Il s'y ajoute que l'excision concerne une question particulièrement taboue et sensible, celle de la sexualité des femmes et de son contrôle.

A cet égard, il semble que l'Etat sénégalais craignait de déranger un certain ordre culturel et religieux très attaché à l'excision en tant que valeur. Il n'était pas évident de faire comprendre à des populations fortement attachées à leurs traditions qu'une pratique qu'ils avaient héritée de leurs ancêtres était nuisible, et pire encore, qu'elle constituerait une violation des droits humains passible d'emprisonnement.

Par ailleurs, il est pertinent de se demander si la pression dans le sens d'une pénalisation s'était montrée assez forte. Au Sénégal, la lutte contre l'excision a été amorcée dans les années 1970 par des organisations féminines locales, en partenariat avec des féministes occidentales (voir Mottin Sylla 1990). Les premières actions menées allaient beaucoup plus dans le sens d'une sensibilisation des populations sur les conséquences médicales néfastes de la pratique que vers un lobby pour l'adoption d'une loi pénalisant l'acte d'excision. On ne peut certes nier le rôle des ONG locales dans le processus de pénalisation de l'excision, mais on ne peut pas non plus le présenter comme un rôle pionnier, ou en tout cas décisif. Même si certaines ONG de femmes et de droits humains font valoir qu'elles ont causé le déclic qui a conduit à la pénalisation de l'excision après des rencontres ou des lettres faites au Président de la République de l'époque, aucune d'entre elles ne revendique d'avoir, par des actions décisives, conduit à la pénalisation.

### Le contexte politique

Si la crainte de perturber l'ordre socioculturel a beaucoup contribué au long silence de l'Etat sénégalais sur la question de la pénalisation de l'excision, elle n'a pas suffi à empêcher la décision d'adopter une loi entre 1997 et 1999. Il semble que le contexte socioculturel ait servi de prétexte jusqu'au moment où un contrepoids de taille a pesé de l'autre côté de la balance. A y regarder de plus près, il apparaît que tant qu'elle ne perturbait pas la politique de l'Etat, la pratique de l'excision pouvait perdurer sous le couvert de l'attachement aux valeurs socioculturelles. Il semble ainsi évident que l'élément décisif de cette pénalisation est fondamentalement politique.

Deux facteurs en lien avec le contexte international semblent avoir eu un rôle déterminant dans le processus de pénalisation de l'excision, initié vers la fin des années 1990. D'une part, la question de l'excision faisait l'objet d'un lobbying actif dans le cadre des institutions des Nations Unies telles que l'OMS et l'UNICEF. D'autre part, le Sénégal était dans une phase politique de crédibilisation au niveau international, qui se manifestait par une ratification systématique des conventions relatives aux droits humains et à celles spécifiques aux droits des femmes.

A partir de 1997, tout semble s'enchaîner de manière fluide. Dans un discours prononcé cette année-là, le président Abdou Diouf présentait les mutilations génitales féminines (MGF) comme une pratique néfaste à la santé des filles et des femmes, violant leur intégrité physique et morale, et qui, en outre, ne s'inscrivait plus dans le nouveau dynamisme socioculturel du Sénégal. Les nombreux commentaires dont ces paroles ont fait l'objet relèvent leur portée hautement politique. Particulièrement éloquent à ce propos, un article du quotidien *Walf Adjri* du 11 février 1999 intitulé « Forum de La Haye sur la population : l'atout excision du Sénégal » soulignait que « contre vents et marées, la loi pénalisant l'excision devait tomber. C'était un atout de plus à mettre dans la corbeille en direction de ce forum.

Quitte à y mettre la forme par la suite. » Le journaliste insiste : « de bonne source, on apprend qu'il fallait arriver au sommet de La Haye avec ce bonus dans le calepin. Qu'importe le fait que sur le terrain, la pratique des MGF vive encore de beaux jours. »

Cette source, parmi d'autres, montre bien que le débat est vif au Sénégal : certains sont de l'avis que la pénalisation de l'excision n'est que circonstancielle et politique et qu'elle n'a pas eu pour but effectif d'éviter la poursuite de cette pratique. Marie Angélique Savané a vivement critiqué cette pénalisation : « Je suis étonnée que cette loi survienne tout d'un coup à l'heure actuelle. Elle est inutile ! Il faudrait faire une prise de conscience, éduquer les gens. Ce n'est pas en édictant des règles que le problème sera résolu. [...] Cette loi va pénaliser beaucoup de personnes si elle est votée. On risque de pénaliser les femmes en les condamnant [...]. Si depuis les années 70 on avait choisi une bonne politique, on n'en serait pas là aujourd'hui et cette loi n'est qu'une façon de dresser les gens les uns contre les autres, les femmes contre les femmes, c'est une fausse guerre. » Toujours selon elle, « la question qu'il faut se poser c'est : est-ce qu'ils veulent régler ce problème ou faire plaisir aux bailleurs de fonds ? » (L'Info 15 janvier 1999).

Ce point de vue mérite une grande attention : il semble en effet difficile de comprendre que protéger les femmes contre l'excision ne soit devenu une préoccupation importante de l'Etat que vingt ans après les débuts de la lutte contre cette pratique. Il faut bien se rendre à l'évidence que même dans l'hypothèse où le souci de protection des droits humains des femmes a joué un rôle, il n'est pas certain qu'il ait été l'élément décisif de la pénalisation de l'excision.

#### Le processus politique et bureaucratique

Après son discours en 1997, le président Abdou Diouf a donné des instructions immédiates pour l'élaboration du projet de loi. Il a confié au gouvernement et aux parlementaires une mission de préparation englobant une large sensibilisation, puis le projet de loi a été rédigé et déposé au parlement en 1998 ; la loi fut votée en 1999.

Vers la fin des années 1990 a eu lieu une large campagne du réseau des parlementaires sénégalais, qui a cherché à travailler en partenariat avec les pouvoirs religieux et coutumiers. Des séminaires ont par exemple été organisés dans le but de construire un argumentaire religieux prenant le contre-pied de celui défendant la pratique de l'excision.

Les arguments les plus mis en évidence lors des campagnes de sensibilisation qui ont précédé l'adoption de la loi sont au nombre trois. Il s'agit premièrement de la protection de la santé des femmes, et deuxièmement de la contestation du caractère religieux de la pratique de l'excision (les autorités ont apparemment compris que l'argument religieux sous-tendant



la pratique était assez fort pour réduire à néant, aux yeux des populations, les arguments liés à la santé). En troisième lieu, l'excision a été présentée comme étant une atteinte à l'intégrité physique et morale.

Les arguments contre la pénalisation de l'excision sont, quant à eux, d'ordre religieux et culturel. D'une part est réapparue l'idée que lutter contre l'excision ramenait à contester les prescriptions coraniques. De plus, culturellement, l'excision était présentée comme une pratique valorisante pour la femme, nécessaire pour la pleine jouissance de son statut au sein de la société. Par ailleurs des arguments d'expériences réussies se référant à une majorité de femmes qui n'ont connu aucun problème lié à leur excision, ont souvent été soulevés pour contester l'argument relatif à la santé des femmes.

En 1998, le projet de loi a été déposé à l'Assemblée nationale, alors composée d'une majorité socialiste (parti de A. Diouf). Malgré la Fatouah du Marabout Thierno Mountaga Tall menaçant les députés qui voteraient cette loi, celle-ci a été adoptée le 13 janvier 1999 par l'assemblée nationale.

Le Code pénal sénégalais a alors intégré un nouvel article 299bis (27.02.1999) qui stipule que : « *Sera puni d'un emprisonnement de six mois à cinq ans quiconque aura porté ou tenté de porter atteinte à l'intégrité de l'organe génital d'une personne de sexe féminin par ablation totale ou partielle d'un ou plusieurs de ses éléments, par infibulation, par insensibilisation ou par tout autre moyen. La peine maximum sera appliquée lorsque ces mutilations sexuelles auront été réalisées ou favorisées par une personne relevant du corps médical ou paramédical. Lorsqu'elles auront entraîné la mort, la peine des travaux forcés à perpétuité sera toujours prononcée. Sera punie des mêmes peines toute personne qui aura, par des dons, des promesses, influences, menaces, intimidation, abus d'autorité ou de pouvoir, provoqué ces mutilations sexuelles ou donné les instructions pour les commettre.* »

### Mise en application

L'article 299bis du Code pénal représente certainement un acquis de taille dans la lutte pour les droits des femmes au Sénégal, tout en soulevant un certain nombre de questions par rapport à la perspective qui l'anime et, partant, par rapport à son application concrète. On l'a vu, le processus juridique et politique qui a mené à la pénalisation de l'excision au Sénégal a connu son aboutissement à travers l'intervention de l'Etat, même si celle-ci s'est faite tardivement. C'est dire que la pénalisation de l'excision est loin d'être une revendication portée par un mouvement populaire de masse. Un tel constat, même s'il ne doit pas forcément prêter à une interprétation négative de la situation, soulève plusieurs questions :

- La loi pénalisant l'excision au Sénégal est en apparence révolutionnaire et potentiellement porteuse de changement social, mais n'est-il pas prudent de se demander si elle rencontre réellement les préoccupations et droits des femmes et filles qu'elle est censée protéger ?
- La population sénégalaise est-elle assez informée de l'existence de cette loi et de sa teneur ? Se reconnaît-elle dans cette loi ?
- Les multiples déclarations d'abandon observées se sont-elles traduites par des abandons effectifs ?

Six années après l'adoption de cet article de loi, force est de constater que malgré la pénalisation et les actions de sensibilisation menées pour l'abandon de la pratique, celle-ci se poursuit toujours dans certains milieux. En attestent les procès d'exciseuses et de parents de filles excisées, procès qui, encore, ne soulèvent qu'un coin du voile quand on sait que les cas de dénonciation et de flagrant délit sont très rares. Il s'ensuit que les cas traités par la justice ne rendent compte que d'une infime partie de la pratique clandestine. Celle-ci s'est d'ailleurs récemment manifestée avec éclat en Casamance, dans le sud du pays. Au mois d'avril 2005, des jeunes filles fraîchement sorties de leur retraite d'excisées dans le bois sacré ont manifesté dans les rues de Ziguinchor, exprimant à qui voulait l'entendre leur fierté de subir cette épreuve. Le mot d'ordre général semblait être qu'il fallait résister à ceux – étrangers et autochtones – qui tentent de les acculer en les empêchant de subir cette épreuve culturellement valorisante.

Il y a donc manifestement un problème d'adéquation entre la loi et la réalité concrète. Il semble justifié d'émettre des doutes non seulement sur l'adhésion des populations à la démarche de pénalisation de l'excision et au processus qui y a conduit, mais aussi sur l'effet dissuasif de la loi édictée à cet effet.

#### Références :

Mottin-Sylla MH. 1990. *Excision au Sénégal. Informer pour agir*. Dakar : Enda (Série études et recherches 137). [<http://synfev.enda.sn/exicisionsenegal.pdf>]

Savané MA, interview parue dans le journal *L'Info*, 15 janvier, 1999.

*Wal Fadjri*, 11 février 1999.

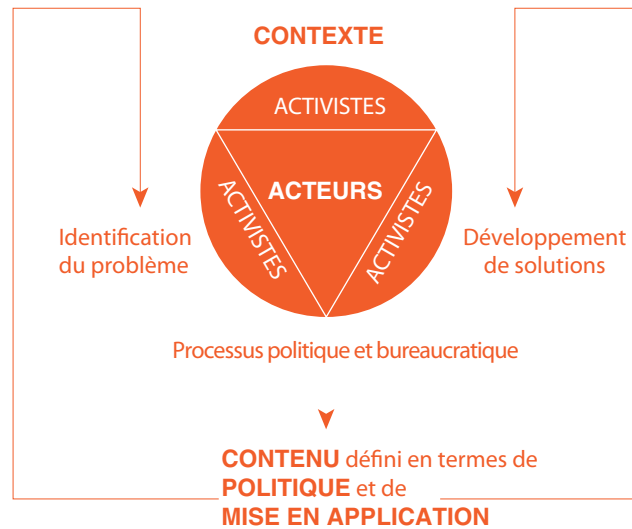


Document

1

## Cadre d'analyse des facteurs influençant le développement, le contenu et la mise en application des politiques

Une version légèrement simplifiée de ce cadre a déjà été publiée par Barbara Klugman. 1999. « Mainstreaming gender equality in health policy ». *Agenda* : 48-70.





Document

## 2

## Exercice de groupe 1

*Cet exemple est utilisé avec les participant-e-s venant de pays dans lesquels le paiement des actes a été adopté dans le cadre des Réformes du secteur de la santé. Les membres des groupes font cet exercice en s'inspirant de l'expérience qu'ils-elles ont eux-mêmes eue à la suite de la mise en application du paiement des actes.*

**Ce que vous devez faire :**

- Identifiez trois facteurs contextuels ayant eu une influence sur cette politique.
- Identifiez au moins deux acteurs dont le rôle a été déterminant pour l'adoption de cette politique, deux dont la voix n'a pas été entendue et deux acteurs opposés à cette politique. Vous pouvez faire une carte de leur pouvoir, de leur influence et de leur position vis-à-vis de l'objectif de la politique (« pour » ou « contre » ou « pas mobilisé »). Indiquez quels sont, parmi ces acteurs, ceux que l'on peut considérer comme des « activistes politiques ».
- Identifiez les effets du processus politique et de mise en application sur le contenu et la mise en application de la politique.
- Identifiez l'effet de cette politique sur les femmes et les hommes en considérant les aspects suivants :

A quels besoins cette politique répond-elle ? Met-elle en question les rôles des femmes dans la société, les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, l'accès et le contrôle des femmes sur les ressources ? De quelle façon ? Cette politique a-t-elle pour but de réduire les inégalités entre les sexes ?



Document

## 3

## Exercice de groupe 2

### La formule du prépaiement

Cet exemple s'inspire d'un cas utilisé dans le cours mené par la Yunnan Reproductive Health Research Association et intitulé *Operationalizing Cairo and Beijing à Kunming, Chine, en 1999.*

Les comtés H. et Y. de la province de S. ont fait l'expérience de la « formule de prépaiement des soins maternels et infantiles » dans plusieurs municipalités relevant de leur juridiction administrative. La formule est la suivante. Les couples en âge de procréer doivent cotiser, avec un bas montant de la cotisation, au fonds de la « formule de prépaiement médical » géré par le département local de la santé. Les femmes enceintes qui cotisent à cette formule auront droit à cinq examens prénatals et à trois soins post partum pour garantir la sécurité de l'enfant et de la mère. Lorsqu'ils viennent s'enregistrer pour avoir un certificat de mariage, tous les couples fiancés sont inscrits pour participer au fonds. La participation se fait également par la signature d'un contrat entre les travailleurs médicaux locaux et les familles qui ont besoin de participer à cette formule.

La formule est née du besoin de trouver des mécanismes locaux de financement des services de santé à la suite de la réduction des dépenses publiques. Mais, puisque c'est une formule basée sur le volontariat, son succès dépend du nombre de couples s'enregistrant pour y participer. Les personnels locaux de santé qui doivent passer dans les familles pour promouvoir la participation au fonds trouvent que c'est une charge supplémentaire. Pour les cadres médicaux en charge des centres de santé, le travail administratif et les responsabilités qu'entraîne cette formule sont problématiques. D'un autre côté, ils aimeraient également avoir la possibilité de rassembler des finances localement par l'intermédiaire de ce fonds qui leur donne une relative autonomie pour la gestion de leurs dépenses. La volonté de participer à cette formule est plus forte chez les personnes vivant dans les zones urbaines et qui ont un revenu stable que chez les personnes qui vivent dans les régions rurales. Ces dernières ne voient pas de raison de payer des services avant d'en avoir besoin.

#### Ce que vous devez faire :

- Identifiez trois facteurs contextuels ayant eu une influence sur cette politique.
- Identifiez au moins deux acteurs dont le rôle a été déterminant pour l'adoption de cette politique, deux dont la voix n'a pas été entendue et deux acteurs opposés à cette politique. Vous pouvez faire une carte de leur pouvoir, de leur influence et de leur position vis-à-vis de l'objectif de la politique (« pour » ou « contre » ou « pas mobilisé »). Indiquez quels sont, parmi ces acteurs, ceux que l'on peut considérer comme des « activistes politiques ».

- Identifiez les effets du processus politique et de mise en application sur le contenu et la mise en application de la politique.
- Identifiez l'effet de cette politique sur les femmes et les hommes en considérant les aspects suivants :
  - A quels besoins cette politique répond-elle ? Met-elle en question les rôles des femmes dans la société, les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, l'accès et le contrôle des femmes sur les ressources ? De quelle façon ? Cette politique a-t-elle pour but de réduire les inégalités de sexes ?



Document

## 4

## Exercice de groupe 3

### Les réformes de paiement des actes dans le système de santé de la Malvanie

Cet exemple a été utilisé lors du cours mené en 1999 par le Key Centre for Women's Health de l'Université de Melbourne en Australie intitulé *Operationalizing Cairo and Beijing*.

La Malvanie est un pays en développement ayant une importante population rurale mais un secteur industriel urbain en plein essor. Depuis l'indépendance du pays il y a 40 ans, le gouvernement a donné à tous accès aux cliniques et hôpitaux publics et aux médicaments en contrepartie d'un paiement symbolique (l'équivalent du coût de deux tasses de thé dans une échoppe au bord de la route), voire gratuitement pour les personnes qui ne peuvent pas payer cette somme.

La Malvanie a connu un taux de croissance élevé accompagné d'investissements étrangers très abondants bien que la crise monétaire de ces deux dernières années ait entraîné une récession économique et des pressions du Fonds monétaire international pour une réduction des dépenses publiques. Le niveau des dépenses publiques allouées aux soins de santé dans le secteur public (3,5 pour cent) est en deçà du niveau recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, et pourtant le gouvernement affirme qu'il ne peut plus financer le modèle social des soins de santé publique et souhaite limiter ou en fait réduire les dépenses allouées à la santé publique.

Le Premier Ministre, M. Escudo, a dénoncé l'ancien modèle de santé publique en disant qu'il créait une « mentalité d'assisté », héritage non voulu de la période coloniale. Il a annoncé la privatisation d'un certain nombre de services de santé et a lancé une nouvelle politique de financement sous le slogan : « Les soins ont un coût – Chacun en est responsable ! ». L'association médicale nationale soutient vivement cette politique. Certaines aides publiques vont continuer à être versées aux plus pauvres, mais les Malvaniens vont maintenant devoir prendre en charge une partie du coût réel de leurs soins, dans les structures publiques comme dans les structures privées. Les sources de financement possibles sont les suivantes.

- Une partie de leur épargne retraite obligatoire, ou de celle de leur époux-se ou de leurs enfants
- Un plan d'assurance retraite contracté par leur employeur (toutes les entreprises de plus de 50 employés doivent contracter un plan d'assurance retraite)
- Leur assurance santé privée.

Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer doivent passer devant une commission qui va faire une recherche sur leur situation financière et émettre un « certificat d'indigence » aux personnes qui y ont droit et qui auront alors droit à la prise en charge du séjour de base à l'hôpital.

Depuis l'indépendance, le parti du Premier Ministre Escudo détient une majorité écrasante des sièges au Parlement et exerce un contrôle étroit sur les groupes d'intérêts et les médias de masse. Certains représentants des consommateurs ont bien été consultés pour formuler la politique, mais le gouvernement n'a pas pour habitude de permettre aux groupes d'intérêts d'avoir une grande influence sur les politiques. Cependant, le gouvernement craint une progression de l'opposition lors des prochaines élections, car les électeurs des régions rurales sont en colère à la suite de la suppression des prestations médicales auxquelles ils avaient droit.

#### Ce que vous devez faire

- Identifiez trois facteurs contextuels ayant eu une influence sur cette politique
- Identifiez au moins deux acteurs dont le rôle a été déterminant pour l'adoption de cette politique, deux dont la voix n'a pas été entendue et deux acteurs opposés à cette politique. Vous pouvez faire une carte de leur pouvoir, de leur influence et de leur position vis-à-vis de l'objectif de la politique (« pour » ou « contre » ou « pas mobilisé »). Indiquez quels sont, parmi ces acteurs, ceux que l'on peut considérer comme des « activistes politiques »
- Identifiez les effets du processus politique et de mise en application sur le contenu et la mise en application de la politique
- Identifiez l'effet de cette politique sur les femmes et les hommes en considérant les aspects suivants :

A quels besoins cette politique répond-elle ? Met-elle en question les rôles des femmes dans la société, les inégalités de pouvoir entre les hommes et les femmes, l'accès et le contrôle des femmes aux ressources ? De quelle façon ? Cette politique a-t-elle pour but de réduire les inégalités entre les sexes ?



## Politiques de population et droits en matière de reproduction

Cette session est adaptée de Klugman Barbara, Fonn Sharon, Tint Khin San. 2001. *Reproductive health for all : taking account of the power dynamics between men and women. A training manual*. Johannesburg: AIDOS et le Women's health project, University of the Witwatersrand (Module 2, Activité 3: "Comparing politics: Population control versus human rights and health")

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

- Reconnaître les politiques comme lieux de pouvoir, et voir que les concepts de droits et de santé en matière de sexualité et de reproduction étudiés dans le cadre de ce cours sont basés sur une approche relative aux droits humains favorable au renforcement du pouvoir des femmes, à l'égalité des sexes et à l'équité dans la distribution des ressources
- Savoir appliquer à l'analyse des politiques un cadre relatif aux droits liés à la sexualité et à la reproduction.

**[durée] 2 heures (en plus du temps consacré aux lectures en dehors des heures de cours)**

### Préparation préalable

Le Document 2 doit être distribué aux participant-e-s la veille de cette session. Voir les instructions dans l'Activité 1, p. 396

### Matériel

- Document 1 : « Des services de santé différents : contrôle de la population versus approche basée sur les besoins ou sur les droits humains »
- Document 2 : « Politique de la population dans la province de Ayn à Jull, 1997 »
- Transparent : tableau du Document 1.

## Lectures pour l'animateur-trice

Analyses des politiques de population de certains pays

1. Klugman B. 1991. « Population policy in South Africa: A critical perspective ». *Development Southern Africa* 8(1) : 19-33.
2. Reproductive Health Matters. 1993. Population and family planning policies: women-centred perspectives. *Reproductive Health Matters* 1(1). Cette édition de RHM fait des analyses des politiques liées à la population du Japon, de l'Inde, du Mexique et de l'Afrique du Sud. Voir en particulier « The politics of women, population and development in India » de TK Sundari Ravindran (pp. 26-38).
3. Petchesky RP. 1995. « From population control to reproductive rights: feminist fault lines ». *Reproductive Health Matters* 3(6) : 152-161 [<http://www.rhmjournal.org.uk/PDFs/06Petch.pdf>].

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en trois activités. La première est une lecture individuelle à faire le soir la veille de la session. La deuxième activité est une présentation de l'animateur-trice. La troisième activité est une discussion de l'ensemble du groupe autour des lectures.

### Activité 1 : Lecture

Cette lecture doit se faire la veille de la session. Divisez les participant-e-s en sous-groupes. Remettez-leur le Document 2 et dites-leur de le lire et de noter leurs réponses aux questions qui sont posées.



### Activité 2 : Comparaison de l'approche relative au contrôle de la population avec celle relative aux droits humains et aux droits en matière de reproduction

Pour commencer, présentez les objectifs de la session. La session précédente s'est concentrée sur le processus politique tout en attirant l'attention sur le traitement des questions de genre dans les politiques présentées dans les études de cas. A partir de l'exemple de la politique de population d'un pays après la Conférence internationale sur la



population et le développement, cette session va aider les participant-e-s à appliquer un cadre pour les droits liés à la sexualité et à la reproduction à l'analyse d'une politique de santé en matière de reproduction.

Faites ensuite une présentation comparant l'approche par le contrôle de la population avec celle par les droits humains et les droits en matière de reproduction.

Mettez en transparent les tableaux du Document 1. Remettez aussi le document aux participant-e-s.

**Sujets à discuter** Pourquoi le tableau fait-il une distinction entre une approche par les besoins et une approche par les droits ?

La satisfaction des besoins est l'une des dimensions des droits humains. De nombreuses politiques de santé sont orientées vers les besoins en ceci qu'elles ont pour but de permettre de traiter des problèmes liés à la santé. Très peu de politiques arrivent en réalité à mettre en question la position des femmes dans la société – à promouvoir l'égalité des femmes avec les hommes et leur accès et leur contrôle sur les ressources. Pourtant ces mesures sont déterminantes pour l'amélioration du bien-être général des femmes.

Une approche par les droits humains non seulement répond aux besoins immédiats mais renforce aussi le pouvoir des femmes. En outre elle défend explicitement l'égalité entre les femmes et les hommes, par exemple dans les décisions portant sur la sexualité et la reproduction. En d'autres termes, alors que les politiques spécifiques selon le genre répondent aux besoins, les politiques de redistribution entre les sexes renforcent le pouvoir des femmes et défendent les droits humains en contribuant à l'égalité des sexes.



1 hr  
30 mins

### Activité 3 : Analyse d'une politique de contrôle de la population dans une perspective de genre et de droits



10 mins

#### Etape 1 : Présentation de l'activité

Le but de cette activité est de nous permettre d'analyser une politique de population dans une perspective de genre et de droits. Elle a deux objectifs. Le premier est d'amener les participant-e-s à aller au-delà de l'analyse du processus et à faire une analyse du contenu de la politique dans une perspective de genre et de droits. Le second est de montrer que dans bien des pays, l'héritage des programmes de contrôle de la population a des effets sur la mise en application du programme issu de la Conférence internationale sur la population et le développement.

L'animateur-trice peut choisir d'autres exemples que les politiques de population, par exemple une politique sur l'avortement, sur le VIH/SIDA ou sur d'autres questions liées à la santé en matière de

reproduction. L'exemple retenu doit pouvoir donner lieu à une analyse de genre et de droits ; autrement dit, son contenu doit pouvoir donner lieu à un débat et/ou susciter des questions lorsqu'on l'analyse avec une perspective de genre et de droits.



**Etape 2 :  
Discussions  
informelles en  
sous-groupes**

Les participant-e-s ont déjà lu le Document 2 la veille de la session. Ils-elles disposent de 20 minutes pour débattre de façon informelle en groupes de 2 à 3 personnes des réponses aux questions posées dans le Document. Ils doivent noter ces réponses.



**Etape 3 :  
Discussion  
autour des  
lectures**

Ouvrez une discussion sur l'étude de la politique de population figurant dans le Document 2. Demandez à chaque sous-groupe à son tour de répondre aux questions et discutez ensuite de ces réponses en faisant intervenir les autres participant-e-s. Apportez vos propres idées, testez celles des participant-e-s et incitez-les à étudier les questions et préoccupations relatives aux droits soulevées par cette politique.

**Sujets à  
discuter**

**La politique de population de la province de Ayn à Jull adoptée à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement**

**Aucun objectif de santé en matière de sexualité ou de reproduction**

La formulation de la politique de Ayn adoptée à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement est une combinaison particulière de langage de la santé en matière de reproduction et d'objectifs démographiques. Beaucoup de ces objectifs portent sur une baisse des taux de natalité et de fécondité, mais certains sont liés à la mortalité maternelle et infantile. De façon intéressante, elle ne comprend aucun objectif de santé en matière de sexualité ou de reproduction.

**La politique est en violation des droits et ne prend pas en compte les acteurs non étatiques**

La politique de population de Ayn est aussi en violation des droits, en grande partie de la même façon que la politique de Jull antérieure à la Conférence internationale sur la population et le développement. La grande variété d'incitations et les propositions de dissuasions pour les fonctionnaires suscitent de graves préoccupations. Les références répétées au couple dans la politique de population de Ayn montrent que les services sont destinés avant tout aux femmes et aux hommes mariés, et que les femmes non mariées risquent de ne pas y avoir accès. De la même façon, toute la discussion porte sur le nombre d'enfants qu'un couple peut avoir avant d'accepter la contraception, ce qui indique que

les couples qui ont dépassé l'âge de procréer ne sont pas pris en compte.

En outre, cette politique ne se préoccupe pas vraiment de la prévention des violations de droits liés à la reproduction par les acteurs non étatiques, par exemple au sein du ménage, de la communauté et des institutions religieuses.

#### La même hypothèse qu'avant 1994

Bien qu'elle ait été formulée après la conférence du Caire, cette politique part toujours de l'hypothèse que la taille de la population entraîne la pauvreté. Elle ne reconnaît pas le rôle des modèles de développement adoptés par un pays dans l'origine ou l'aggravation de la pauvreté.

#### Au-delà de la santé maternelle

Cette politique va au-delà de la santé maternelle dans sa définition des besoins de santé des femmes, avec quelques créations de services de santé en matière de reproduction. L'offre de services a été un peu élargie et couvre les infections du système reproducteur et les maladies sexuellement transmissibles, et elle commence à promouvoir les méthodes masculines de contraception. Des questions comme l'accès à des traitements de l'infertilité sans risque n'entrent pas dans les préoccupations de la nouvelle politique.

#### La nouvelle politique n'adopte pas une perspective basée sur les droits

Il est intéressant de noter que la politique fait mention de la qualité des soins, mais qu'il n'en est question qu'en termes d'infrastructure et d'amélioration de la formation. Nulle part il n'est fait mention d'une amélioration de l'information et des conseils, de la relation patient-soignant, de la diversification des choix, etc. La participation communautaire est mentionnée comme un élément important, mais pour la mise en application de la politique et pas pour sa définition et sa gestion. La nouvelle politique est donc très loin d'appuyer une approche basée sur les droits.

## Points principaux pour conclure la session

#### Les tendances démographiques sont des indicateurs et non des objectifs

Les tendances démographiques (en termes de fécondité, de mortalité et de migration) sont des indicateurs utiles des projets de développement, mais ce ne sont pas des buts en soi. Dans le passé, les politiques de contrôle de la population, considérant à l'origine que de forts taux de croissance de la population avaient un impact négatif sur son bien-

être, ont souvent dégénéré en politiques visant la baisse de la fécondité comme une fin en soi. Dans de nombreuses régions du monde en développement, elles étaient motivées par des objectifs démographiques. Dans les pays fortement peuplés, on a souvent utilisé un système de mesures d'incitations et de dissuasions pour convaincre encore plus de familles d'adopter une méthode de planification familiale.

### Du contrôle de la population aux droits humains

La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire en 1994 a provoqué un changement de paradigme dans les services de santé de la reproduction – on est passé du contrôle de la population aux droits humains : la satisfaction des besoins des femmes et des hommes et la promotion de l'égalité des sexes dans les décisions liées à la sexualité et à la reproduction par la formulation de programmes et de politiques. Les mouvements de femmes, mais aussi des politiciennes et des représentants de l'administration sensibles aux questions de genre, ont joué un rôle déterminant dans l'adoption de ce changement.

### Les politiques réglementent souvent le corps des femmes

Malgré cette évolution, les politiques réglementent souvent le corps des femmes, que ce soient les politiques de population du gouvernement national ou les « politiques » de contrôle par les hommes au sein du ménage. Les projets, qu'ils interviennent dans la législation, dans la politique du gouvernement, dans les services de santé ou dans des campagnes de défense, devraient placer comme objectif central le droit des femmes à contrôler leur corps et à prendre les décisions liées à la sexualité et à la reproduction.

### Qu'en est-il des politiques natalistes ?

La Conférence internationale sur la population et le développement n'a pas encore provoqué de changement dans les politiques natalistes de certains pays dont le taux de natalité ne permet pas le renouvellement de la population. Dans quelques-uns de ces pays, le gouvernement donne des incitations à avoir plus d'enfants à certains groupes ethniques en particulier et pas aux autres.

### Les mots peuvent avoir des significations différentes

De nombreux pays dotés de politiques de contrôle de la population ont commencé à repenser ou ont même changé leur politique de population depuis la Conférence internationale sur la population et le développement, mais il est important de retenir que les mêmes mots peuvent avoir des significations différentes. Selon les groupes d'intérêts, les interprétations des documents du Caire et de Beijing vont diverger. De nombreuses agences nationales et internationales, ainsi que des

individus, ont commencé à utiliser ce langage pour parler des services de planification familiale et non des services intégrés et de l'approche holiste voulue dans les définitions du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement.

### **Continuer à se battre pour les droits humains, la santé et les soins**

Il est donc essentiel que tous ceux et celles d'entre nous qui veulent défendre une approche basée sur les droits – en tant que responsables des services de santé, comme ONG ou au sein des organisations donatrices – poursuivent le combat pour les droits humains, la santé et les soins.

Session développée par Barbara Klugman et TK Sundari Ravindran



Document

1

## Des services de santé différents : contrôle de la population versus approche basée sur les besoins et sur les droits humains

Source : Klugman B, Fonn S, Tint KS. 2001. *Reproductive health for all : taking account of the power dynamics between men and women. A training manual*. Johannesburg: Aidos et le Women's health project, University of the Witwatersrand, p. 82. Reproduit avec l'aimable permission de Aidos (Italian Association for Women and Development) et du Women's Health Project.

	<b>Contrôle de la population/ planification familiale</b>	<b>Satisfaction des besoins des femmes</b>	<b>Promotion des droits des femmes</b>
<b>Définition de la santé des femmes</b>	Définition strictement biomédicale, synonyme de santé maternelle ou de santé de la femme en âge de procréer, et centrée sur la naissance et la grossesse sans décès et sans maladie, et sur la contraception.	Offre de services de haute qualité et centrés sur les femmes – en s'appuyant sur l'expérience et les besoins des femmes. Reconnaissance du fait que les besoins de santé des femmes vont bien au-delà de la reproduction.	Définition large mettant au centre le droit des femmes à faire des choix sur la reproduction et la sexualité en toute autonomie.
<b>Objectifs</b>	Baisse de la démographie ou hausse de la fécondité et de la population (objectif principal). Amélioration de la santé des femmes et des enfants et du bien-être de la famille (objectif secondaire).	Amélioration de la santé des femmes. Proposer aux femmes une offre de services garantissant le choix, par exemple dans les méthodes de contraception.	Le contrôle des femmes sur leur corps et sur les décisions liées à la sexualité et à la reproduction. Droit à l'information, à la vie privée, à l'intégrité corporelle. D'une manière générale, l'égalité des sexes car elle a des effets sur la santé, par exemple par la sécurité alimentaire, l'éducation, le contrôle sur le revenu, etc.
<b>Hypothèses</b>	La taille/croissance de la population est le principal déterminant de la pauvreté, du sous-développement et du développement durable. Le contrôle de la population fera baisser la fécondité.	La pauvreté est due au modèle de développement basé sur la croissance économique. L'accent est mis sur la satisfaction des besoins essentiels et non sur le contrôle de la population. Un meilleur statut pour les femmes et des programmes de qualité pour la santé en matière de reproduction permettront de faire reculer la fécondité.	L'interaction des différentes inégalités – basées sur la classe, ou sur d'autres divisions sociales comme la caste ou le groupe ethnique, ou sur le genre – fait que certains sont pauvres et d'autres sont riches, certains ont accès au pouvoir et d'autres non. On peut et on doit lutter contre ces inégalités pour établir la justice sociale. Une distribution plus équitable des ressources telles que l'éducation et les services de santé relève ce défi.



	<b>Contrôle de la population/ planification familiale</b>	<b>Satisfaction des besoins des femmes</b>	<b>Promotion des droits des femmes</b>
<b>Offre de services</b>	Contraception ; traitement de l'infertilité (si on souhaite faire augmenter les taux de croissance de la population) ; santé maternelle ; avortement (s'il est culturellement acceptable et considéré comme relevant d'un programme de contrôle de la population).	Dans le cadre de la santé en matière de sexualité et de reproduction : contraception ; santé maternelle ; avortement ; maladies sexuellement transmissibles et infections du système reproducteur ; VIH/sida ; sexualité ; violences contre les femmes ; dépistage du cancer. Eléments d'une offre de soins de santé primaires plus large afin de répondre aux besoins de santé en matière de reproduction en même temps qu'aux autres besoins (par exemple les maladies chroniques, la santé mentale, la santé au travail).	Services d'information et de conseil pour donner aux femmes la confiance nécessaire pour contester leur position de subordonnées à leur partenaire sexuel et dans la société. Activités communautaires pour organiser les femmes dans leur lutte contre les inégalités sociales. Organisation des hommes pour qu'ils comprennent et assument leur rôle dans la promotion de l'égalité des sexes dans les décisions liées à la sexualité et à la reproduction et dans la société en général. Au-delà des services, importance donnée aux lois et aux politiques, par exemple sur le congé maternité, contre les viols.
<b>Age et statut matrimonial</b>	Femmes mariées ; âge de procréer (15-49 ans)	Femmes de tous les âges tout au long de leur cycle de vie, qu'elles soient mariées ou pas.	
<b>Standards de services</b>	La qualité des soins n'est pas soulignée car le plus important est le nombre de femmes rencontrées.	Promotion d'une haute qualité de soins comme faisant partie des standards de santé professionnels au centre de l'offre de services.	Promotion d'une haute qualité de services comme droit lié à la santé et aussi comme question liée aux droits des femmes – avec une grande importance accordée au respect, à la dignité, à la confidentialité et au choix.
<b>Information et éducation</b>	Communication verticale, du haut vers le bas, et se concentrant sur les conseils pour l'utilisation de la contraception. Persuasion et motivation comme processus d'information. Le soignant indique la meilleure solution à adopter.	Information complète sur les risques et les avantages des technologies contraceptives afin que les femmes puissent faire leur choix.	Importance donnée à la compréhension du corps et de la sexualité afin de prendre des décisions et de contrôler sa vie. Promotion des droits des femmes en matière de sexualité et de reproduction. Accent sur la responsabilité des hommes au sujet des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction.
<b>Participation</b>	Politiques en général verticales du haut vers le bas, les soignants étant motivés par des objectifs ou par d'autres considérations politiques.	Les professionnels de la santé car considérés comme connaissant mieux le sujet que les usagers-ères, mais un effort est fait pour garantir la satisfaction des besoins des femmes.	Mobilisation des femmes pour une meilleure politique de santé. Recours à l'éducation des pairs pour mobiliser et donner aux femmes le pouvoir d'agir. Volonté de s'inspirer des idées de la communauté pour définir les priorités dans l'offre de services et l'évaluation des services.



Document

## 2 Politique de population de la province de Ayn à Jull, 1997

*Lisez la politique décrite ci-dessous, et notez vos réponses aux questions posées à la fin de la description. Vous discuterez de vos réponses demain avec l'ensemble de votre groupe.*

### 1. Introduction

... La Conférence internationale sur la population et le développement de 1994 a lancé un appel pour une approche plus holiste des politiques de contrôle de la population, faisant le lien entre des préoccupations d'ordre démographique (par exemple une baisse de la fécondité) et diverses préoccupations relatives à la santé en matière de reproduction, notamment les questions touchant les femmes. Elle a également lancé un appel à une plus forte responsabilité des hommes dans les comportements sexuels et de reproduction. Jull a signé cet appel. L'approche par la santé en matière de reproduction doit absolument être intégrée dans le projet de politique de population de la province.

... Une croissance rapide de la population a des effets sur le développement socio-économique et sur la protection de l'environnement. Elle a eu les conséquences suivantes :

- La production alimentaire risque de ne pas suivre l'augmentation de la population. On compte déjà 51% des petites filles et 47% des petits garçons mal nourris dans la province.
- La pression sur la terre et sur les autres biens va faire naître des tensions sociales et des violences.
- Le logement dans les zones rurales et urbaines va poser de graves problèmes. Ces 20 dernières années, on a déjà accumulé un retard pour la construction de 4,7 millions de nouveaux logements urbains.
- 44,3 millions de personnes dans les zones rurales et 7,3 millions de personnes dans les zones urbaines n'auront pas accès à des structures d'assainissement de l'eau et, dans la province, 13 millions de personnes n'auront pas accès à une eau potable d'ici à 2001.
- D'ici à 2001, 25 millions de personnes vivront en deçà du seuil de pauvreté dans la province, le nombre de personnes analphabètes va augmenter, de même que le nombre de personnes sans emploi.
- La dégradation de l'environnement causée par une croissance plus forte de la population va devenir insoutenable.

## 2. Objectifs de stabilisation de la population

... Les objectifs démographiques de la province sont les suivants :

	Taux actuel	Dans 5 ans	Dans 10 ans	Dans 20 ans
Taux d'accroissement naturel	1,44	1,15	0,80	0,70
Taux brut de natalité	22,7	19,0	15,0	13,0
Taux brut de mortalité	8,3	7,5	7,0	6,0
Taux de mortalité infantile	66,0	45,0	30,0	15,0
Ratio de mortalité maternelle	380	200	120	50
Taux de protection des couples (%)	48,8	60,0	70,0	75,0
Taux total de fécondité	2,7	2,1	1,5	1,5

## 3. Structures et processus de mise en application

... Des commissions de stabilisation de la population vont être mises en place aux niveaux des districts et des sous-districts. Les commissions de stabilisation de la population des sous-districts encourageront les gouvernements de chaque village et chaque municipalité à préparer un Plan d'action pour la stabilisation de la population qui précisera les objectifs démographiques et les taux de performance attendus chaque année, et établira une charte d'actions sociales pour la stabilisation de la population. Ces documents feront l'objet de négociations et d'un accord avec la communauté. Le Plan d'action précisera aussi les mesures à prendre pour atteindre les objectifs selon un calendrier précis. ... Le Plan d'action de sous-district sera basé sur tous ces Plans d'action locaux. Il comprendra des projets spéciaux pour l'amélioration de la qualité des services. Les Commissions de stabilisation de la population des districts apporteront leur soutien financier et technique à la mise en application de ces Plans d'action.

... L'amélioration de la qualité des services sera un processus important pour la mise en application des Plans. Les éléments essentiels de la qualité de l'offre de services sont les suivants :

- un personnel médical et paramédical disponible où et quand on en a besoin
- des compétences techniques et d'encadrement adéquates, et un haut degré d'engagement et de motivation du personnel pratiquant les services de planification familiale
- un environnement favorable à la qualité des services grâce à des infrastructures adéquates, l'équipement essentiel nécessaire et un approvisionnement suffisant en médicaments, en tenues et en matériel

- une participation communautaire dans les programmes (pour aider à mettre les programmes en application).

#### 4. Stratégies opérationnelles spécifiques

...

##### a) Promotion de méthodes définitives de contraception par :

- Une orientation plus forte vers les couples de parité 2
- La réduction du nombre de naissances chez les femmes de parité 3 et plus
- La promotion des vasectomies pour qu'elles représentent 30% de toutes les stérilisations
- Pour les couples qui risquent d'avoir plus d'enfants pour essayer d'avoir des fils, création du plan pour les petites filles : la fille unique ou l'une des deux filles d'un couple adoptant la solution de la stérilisation recevra une série de prestations monétaires jusqu'à ses 20 ans et une somme forfaitaire pour ses 20 ans si elle ne s'est pas mariée avant d'avoir eu 18 ans. ...

##### b) Promotion de méthodes de contraception pour l'espacement des naissances par :

- Une campagne d'information sur les méthodes d'espacement des naissances
- Des procédures de dépistage efficaces avant la pose d'un dispositif intra-utérin et un suivi des niveaux de rétention
- Un meilleur accès aux préservatifs et aux pilules contraceptives par des programmes communautaires de distribution et un marketing social. ...

##### c) Délégation du niveau provincial (relation verticale, du haut vers le bas) vers les gouvernements de villages pour la définition des groupes cibles pour la promotion des méthodes définitives de contraception et des méthodes d'espacement des naissances. ...

##### d) Garantie d'un accouchement sans risque en équipant les unités de première référence et en établissant un fonds pour le transport des urgences obstétricales au niveau des gouvernements de villages

##### e) Avortements sans risque par la formation du personnel et l'équipement de centres d'avortement plus nombreux (pour offrir ce service). ...

f) Prévention et traitement des infections du système reproducteur et des maladies sexuellement transmissibles essentiellement en apportant les services d'un-e gynécologue à des moments précis (par contrat ou en tant que consultant lorsque le recrutement est impossible) dans 450 centres de santé primaire appelés Centre de santé primaire et des femmes. ...

g) Incitations :

- i. Les incitations seront données, au niveau communautaire, aux villages dont le taux de protection des couples dépassera 60%. Ces incitations prendront les formes suivantes : des usines supplémentaires, des bâtiments scolaires et des plans de développement, par exemple des Plans pour l'assainissement de l'eau à bon marché et des Plans pour le logement des plus démunis. ...
- ii. Des incitations seront également attribuées au niveau individuel avec une forme de récompense en espèces d'un montant équivalent à 2500 \$ US à trois couples par district tirés au hasard dans chacune des catégories suivantes :
  - Les familles ayant deux filles et adoptant une méthode définitive de contraception
  - Les familles à un enfant et adoptant une méthode définitive de contraception
  - Les familles ayant au plus deux enfants et acceptant la vasectomie.

Pour les incitations sous forme d'aide au développement (prêts au logement, crédits pour l'investissement dans des petites entreprises, programmes de micro-crédit pour les femmes) pour les individus, toutes choses égales par ailleurs, la préférence sera accordée selon cet ordre de priorité :

- Les personnes ayant deux filles et acceptant une méthode définitive
- Les personnes ayant un enfant qui acceptent la vasectomie
- Les personnes ayant un enfant qui acceptent une méthode définitive
- Les personnes ayant deux enfants et qui acceptent la vasectomie
- Les personnes ayant deux filles et qui acceptent toute méthode définitive.

- iii. Des incitations seront distribuées au personnel de santé sous forme de médaille d'or et/ou de récompense en espèces, notamment aux équipes pourvoyeuses de services qui auront atteint des niveaux de performance dépassant les critères minimums prescrits dans les Plans d'action du sous-district. ...
- iv. Le gouvernement attend de ses employés qu'ils soient des modèles et montrent l'exemple en adoptant eux-mêmes la norme des deux enfants. En conséquence le gouvernement va étudier la pertinence d'une limitation des gratifications habituellement accordées aux employés du secteur public, par exemple des indemnités de voyage (versées en général à l'employé, à son époux-se et à ses enfants) ou des bourses d'étude pour le ou les deux premiers enfants seulement. ... Le gouvernement va également étudier la possibilité de modifier les règles du service et les politiques d'avancement de façon à encourager le respect de la norme des deux enfants.

Note : Ayn et Jull sont des noms fictifs pour un cas bien réel.

### Questions

1. Quels sont les effets de cette politique de population sur les droits des couples et des individus à choisir d'avoir des enfants, à quel moment et quel nombre ? Pourquoi ?
2. Faites la liste des aspects de cette politique qui vous semblent violer les droits garantis par les textes internationaux sur les droits de l'homme.
3. Quels sont les effets de cette politique de population sur les services de santé ? Pourquoi ?
4. En quoi les services de santé en matière de reproduction de Ayn seraient-ils différents s'ils étaient orientés vers le choix des individus ?

## SESSION

## 4

## Outils pour infléchir les processus politique et de mise en application

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participants vont :

- Comprendre que différentes stratégies sont nécessaires pour toucher des individus différents par leur position et leur attitude face à l'objectif d'une politique
- Apprendre que la planification stratégique demande une connaissance du terrain et une approche progressive
- Découvrir un modèle en « sept étapes » pour aider à la planification stratégique
- Connaître les processus à suivre pour une intégration transversale du genre dans la planification stratégique et de mise en application.

[durée] 3 heures 30 minutes

### Matériel

- Extrait de l'encadré : « Stratégie en neuf étapes pour influencer une politique », pp. 418-420
- Document 1 : Exercice de groupe, p. 422
- Diapositive : « Le continuum de réticence au changement », p. 411
- Diapositive : « Stratégie en neuf étapes pour influencer une politique », extrait de l'encadré pp. 418-420
- flip charts.

### Lectures pour l'animateur-trice

1. Centre for Development and Population Activities. 1995. *Cairo and beyond : a handbook on advocacy for women leaders*. Washington : CEDPA.
2. Sharma R. (non daté) *An introduction to advocacy: training guide*. Washington : Support for Analysis and Research in Africa (SARA), USAID Africa Bureau, Office of Sustainable Development.
3. Plata MI, Gonzalez AC, de la Espriella A. 1995. « A policy is not enough : women's health policy in Colombia ». *Reproductive Health Matters* 3(6) : 107-113. [<http://www.rhmjournal.org.uk/PDFs/06Plata.pdf>]

4. Wainer J, Peck N. 1995. « By women for women: Australia's National Women's Health Policy ». *Reproductive Health Matters* 3(6) : 113-121. [<http://www.rhmjournal.org.uk/PDFs/06wainer.pdf>]

## Déroulement de la session

L'activité 1 commence avec votre présentation, suivie d'un jeu de rôles et d'une discussion de groupe dont le but est d'aider les participant-e-s à voir que des acteurs différents ont des styles et des motifs de décision différents. L'activité 2 est une activité en sous-groupes suivie d'une présentation illustrée avec des exemples locaux et avec une participation constante des membres du groupe.



### Activité 1 : Introduction aux outils de planification stratégique



#### Etape 1 : Présentation d'introduction

Commencez par présenter les objectifs de cette session, qui prolonge la session précédente en proposant une marche à suivre dans le cadre de l'analyse de la politique. Elle permet au groupe de comprendre les motivations et les styles des différents acteurs du processus politique et, ayant montré quels sont les obstacles à surmonter, présente un outil de planification stratégique.



#### Etape 2 : Le continuum de réticence au changement

Placez le schéma suivant en transparent et expliquez-le. Il montre la diversité des réactions que peuvent avoir, face au changement, des personnes différentes dans des conditions différentes.

A la base du continuum (au niveau rouge) se trouvent les personnes (celles qui sont concernées) qui sont les plus réticentes au changement. Soit elles ne reconnaissent pas l'existence d'un problème, soit elles ne croient pas qu'il puisse être résolu.

Un peu plus haut (au niveau jaune) se situent les personnes susceptibles d'être un peu plus ouvertes au dialogue, mais dont la réaction est encore de l'ordre des sentiments, des émotions et des attitudes, et qui risquent de n'évoluer que difficilement à court terme. Leur résistance au changement découle de leur peur de l'inconnu ou de leur refus de prendre des risques, ou encore de leur méfiance par rapport aux motivations des personnes qui poussent au changement. Pour influencer ces personnes, il va falloir développer des stratégies permettant de dépasser leurs réactions influencées par leur culture ou leurs émotions.

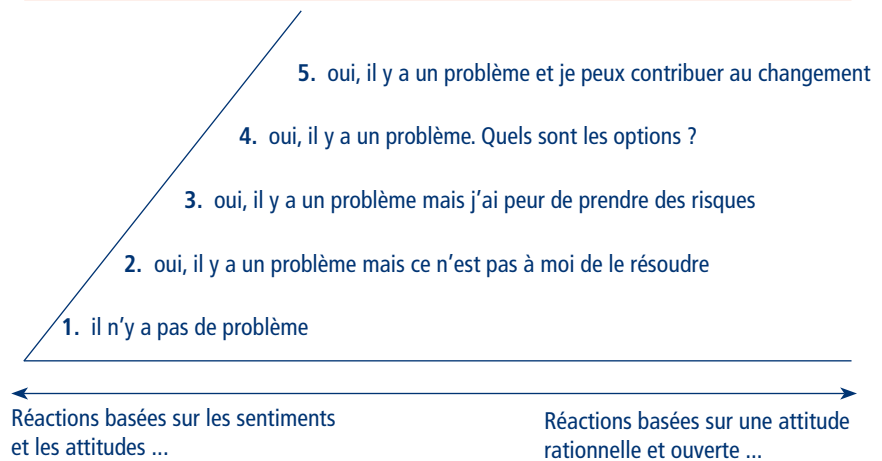




Au niveau vert du continuum se trouvent les personnes qui vont probablement réagir favorablement aux propositions de changement si celles-ci relèvent d'une logique solide et sont étayées par de bonnes informations. Au sommet du continuum se trouvent les agents de changement – qui non seulement reconnaissent l'existence d'un problème mais qui en plus sont convaincus qu'un changement est nécessaire et possible. De plus, ils-elles veulent prendre l'initiative du changement. Les « activistes politiques » dont il a été question dans la session précédente entrent dans cette catégorie.



### Le continuum de réticence au changement



Adapté de Srinivasan L. *Tools for community participation: a manual for training trainers in participatory techniques*. New York : Prowess/UNDP Technical Series Involving Women in Water and Sanitation, 1990 :162. Cited in Friedman M, Cousins C. Holding the space : gender, race and conflict in training. In: Walters S, Manicom L, eds. *Gender in popular education*. London, Zed Books, 1996.

#### Etape 3 : Préparation du jeu de rôles

Vous devez bien le préparer avant de le présenter aux participant-e-s. Pour cet exercice, vous devez développer un jeu de rôles mettant en scène des situations reconnaissables. Le jeu sera alors une bonne base permettant aux participant-e-s de discuter des facteurs qui influencent les réactions des personnages aux propositions de changement.

Voici l'exemple des rôles attribués à trois participants.

### Jeu de rôles pour l'illustration du continuum de réticence au changement

1. Vous êtes une enseignante. Vous avez remarqué que de nombreuses filles abandonnent l'école parce qu'elles sont enceintes. Et, bien que personne n'en parle, vous pensez que l'incidence du VIH chez les élèves est probablement en hausse car les enquêtes prénatales menées dans votre pays montrent une incidence en hausse chez les femmes enceintes. Vous voulez créer des cours d'éducation sexuelle à l'école et auprès des groupes de jeunes. Vous contactez un dirigeant de la communauté pour essayer d'avoir son soutien. Vous contactez également le/la principal-e de votre école.
2. Vous êtes un dirigeant communautaire. Vous vous occupez de maintenir la culture traditionnelle. Vous êtes inquiet de voir que de nombreuses personnes éduquées essaient actuellement de ruiner les bases de la culture traditionnelle. Par exemple, dernièrement, une enseignante a commencé à proposer l'introduction de l'éducation sexuelle dans le système scolaire. Mais vous pensez qu'offrir une éducation sexuelle aux jeunes est contraire à votre culture. Cette suggestion vous fait peur car elle vous fait penser à votre fils adolescent. Vous ne lui avez jamais parlé de sexualité ni de la façon dont sont conçus les enfants. Vous avez peur qu'il mette une fille enceinte, mais votre culture vous interdit de parler de sexualité avec votre enfant.
3. Vous êtes le-la principal-e d'une école. Une enseignante veut introduire des cours d'éducation sexuelle dans votre école. Mais vous n'avez pas les moyens financiers de recruter du personnel nouveau. Vous avez aussi peur des réactions de la communauté. Mais vous ne voulez pas avoir l'air de ne pas soutenir les nouvelles initiatives.



#### Etape 4 : Les participant-e-s préparent leurs rôles

Demandez à trois personnes de se porter volontaires et faites-les sortir de la pièce. Attribuez à chacun un « personnage » sans révéler aux autres le contenu/les instructions de chaque personnage. Donnez-leur cinq minutes pour réfléchir à la façon dont ils vont jouer leur rôle et pour discuter de l'aménagement de la pièce. Dites quel est le personnage qui va ouvrir le jeu de rôles.

Pendant qu'ils-elles se préparent, expliquez au groupe qu'il va assister à un jeu de rôles, qu'il doit observer les personnages et essayer de trouver leurs motivations – pourquoi ils réagissent comme ils le font.



#### Etape 5 : Présentation du jeu de rôles

Lorsque les volontaires sont prêt-e-s, faites-les entrer dans la salle de réunion. Laissez-les présenter le jeu de rôles pendant trois à sept minutes, en fonction de son intérêt, et jusqu'à ce qu'assez de questions aient été soulevées pour nourrir la discussion.



**Etape 6 :**  
**Debriefing du**  
**jeu de rôles**

Une fois que le jeu de rôles est terminé, commencez par demander à chaque personnage :

- Comment avez-vous vécu ce rôle ?

Demandez alors au groupe :

- Cette situation est-elle réelle ? L'avez-vous reconnue ?

Demandez à chaque personnage :

- Pourquoi avez-vous réagi de cette façon ? Plus précisément d'où est venue votre réaction ? (Vous pourrez ultérieurement faire le lien avec les « attitudes/émotions » versus le « rationnel/information » du continuum de réaction que vous avez déjà présenté)

Demandez alors au groupe :

- Quels facteurs pourraient inciter/ont incité le dirigeant communautaire à soutenir l'éducation sexuelle ?
- Quels facteurs pourraient inciter/ont incité le/la principal-e de l'école à soutenir l'éducation sexuelle ?

Demandez au groupe d'identifier les obstacles au changement, le degré d'informations « techniques » que les réticents au changement peuvent affronter, et la force des attitudes et émotions à dépasser.

Demandez au groupe de situer les trois acteurs dans le continuum de réticence au changement. Le dirigeant communautaire, par exemple, aura probablement eu une réaction émotionnelle car il aura eu le sentiment d'une menace sur sa culture. Un supplément d'informations sur le problème ne suffira pas à faire changer sa réaction. L'enseignante activiste doit plutôt prendre conscience du caractère émotionnel de la réaction du dirigeant communautaire, voir si elle peut trouver l'origine de cette anxiété et gagner sa confiance au niveau individuel. On pourrait le classer au niveau orange (oui il y a un problème : mais je n'en suis pas responsable ; ou : oui il y a un problème : mais je me méfie de vos motivations) du continuum de réticence au changement.

Au contraire, le personnage du/de la principale serait réceptif au changement à condition de recevoir des informations précises ou des ressources. Il se situerait au niveau vert (oui il y a un problème : donnez-moi plus d'informations). Par exemple, des informations sur la forte progression du taux de HIV chez les élèves pourraient le convaincre d'agir. Sinon il risque d'avoir du mal à agir à cause des contraintes de son environnement, par exemple le manque de moyens financiers pour

recruter un nouveau membre du personnel chargé des cours d'éducation sexuelle, ou le manque d'information sur les lieux de formation pour le personnel actuel. Dans ce cas, si l'activiste propose des options et fait des propositions réalistes, il engagera probablement des actions. L'enseignante se situerait au sommet du niveau vert (oui il y a un problème : je suis un agent de changement) puisqu'elle prend elle-même des responsabilités et essaie de provoquer une évolution.



### Etape 7 : Discussion générale

Passez des détails du jeu de rôles à une discussion plus générale.

Demandez aux participant-e-s s'ils-elles ont déjà essayé de provoquer un changement au travail ou ailleurs. Demandez-leur d'en parler au groupe et demandez au groupe de situer les personnes concernées sur le continuum de réticence au changement. Demandez-leur si l'utilisation de ce continuum pour l'étude des acteurs les aide à comprendre pourquoi il faut apporter des réponses précises à ces acteurs et à comprendre les réactions particulières de chacun. Prenez quelques exemples avant de faire la synthèse de la session. L'encadré suivant présente certaines expériences des participant-e-s.

#### Expériences de participant-e-s relatifs à des changements au travail

Lorsque le cours a été donné en Chine, les participant-e-s ont décrit de nombreuses situations différentes vécues dans le cadre de leur travail.

- Leur supérieur a voulu qu'ils-elles estiment le coût d'un projet à l'étude (niveau vert). Ils-elles ont alors dû rassembler des informations sur les implications du projet en termes de coûts.
- Leur supérieur ne croyait pas vraiment que le problème qu'ils-elles avaient soulevé était le vrai problème et pensait que leur but était en réalité de mettre son autorité en question (niveau orange). Ils-elles ont alors dû instaurer une certaine confiance avec leur supérieur avant de faire avancer leur proposition.
- Un chef traditionnel a dit que le projet n'était pas une priorité et que d'autres questions étaient plus urgentes. Une participante a compris cette réaction comme appartenant à un niveau rouge ou orange car elle a pensé que le chef craignait qu'une nouvelle initiative des services de santé ne ruine l'autorité des aînés. Elle a donc organisé une vaste consultation avec les chefs traditionnels pour trouver des solutions leur permettant de lancer eux-mêmes la nouvelle proposition. Cette proposition allait donc être perçue comme renforçant leur autorité et non comme venue de l'extérieur.
- Une participante au cours organisé en Chine a raconté qu'un jour où elle visitait un village retiré, elle avait trouvé un slogan pour la planification familiale sur le mur. Selon les recherches qu'elle avait faites, elle avait le sentiment que ce slogan était culturellement inapproprié et n'allait donc pas être efficace. Elle a donc écrit un courrier au gouvernement de sa province. Lors du cours, elle a raconté que le gouvernement avait répondu et accepté sa suggestion. Ce petit exemple a permis de montrer aux participant-e-s que, bien qu'ils-elles ne sont pas des décideurs, ils-elles peuvent être à l'origine de certains changements dans les décisions. L'animateur-trice s'est aussi servi-e de cette histoire pour montrer que les résultats d'une recherche sont une base utile pour un travail de campagne.

**Points clés de la discussion****N'ayez pas d'idée préconçue**

Les personnes ne vont pas forcément réagir aux propositions de changement conformément à la logique ou aux informations que vous leur aurez données. Dans certains cas, ces informations sont nécessaires, mais dans d'autres cas vous devrez développer des stratégies pour dépasser les réactions culturelles et émotionnelles et influencer certains des acteurs concernés. Vous devez comprendre sur quelle base chaque acteur réagit pour pouvoir adapter votre stratégie.

**Le processus de législation sur l'avortement en Afrique du Sud et le continuum de réticence au changement : des stratégies différentes pour des groupes d'intérêts différents**

En Afrique du Sud, dans le cadre de la campagne pour l'adoption de la loi sur la libéralisation de l'avortement (étude de cas de la session 2), il est clair que des stratégies différentes ont été utilisées pour répondre aux réactions des différents niveaux du continuum. Par exemple, certains chefs ont eu une réaction de niveau rouge et affirmé que l'avortement n'était pas pratiqué dans la tradition africaine. Pour leur répondre, les activistes ont donné la parole à des leaders africains reconnus – par exemple des médecins, qui ont témoigné devant le Parlement et parlé du nombre de femmes africaines qui viennent les consulter après avoir subi des avortements dans des cabinets clandestins. Les activistes ont également trouvé des femmes pauvres vivant en zone rurale qui étaient tombées enceintes contre leur gré et avaient subi des avortements dans des cabinets clandestins. Leurs histoires, qu'elles ont racontées devant le Parlement, étaient très émouvantes et prouvaient qu'il y avait bien un problème, un problème subi par les femmes pauvres africaines. Certaines personnes ont eu une réaction de niveau orange – elles pensaient que la liberté d'avorter allait inciter à la promiscuité. Là aussi, les histoires personnelles très éloquentes des femmes racontant comment elles étaient tombées enceintes (souvent après des relations sexuelles contraintes) ont été bien plus convaincantes pour les décideurs que ne l'auraient été des chiffres ou des informations générales.

Par ailleurs, certains décideurs étaient plutôt inquiets des coûts de l'introduction des services d'avortement libre dans les services de santé publique. Les activistes ont répondu à ces réactions (de niveau orange) en lançant des recherches sur le coût de la situation telle qu'elle était alors et dans laquelle de nombreuses femmes avaient recours aux services de santé publique pour des soins après un avortement. Cette recherche a été menée sous les auspices du Medical Research Council qui a la réputation d'être scientifique et objectif. Les activistes ont alors pu utiliser ces résultats pour dire qu'à long terme des avortements sans risque et plus précoces entraîneraient une baisse des coûts.



## Activité 2 : Lancement de la planification stratégique

### Etape 1 : Elaboration d'un scénario pertinent

Avant de présenter l'activité aux participant-e-s, prenez sur votre temps personnel pour développer un scénario autour d'un problème qui les concernera. A partir de ce scénario, définissez les tâches des différents groupes de telle façon que, lorsque vous rassemblerez les idées de tous les groupes, ils aient fait certaines des étapes de la planification stratégique, dont la liste se trouve ci-dessous. (Notez que vous pouvez préparer plusieurs documents ou un seul document avec une histoire différente, mais vous ne devez donner à chaque groupe que la tâche qu'il devra accomplir afin qu'il ne voie pas les tâches des autres groupes.)



### Etape 2 : Travail de groupe à partir du Document 1

Répartissez les participant-e-s en sous-groupes. Chaque groupe accomplit les tâches mentionnées dans le Document 1. Ils ont environ une heure pour le faire et doivent choisir un rapporteur qui présentera brièvement les principaux points de leurs résultats devant l'ensemble du groupe (pas plus d'une page de tableau à feuilles).



### Etape 3 : Rapports devant l'ensemble du groupe et discussion

Invitez chaque sous-groupe à faire son rapport devant l'ensemble du groupe et ouvrez la discussion avec tous les participants. Vous avez environ 40 minutes pour conduire ce processus.

### Sujets à discuter

#### Les quatre moments de la planification stratégique

Les quatre groupes accomplissent cinq tâches différentes qui représentent chacun des quatre moments de la planification stratégique :

- Identification du problème
- Choix de l'objectif
- Identification des différentes stratégies possibles pour atteindre cet objectif et choix de la stratégie retenue
- Identification des messages appropriés pour chaque groupe cible
- Identification et accès à différents types de ressources (informations, fonds, compétences) pour avoir les moyens d'atteindre l'objectif.

L'intention est de donner aux participant-e-s une idée de ce qu'il faudra faire pour sérieusement envisager de faire changer les choses. Il ne s'agit pas ici de faire une planification détaillée. La discussion a pour objectif de montrer aux participant-e-s qu'ils-elles vont devoir prendre des décisions tout au long du processus, et que chaque décision va avoir des effets sur les chances de réussite.

### Étudiez bien le but exact

Le but exact doit être étudié avec attention, non seulement en considération d'un objectif de justice sociale, mais aussi en considérant les chances de l'atteindre à un moment précis. Le contexte du moment sera important, de même que la nature du processus politique et de mise en application sur le terrain envisagé, ainsi que les acteurs concernés, comme on l'a vu dans la session 2. C'est pourquoi le cadre présenté dans la session 2 montre des flèches allant du processus politique et de mise en application à la définition du problème et au développement des solutions.

### Pensez à la complexité de la planification stratégique

Les groupes vont peut-être arriver avec des positions opposées. Par exemple, le groupe 1 va peut-être décider que des changements dans le programme scolaire ne sont pas pertinents pour le moment et proposer un autre objectif ; le groupe « messages » va peut-être se concentrer sur une collaboration avec les acteurs formels – les dirigeants, le principal, etc. ; le groupe « ressources » va peut-être essayer de trouver les ressources nécessaires pour une campagne d'opposition à l'interdiction de l'éducation sexuelle par le département national de l'éducation et à sa politique qui empêche les jeunes filles enceintes de terminer leur scolarité. La discussion va donc probablement donner à l'animateur-trice la matière pour souligner la complexité de la planification stratégique et pour montrer que les options sont nombreuses et différentes, chacune ayant ses forces et ses faiblesses.

L'animateur-trice peut maintenant utiliser l'outil suivant en transparent pour faire la synthèse de ce que les participant-e-s ont déjà vu. A la fin de la session, distribuez une copie de la stratégie en sept étapes comme Document 2.



## Stratégie en neuf étapes pour influencer les politiques

### 0. Identification du problème

L'analyse de politique présentée dans la séance précédente et aussi dans le module Genre, le module Droits et le module Systèmes de santé permet d'identifier le problème. Il est important de formuler clairement le problème et de s'assurer que les perspectives, les expériences et les priorités des concernés surtout celles des plus vulnérables, les marginalisés et les exclus sont bien prises en compte.

### 1. Définition de l'objectif

L'objectif doit être précis et mesurable. Que voulez-vous changer/réussir exactement ? Vous devez développer un indicateur clair de la mesure de votre taux de réussite. Votre but est-il de faire un projet spécifique selon le genre ou un projet de redistribution entre les sexes ?

### 2. Analyse de la situation

Faites une analyse de la politique. En quoi le contexte, le processus et les acteurs facilitent-ils ou handicapent-ils votre réussite ?

Pour analyser la politique, vous avez besoin d'informations et vous devez donc :

- Parler avec des personnes/organisations ; faire des entretiens
- Lire tous les documents liés à cette question
- Faire une évaluation de la couverture par les médias
- Faire une évaluation des perspectives, des ressources et des capacités d'organisation des personnes les plus désavantagées, par exemple les femmes, les personnes vivant en zone rurale. Ces personnes vont-elles mobiliser des ressources sur cette question ?

### 3. Identification des options stratégiques

Évaluez les informations que vous avez recueillies : que disent-elles du contexte de cette politique et quelles sont les stratégies les mieux à même de réussir ?

Développez des critères d'évaluation de l'impact des différentes options (par exemple, une campagne intense dans les médias va-t-elle détourner vos alliés ou va-t-elle vous gagner leur appui ?)

Débattez de ces options avec votre équipe, avec d'autres personnes, et menez une réflexion personnelle.

Faites une distinction entre les stratégies médiatiques et les stratégies d'éducation du public.

### 4. Choix d'une option

Choisissez une stratégie et développez des indicateurs de processus, de résultat et d'impact qui vous permettront de faire un suivi de l'évolution de votre stratégie.



## 5 et 6. Formulation et mise en application d'un plan d'action

### Identification des ressources

- Quelles sont les informations dont vous allez avoir besoin et comment allez-vous les trouver ? (recherche pour créer des statistiques/données quantitatives sur l'impact du problème, sur le coût de la solution retenue, sur les perspectives des personnes les plus touchées par la question)
- De quels moyens financiers allez-vous avoir besoin et comment allez-vous les trouver ?
- De quelles compétences avez-vous besoin et comment allez-vous les acquérir ?
- Quelles sont les autres organisations/les autres personnes qui partagent votre objectif et peuvent devenir vos alliées ; quelles ressources et quelles compétences apportent-elles ?
- Quels sont les obstacles potentiels ? Créez une stratégie progressive prévoyant du temps pour une reformulation, afin que des revers ne ruinent pas ou ne mettent pas fin à la campagne.

### Développement de votre alliance ou de votre réseau

- S'agit-il d'un réseau informel ou au contraire d'une alliance formelle avec un accord sur les comportements à suivre et un processus de responsabilité ?
- Comment allez-vous construire et maintenir la cohésion de cette alliance ?
- Trouvez les indicateurs qui vous permettront de mesurer votre progression pour construire et maintenir l'alliance.

### Choix de la méthode

- S'agira-t-il d'un processus de l'intérieur par lequel vous allez intégrer les systèmes politique ou de gestion et les utiliser pour atteindre votre objectif ?
- Ou s'agira-t-il d'un processus d'opposition dans lequel les méthodes sont différentes et s'opposent à celles des systèmes existants ?

### Identification de vos messages principaux

**Source :** Kyte R. Advocacy : the theory and practise of advocacy for public policy change. *International advocacy strategies*, 1997 (document non publié)

- Pour une politique de l'intérieur : comment présentez-vous votre objectif dans un langage intelligible et une perspective acceptés par les personnes au pouvoir, c'est-à-dire de façon à correspondre à leurs propres objectifs tout en étant compréhensible et fidèle à celles et ceux que vous cherchez à défendre ?
- Qui sera/seront votre/vos porte-parole(s) ? Pourquoi ?
- Comment votre message va-t-il formuler les objectifs liés aux droits ? Ce type de message sera-t-il un avantage ou un obstacle avec différents groupes cibles ?

- Quels mécanismes allez-vous utiliser pour communiquer avec des groupes cibles différents (décideurs politiques, responsables de la santé, professionnels de la santé, utilisateurs des services, organisations communautaires) ? Vous pouvez par exemple utiliser les médias (publics et de certaines organisations), avoir des entretiens au Parlement/avec les commissions sur la santé, organiser des réunions publiques pour les consommateurs, etc.
- Retraavaillez constamment vos messages ; testez les explications que vous donnez ; apportez toujours des éléments d'information à l'appui de ce que vous dites.

#### **Définition des étapes et du calendrier**

Planifiez de manière précise les étapes de mise en œuvre et le calendrier de façon à permettre au cours du suivi de bien voir la mesure des avancées, même minimales.

#### **Croire en votre message et en vous-même**

Si vous n'y croyez pas vous-même, personne n'y croira.

#### **7. Suivi**

Le suivi ou la surveillance est un processus continu qui consiste à recueillir, à coordonner, à traiter et à transmettre l'information susceptible de favoriser la gestion et la prise de décision pendant la mise en œuvre du plan. Il concerne aussi bien les activités que les ressources. Le plan doit définir la périodicité et les éléments du suivi.

#### **8. Evaluation**

Le document du plan doit préciser la périodicité des évaluations et les indicateurs d'évaluation

#### **9. Nouvelle analyse de la situation et adaptation de la stratégie**

## Points principaux pour conclure la session

---

### Il est possible d'infléchir une politique

Mais pour cela il faut faire une analyse politique et comprendre l'environnement politique. Il faut aussi faire une planification stratégique pour vérifier la pertinence des objectifs et des stratégies et pour s'assurer que les ressources sont disponibles pour soutenir les activités de mobilisation.

On peut faire évoluer le travail de l'intérieur – les changements ne sont pas du ressort exclusif d'un-e activiste extérieur.

Le processus de planification stratégique doit faire participer les personnes qui vont bénéficier du changement et les décideurs de ce processus doivent être responsable devant les bénéficiaires potentiels du changement.

**Note :** L'objectif de ce module est de construire des compétences pour la planification stratégique. Il n'apporte pas de formation sur les différents éléments de la mobilisation – comment travailler avec les médias, comment établir des coalitions, comment parler en public, etc. Les lectures apportent des éléments supplémentaires sur ces questions si vous souhaitez prolonger le cours dans cette direction.

Session originale développée par Barbara Klugman, adaptée par Pascaline Sebgo



Document

1

## Exercice de groupe

### Vous voulez mobiliser des soutiens pour provoquer un changement de politique

Vous vivez dans une petite ville en zone rurale. Les chefs traditionnels de la communauté se sentent menacés par la pénétration de valeurs occidentales dans le pays et en ville, notamment depuis la construction d'un certain nombre d'usines dans lesquelles des jeunes gagnent plus que ce que gagnent la plupart des personnes qui travaillent dans l'agriculture. Les dirigeants économiques, qui sont aussi les personnes les plus riches de la ville, se réjouissent des nouvelles perspectives qui s'ouvrent. Le groupe religieux local des femmes s'inquiète de voir les filles rompre avec les anciennes pratiques.

Le principal de l'école suit les instructions du gouvernement national. Il n'existe pas de comité scolaire et la communauté ne participe pas à la définition des politiques et des pratiques à l'école. Selon la politique nationale actuelle, les filles doivent quitter l'école lorsqu'elles sont enceintes. Il n'existe pas de sanction à l'encontre des garçons responsables de ces grossesses.

L'école locale dénombre de nombreuses grossesses chez les adolescentes. De plus, le taux de VIH augmente beaucoup actuellement dans votre pays, les taux étant les plus forts chez les jeunes femmes. La police a fait état d'une multiplication en ville des cas de violence contre les femmes, avec des viols.

Vous travaillez pour une organisation d'activistes (un groupe de jeunes ou un groupe pour la jeunesse ou pour la défense des droits humains – vous avez le choix !). Vous voulez convaincre cette communauté qu'il faut faire quelque chose pour empêcher les jeunes femmes de tomber enceintes ou de subir des violences, et pour prévenir les jeunes en général des risques du VIH. Vous envisagez de proposer l'intégration d'un programme « pour une vie meilleure » et d'éducation sexuelle dans le programme scolaire.

#### Vos tâches :

##### Le choix d'un objectif

- Faites la liste de trois objectifs possibles.
- Identifiez les avantages et les faiblesses de chacun de ces objectifs : à quels besoins ils répondent, quels intérêts ils défendent et quels sont les obstacles qui risquent de vous empêcher de les atteindre.
- Choisissez un objectif pour votre campagne.

**Exemple :** Votre objectif peut être l'intégration dans le système scolaire d'un programme « pour une vie meilleure » et d'éducation sexuelle. Évaluez le degré de réalisme de cet objectif et ses chances de réussite actuellement dans la communauté.

### Choix des options stratégiques

- Identifiez trois stratégies possibles pour atteindre votre objectif.
- Présentez les avantages et les inconvénients de chacune de ces stratégies.
- Identifiez la stratégie qui vous semble la plus pertinente dans ce contexte.

**Exemple :** Il existe de nombreuses options différentes pour faire adopter une nouvelle politique ou une nouvelle pratique. Vous pouvez décider, par exemple, d'organiser des marches publiques, de faire publier dans les journaux des récits de tragédies personnelles, ou de mener des négociations en coulisse avec les personnes ou les groupes de pouvoir de la ville. Quelle est la meilleure stratégie compte tenu de votre situation ?

### Elaboration des messages

- Identifiez quatre groupes cibles
- Quels messages allez-vous développer à l'intention de chaque groupe ? (Qu'allez-vous dire à chaque groupe cible pour lui permettre de voir le problème et de soutenir une campagne en faveur de l'éducation sexuelle et « pour une vie meilleure » à l'école ?)
- Comment allez-vous diffuser ces messages ? (Par les médias ? Par des contacts individuels ? Par des lettres ? Par des marches ?)

### Identification des ressources nécessaires au succès d'une campagne

- Identifiez les informations dont vous allez avoir besoin pour mettre en œuvre la stratégie que vous avez adoptée et pour diffuser les messages que vous avez décidé de développer. Par exemple, si vous avez choisi de publier dans un journal le récit de tragédies personnelles : vous aurez besoin de trouver les journaux les mieux placés pour parler de cette question, les personnes de ces journaux à contacter, etc. Le message que vous voulez transmettre par l'article de journal pourrait être le suivant :

De nombreuses jeunes filles voient leur avenir menacé à cause des grossesses précoces ;

Cela peut arriver à tout le monde, à nos filles ou à nos sœurs, et pas seulement aux filles qui décident de ne pas respecter les règles ;

Les jeunes filles ont besoin d'être aidées, pas d'être punies.

Vous aurez peut-être besoin de recueillir des données à l'appui de ces messages : la distribution selon l'âge des jeunes filles qui ont été enceintes l'année dernière alors qu'elles allaient encore à l'école ; les conséquences de cette grossesse sur leur scolarité ; etc. Ces données viendront compléter un ou deux témoignages personnels que vous devrez recueillir.

- Identifiez où et comment vous allez obtenir les ressources financières et les compétences qui vont être nécessaires pour mener la campagne.

## SESSION

## 5

## Exercice récapitulatif : développement d'un projet plus sensible aux questions de genre et de droits

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

Les participant-e-s auront appliqué les outils et les concepts appris dans le cadre de ce module et dans les modules précédents pour développer des solutions à un problème de santé dans leur environnement de travail.

[durée] 6 heures

### Matériel

- Document 1 : « Instructions pour l'exercice récapitulatif »

### Préparation préalable

Avant de commencer la session, remettez aux participant-e-s les instructions décrites dans l'Activité 1, Etape 1 ci-dessous.

### Déroulement de la session

Dans le cadre de cette session, tous les participants vont faire un travail individuel d'élaboration d'un projet. Le travail se commence l'après-midi, se continue le soir après le cours et le matin suivant. Une fois le travail rendu, la discussion plénière aura lieu en présence de l'ensemble des animateurs et animatrices.



### Activité 1 : Le projet

[et en dehors des heures de cours]



**Etape 1 : Préparation** Parlez de cet exercice récapitulatif dans les lettres d’invitation des participant-e-s au cours avec en annexe la liste des exemples de problèmes qui figure dans l’encadré ci-après, afin de les préparer à venir au cours avec déjà des idées de projet et les documents nécessaires. Rappelez cet exercice au début du cours. A la fin de la session 3 du module Systèmes de santé, prévoyez aussi 10-15 minutes pour donner aux participant-e-s les instructions pour leur exercice d’application et pour distribuer le document.

Donnez aux participant-e-s des exemples de sujets qu’ils peuvent choisir pour ce travail individuel, et soulignez le fait qu’ils doivent choisir un problème qu’ils-elles ont rencontré dans le cadre de leur profession et aimeraient voir changer. Encouragez-les à choisir plutôt des problèmes réels que des problèmes fictifs.

#### Exemples de problèmes liés à la qualité des soins choisis pour l’exercice récapitulatif

- Une longue attente pour recevoir l’ambulance de l’hôpital lors de transferts en cas d’accouchements avec complication ; la raison en était les mauvaises relations interpersonnelles entre le personnel de la clinique et celui de l’hôpital.
- Mauvaise qualité des soins dans le service de maternité; fort taux d’infection pour les cas de césariennes.
- Sous-utilisation des services cliniques de cinq centres de santé; les membres de la communauté se plaignent parce que parfois des femmes enceintes ont été prises en charge par leurs proches et non par du personnel de santé lors de leur accouchement.
- Manque de collaboration entre les ONG, les donateurs et différents secteurs du département de la santé, entraînant l’absence d’une politique nationale de santé en matière de reproduction.
- Faible représentation des jeunes dans le lectorat de la Lettre d’information d’une ONG.
- Retard dans la distribution du matériel d’information, éducation et communication d’une ONG, entraînant l’accumulation de stocks et de matériel obsolète avant même d’avoir été distribué.
- Intégration de la perspective de genre dans la formation des chercheurs du département de santé.
- Faible représentation des femmes dans les comités de gestion des centres de santé alors qu’elles sont les plus grandes utilisatrices, pour elles-mêmes et pour leurs enfants.
- Faible fréquentation des services de santé sexuelle et de la reproduction par les adolescent-e-s et les jeunes qui se plaignent des horaires non adaptés, du coût des prestations et de l’accueil.
- Faible implication des hommes dans les programmes d’éducation en matière de planification familiale ou pour l’abandon des mutilations génitales féminines



Les critères les plus importants dans le choix du sujet sont que celui-ci concerne un problème :

- qu'ils veulent changer ;
- sur lequel ils peuvent avoir une influence ;
- qui touche un objectif circonscrit et précis ;
- qui défend une évolution spécifique au genre ou qui permet une redistribution entre les sexes ;
- qui respecte et défend les droits.

Le projet comprend deux éléments. Le premier est un exercice de planification d'un programme ou d'identification du changement. La seconde partie porte sur la façon dont le changement va se produire. Elle permet d'identifier les conditions qui compliquent le processus de changement, et de chercher des moyens de surmonter ces contraintes, en s'appuyant sur la session 4 du module Politiques sur la planification stratégique.



[et en dehors des heures de cours]

### Etape 2 : Le projet

Prévoyez 3 heures de cours pour que les participant-e-s commencent l'exercice. On imagine en général commencer à la fin d'une journée de travail ou durant un week-end, pour que les participant-e-s disposent de la soirée ou du week-end pour terminer leur travail. Ils-elles doivent le rendre avant la fin de la première moitié de la matinée suivante.

### Critères d'évaluation

#### Planification du projet : Planification de « ce qui va changer »

Le projet prévu par un-e participant-e est considéré comme bon s'il remplit tous les critères suivants :

- Il fait un lien explicite entre les données/indicateurs d'une mauvaise qualité et le projet
- Il répertorie les évolutions attendues des indicateurs révélateurs d'une amélioration de la qualité
- Il décrit un système de suivi de ces mêmes indicateurs
- Il discute en détail et de façon appropriée des effets du projet en termes de genre et de droits.

#### Planification stratégique : comment provoquer les changements

La note de la seconde partie de l'exercice dépend de :

- L'identification d'un objectif réaliste – un objectif sur lequel le-la participant-e peut avoir un impact
- La formulation d'une analyse de la relation entre genre et santé et des autres éléments des modules Genre, Déterminants et Droits, pour expliquer en quoi l'objectif et la planification stratégique vont promouvoir l'égalité dans les rapports de genre

- L'utilisation de l'analyse du contexte, des acteurs, des processus politique/administratif pour identifier les stratégies appropriées
- La justification du choix des stratégies les plus efficaces sur la base de l'analyse préalable du contexte et des autres facteurs
- Un recours à des moyens réalistes pour accéder aux ressources nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie

En parcourant les projets, notez vos commentaires et retenez surtout les erreurs courantes et les méprises, ainsi que le degré d'application d'un cadre relatif au genre et aux droits. Mettez de côté les projets particulièrement bons par un ou plusieurs aspects, pour les montrer en cours.



## Activité 2 : Commentaires

Cette session de commentaires peut se partager entre tous les animateurs-trices. Chaque participant-e présente son projet en plénière, projet qui est ensuite discuté.

### Points clés de la discussion

#### Quelques exemples de commentaires possibles

- Utilisez comme exemples les projets remplissant tous les critères d'un bon travail
- Discutez des projets qui avaient un potentiel mais qui n'ont pas rempli tous les critères, et montrez comment ils auraient pu être encore développés
- Discutez en détail les cas où le problème n'a pas été bien choisi, ou ceux où les indicateurs n'étaient pas valables – ils ne mesuraient pas ce qu'ils étaient censés mesurer
- Discutez en détail les cas où la perspective de genre et de droits n'est pas bien prise en compte et demandez aux participant-e-s comment elle pourrait être mieux intégrée.

Dans un projet, « le nombre de transferts à l'hôpital est trop élevé » a été choisi comme indicateur de mauvaise qualité. On a montré dans la discussion que la description initiale du problème « trop de transferts » était inappropriée. Les soignants des services plus éloignés, qui ont moins de possibilités de traiter les urgences (dans ce cas, une césarienne) doivent faire face à une situation très stressante. Dans ces circonstances, le but du transfert est d'éviter les complications, et un certain nombre de recours injustifiés aux services est prévisible, d'une part, acceptable d'autre part. Il fallait donc redéfinir le problème : il ne tenait pas au nombre de recours mais à leur manque de pertinence. Avec une définition claire du problème, il est plus facile de développer un projet approprié.

### Critiquez le travail et non la personne

Lorsque vous faites part de vos commentaires, ne critiquez pas la personne mais son travail. Donnez toujours des exemples de ce qui pourrait être fait différemment et ne vous contentez pas de critiquer. Vous devez livrer vos commentaires de façon à établir une confiance et à construire les compétences ; les commentaires ne doivent pas couper les moyens des participant-e-s.

Session adaptée par Sundari Ravindran et Manuela Colombini  
(Session originale développée par Sharon Fonn et Barbara Klugman).



Document

## 1

## Instructions pour l'exercice récapitulatif

1. Cherchez un domaine de votre travail dans lequel vous pensez qu'il vous sera possible de mettre en application un projet permettant d'introduire une plus grande sensibilité aux droits et aux questions de genre. Énoncez le problème que vous souhaitez résoudre. En deux ou trois lignes, décrivez les raisons pour lesquelles vous pensez que c'est un problème (Énoncé du problème)

2. Vous devez développer une proposition préliminaire de projet permettant de provoquer ce changement. Votre projet peut consister en une seule activité précise ou avoir plusieurs composantes. Le projet va d'abord porter sur une période d'un an. *La proposition doit être décrite sur de grandes feuilles volantes et ne doit pas prendre plus de trois pages.*

3. Définissez votre objectif. Que voulez-vous atteindre/changer exactement ?

Voici l'exemple d'un objectif : « Promouvoir l'accès au micro-crédit des groupes socialement marginalisés ».

4. Étudiez les questions suivantes en détail :

- En quoi votre but va-t-il promouvoir l'égalité des sexes et faire respecter les droits ?
- Pourquoi pensez-vous que ce but va promouvoir l'égalité des sexes et faire respecter les droits ?

Modifiez votre but si nécessaire, pour qu'il soit bien favorable à la promotion de l'égalité des sexes et des droits.

5. Dans la logique de ce but, énoncez vos objectifs. Un objectif bien énoncé doit correspondre aux critères SMART :

- Spécifique
- Mesurable
- Accessible
- Réaliste
- Temporellement défini

Par exemple, un objectif SMART pour le but donné plus haut pourrait être :  
 « *Multiplier par deux, sur une période de deux ans, la proportion de femmes et d'hommes vivant dans les zones d'habitat à bas revenu de X, Y et Z d'un pays donné qui reçoivent et peuvent effectivement utiliser le micro-crédit.* »

6. Faites la liste des activités spécifiques qui vont vous permettre d'atteindre vos objectifs, en justifiant leur choix. Ces activités vont-elles réussir à promouvoir l'égalité des sexes et les droits ? D'autres activités seraient-elles éventuellement meilleures ?

Indiquez la séquence des activités.

7. Notez un indicateur de résultat qui vous permettra d'estimer si le projet a atteint les objectifs.

8. Vous avez maintenant planifié les changements que vous souhaitez provoquer. Dans l'étape suivante, vous utilisez vos compétences en planification stratégique pour recueillir des soutiens pour la mise en application du projet. (En réalité, dans l'organisation des activités, cette étape fera partie de la phase préparatoire. Mais pour effectuer la planification stratégique, vous devez savoir clairement quel est le projet que vous souhaitez mettre en œuvre pour savoir exactement pour quoi vous cherchez des soutiens.)

Par exemple, si votre projet consiste à mener des ateliers d'analyse des questions de genre pour vos collègues ou les membres de votre équipe, vous allez vous demander :

- Quelles sont les personnes qui doivent vous donner leur permission pour que vous puissiez poursuivre ce projet ? Quelles seront leurs préoccupations probables ? Comment allez-vous obtenir leur appui ?
- Qui sont les personnes dont vous devrez gagner le soutien (par exemple le personnel administratif, qui devra peut-être faire quelques heures supplémentaires; certain-e-s de vos collègues qui devront peut-être assumer avec vous la responsabilité de la mise en œuvre du projet) ? Comment allez-vous obtenir ces appuis ?
- Quelles sont les personnes qui vont adhérer à l'idée de ce projet et qui pourront vous aider à obtenir des appuis ? En d'autres termes, qui sont les personnes qui pourraient défendre votre projet ? Pensez aussi bien à des personnes de votre département/institution qu'à des personnes extérieures.

- Comment allez-vous rendre l'idée de changement attirante pour les personnes concernées par votre projet ? Pour le projet cité précédemment, pour quelles raisons vos collègues participeraient-ils/elles à un atelier sur les questions de genre ? En quoi serait-il attirant pour eux-elles ?

- Certaines personnes risquent-elles de résister ou de s'opposer à votre projet pour une raison ou pour une autre ? Qui sont ces personnes ? Par exemple, un-e jeune collègue plutôt favorable à l'intégration transversale du genre pourrait faire preuve d'une certaine résistance parce que l'atelier risque d'entraîner un surplus de travail qu'il-elle ne peut pas affronter.

Pensez à des moyens de supprimer, minimiser ou de contourner l'opposition au projet.

9. De quelles ressources financières et non financières et de quelle expertise allez-vous avoir besoin ? Où les trouver ?

10. Votre proposition préliminaire doit comprendre les points suivants :

Titre du projet

Énoncé du problème

But et objectifs

Activités

Indicateur(s)

Analyse des moyens à mettre en œuvre pour recueillir le soutien de votre projet

Intervention

Ressources financières et non financières nécessaires, et origine de ces ressources.

## Synthèse du module

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



A la fin de cette session, les participant-e-s auront une vision générale des outils et concepts nécessaires pour l'analyse du processus politique – cadre d'analyse politique, continuum de réticence au changement, planification stratégique – et bénéficieront des compétences élémentaires pour appliquer le cadre des droits liés à la sexualité et à la reproduction afin d'apporter une critique des politiques de santé en matière de reproduction. Ils-elles sauront également voir comment une politique traite les questions de genre – si elle en fait abstraction, si elle est spécifique à un sexe ou si elle procède à une redistribution entre les sexes.

Outre ces concepts théoriques, les participants auront pris connaissance, par l'application des divers concepts appris dans les sessions précédentes, des premières étapes d'une planification systématique visant à provoquer le changement.

**[durée] 15 minutes**

### Déroulement de la session

Cette session consiste en une présentation de l'animateur-trice.

### Les points de votre présentation

Revenez sur les objectifs de la Présentation du module. Expliquez aux participant-e-s que lorsque l'on parle d'intégration transversale du genre dans les politiques et la planification, on parle d'un processus systématique tel que ce module le défend. Pour être bonne, une analyse de la politique doit tenir compte du genre et des droits. Pour être bon, un plan stratégique doit tenir compte du genre et des droits. L'intégration transversale du genre n'est pas un processus ou un outil technique à part. Elle fait au contraire partie du processus quotidien d'identification et de résolution des problèmes.

## Fin du cours

---

Passez en revue les différents modules, ainsi que les outils et principes de base qui ont traversé le cours. En particulier, rappelez l'importance de l'analyse dans une perspective de genre et de droits. Montrez comment cette perspective a été utilisée pendant tout le cours et comment elle peut améliorer la qualité des services de santé et la mise en œuvre de programmes.



## Module de clôture



## Organisation du module

		<b>Objectifs</b> <b>Les participants vont :</b>	<b>Type d'activité</b>	<b>Durée : 4 heures 15 minutes</b>
<b>SESSION 1</b>	Exercice récapitulatif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploiter ensemble ce qu'ils-elles ont appris dans les divers modules du cours, en utilisant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- les outils et concepts de chacun des modules pour traiter d'un projet particulier</li> <li>- les accords internationaux pour justifier des inflexions dans les politiques ou dans leur mise en application</li> </ul> </li> </ul>	Exercice participatif en sous-groupes	2 heures
<b>SESSION 2</b>	Retour sur les espoirs et les attentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenir sur les espoirs et les attentes qu'ils-elles ont évoqués dans la session d'ouverture et évaluer à quel point le cours y a répondu</li> <li>• Remplir un formulaire d'évaluation</li> </ul>	Echanges avec le groupe	1 heure
<b>SESSION 3</b>	Certification et notation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recevoir leur certificat</li> </ul>	Réunion de l'ensemble du groupe	30 minutes
<b>SESSION 4</b>	Se séparer	Prendre congé des autres participant-e-s sur une note constructive	Exercice participatif de l'ensemble du groupe	30 minutes

## Présentation du module

---

### Ce que les participant-e-s vont retirer du module de clôture

---

#### Les participant-e-s vont :

- Récapituler ce qu'ils-elles ont appris dans le cours
- Utiliser les outils et les concepts de chacun des modules dans le cadre d'un projet spécifique lié soit à une politique de promotion soit à la planification d'un système de santé
- Faire une évaluation individuelle du cours en :
  - évaluant dans quelle mesure le cours a répondu à leurs espoirs et à leurs attentes
  - identifiant les compétences conceptuelles et pratiques précises qu'ils-elles ont acquises
  - réfléchissant à ce que leur a apporté le cours en terme de systématisation des connaissances et aussi par d'autres aspects indépendants du contenu ou de la formation spécifique du cours.

### Base conceptuelle du module

---

Ce module est programmé le dernier jour du cours. Son objectif est de permettre aux participant-e-s de récapituler ce qu'ils-elles ont appris et de se séparer sur une note constructive.

Le module s'organise en quatre sessions. La première session consiste en un exercice récapitulatif qui demande aux participant-e-s de mettre en application tous les outils, toutes les compétences et toutes les connaissances qu'ils-elles ont acquis, dans le cadre d'un unique problème de santé en matière de reproduction. Ils-elles verront ainsi que chaque module leur a permis d'aborder une dimension importante de la question ou du problème, et que, mises ensemble, ces dimensions leur permettent de développer une politique ou un projet plus global. Dans la session 2, les participant-e-s reviennent sur leurs espoirs et leurs attentes et livrent leurs commentaires aux organisateurs-trices du cours sur ce qu'ils-elles ont appris. Les participant-e-s reçoivent ensuite leur certificat. C'est alors la fin officielle du cours. La dernière activité est un exercice de récréation qui permettra au groupe de se séparer de façon constructive et de se dissoudre.

## SESSION

## 1

## La construction sociale du genre

### Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



#### Les participant-e-s vont :

Les participant-e-s vont rassembler les idées des six modules de ce cours et utiliser :

- Les outils et concepts vus dans chaque module pour organiser un projet de santé en matière de reproduction/sexualité
- Les accords internationaux pour justifier les inflexions dans les politiques ou dans leur mise en application.

**[durée] 2 heures**

### Matériel

- Document : « Questions de l'exercice récapitulatif » : cinq jeux de six copies, sur un papier de couleur différente pour chaque module
- cinq jeux de cartes de six couleurs différentes et portant le titre du module
- cinq paquets de petits cadeaux, un pour chaque participant-e.

### Déroulement de la session

Cette session demande l'intervention de trois ou quatre animateurs-trices qui ont participé au cours ou qui connaissent bien les différents modules du cours.

### Activité : Concours

- Etape 1 : Préparation** Préparez cinq jeux de six questionnaires – un questionnaire pour chaque module, un jeu de questionnaires pour chacun des cinq sous-groupes. Les questions relatives à chaque module sont données dans le Document 1. Pour chaque module, imprimez les questions sur un papier de couleur différente. Par exemple, violet pour le module Genre, vert pour le module Déterminants sociaux, etc.

Préparez les jeux de cartes, d'environ 5 cm x 2,5 cm, de six couleurs différentes, une pour chaque module. Utilisez les mêmes couleurs que pour les questionnaires correspondants. Vous devez avoir cinq cartes de chaque couleur et elles doivent présenter les noms des modules.

Achetez des petits cadeaux, un pour chaque participant-e. Lorsque le cours est donné en Afrique du Sud, les cadeaux sont en général des bonbons ou des barres de chocolat. Mais vous pouvez aussi acheter d'autres cadeaux, des objets amusants ou encore des stylos, autocollants, cartes postales, etc. Séparez-les en cinq paquets, un paquet pour chaque groupe.

**Etape 2 :  
Distribution des énoncés** Répartissez les participant-e-s en cinq sous-groupes, et distribuez aléatoirement les cinq énoncés.

#### Énoncé 1

Les services de santé ne répondent pas à tous les besoins de santé des femmes enceintes. Discutez de cet énoncé au regard de chaque dimension du cours (en vous inspirant des questions du document), et apportez une réponse adaptée.

#### Énoncé 2

Souvent les services de santé n'identifient pas les femmes qui sont engagées dans une relation abusive, sauf si elles arrivent avec le statut de « victimes de violences ». Discutez de cet énoncé au regard de chaque dimension du cours (en vous inspirant des questions du document), et apportez une réponse adaptée.

#### Énoncé 3

Actuellement, dans les services de santé, on ne répond pas bien aux besoins et aux préoccupations des adolescent-e-s en matière de reproduction. Discutez de cet énoncé au regard de chaque dimension du cours (en vous inspirant des questions du document), et apportez une réponse adaptée.

#### Énoncé 4

La disponibilité des services d'avortement (ou l'accès à l'avortement) est un problème. Discutez de cet énoncé au regard de chaque dimension du cours (en vous inspirant des questions du document), et apportez une réponse adaptée.

#### Énoncé 5

Les services de santé manquent certaines occasions de lutter contre l'infection au VIH (par exemple par la promotion de l'usage du

préservatif, l'identification et le traitement des maladies sexuellement transmissibles). Discutez de cet énoncé au regard de chaque dimension du cours (en vous inspirant des questions du document), et apportez une réponse adaptée.

Remettez à chaque groupe un jeu de six questionnaires obéissant à un code de couleur et présentant les questions et les tâches relatives à chaque module que les membres du groupe vont devoir appliquer à l'énoncé qui leur a été attribué.

**Etape 3 :** Les participant-e-s commencent à travailler dans leurs groupes respectifs.  
**Prêts, partez !** Ils disposent de 15 à 20 minutes pour chaque module.

Les co-animateurs-trices se tiennent au centre de la pièce, comme des juges, et attendent que les membres des groupes viennent vers eux avec les réponses relatives à chaque module. Le juge doit demander des éclaircissements au groupe s'il-elle ne comprend pas l'une des réponses. Si les réponses du groupe ne sont pas satisfaisantes, le juge doit dire aux membres du groupe ce qui ne va pas et les renvoyer pour qu'ils-elles reviennent avec de meilleures réponses.

Si les réponses du groupe sont bonnes, on remet aux membres les cartes de la couleur qui correspond au module en question pour montrer qu'ils-elles ont réussi à répondre aux questions. Le groupe reprend alors la discussion et propose ses réponses relatives à un autre module. Et ainsi de suite.

Les groupes ne doivent pas nécessairement suivre un ordre particulier pour le travail sur les modules. Le but est d'obtenir le jeu complet des cartes correspondant aux modules. Le premier groupe qui obtient un jeu complet est le gagnant.

Dès qu'un groupe a complété son jeu, vous lui remettez un paquet de cadeaux.

Le côté compétitif de l'exercice ajoute à l'intérêt du jeu. C'est un exercice drôle que tout le monde apprécie. Aucun groupe ne s'arrête au motif qu'un autre groupe a déjà gagné. Les groupes se sentent mis au défi et débattent pour trouver les réponses aux questions.

Session développée par Sharon Fonn



Document

## 1

## Questions de l'exercice récapitulatif

Répondez à ces questions pour l'énoncé qui a été attribué à votre groupe.

### 1. Déterminants sociaux

Identifiez un déterminant du problème que vous essayez de résoudre, à chacun des niveaux suivants :

- international
- national
- communautaire
- ménage
- individuel.

Déterminez si les facteurs suivants ont une influence sur le problème, ou s'ils en sont une cause, et comment :

- race/appartenance ethnique
- classe
- questions économiques
- questions politiques
- questions socioculturelles.

### 2. Genre

Quel est le lien entre les questions de genre et ce problème, ou en quoi les questions de genre ont-elles un impact sur ce problème ? Décrivez au moins trois liens entre les questions de genre et ce problème. Justifiez votre réponse en utilisant les outils de genre que vous avez appris.

### 3. Droits

Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement parle-t-il du problème que vous essayez de résoudre ? Si la réponse est oui, donnez trois éléments du Programme d'action sur ce problème.

Prenez la *Déclaration universelle des droits de l'homme* et identifiez deux droits qui risquent d'être violés si le problème n'est pas résolu de façon adéquate. Proposez deux actions possibles pour promouvoir ces droits.

#### 4. Données

Concernant le problème qui vous occupe, identifiez les trois questions de recherche dont les résultats vous apporteront les données dont vous avez besoin.

Parmi ces trois questions, identifiez au moins une question de recherche spécifique au genre et que vous aimeriez poser.

Pour l'une de vos questions de recherche, décrivez :

- l'échantillon
- le plan de l'étude
- les outils de recueil de données que vous allez utiliser.

#### 5. Politiques

Donnez deux exemples de liens entre le contexte et le problème que vous voulez résoudre.

Donnez quatre acteurs clés dont va dépendre votre capacité à résoudre le problème. Indiquez :

- qui est l'acteur
- s'il-elle est favorable ou opposé-e au règlement du problème qui vous occupe
- le pouvoir dont il-elle dispose.

Donnez deux exemples d'informations dont vous allez avoir besoin pour régler ce problème.

Identifiez deux options stratégiques possibles pour régler le problème dont il est ici question.

Choisissez l'une de ces options et identifiez deux personnes ou organisations avec lesquelles vous allez travailler.

Fixez-vous un but pour résoudre ce problème. Expliquez en quoi ce but traite des dimensions de genre du problème. Est-ce une approche neutre du point de vue du genre, spécifique au genre ou fait-elle une redistribution entre les sexes ?

#### 6. Systèmes de santé

Étudiez l'influence des éléments suivants, qui sont des éléments du fonctionnement des services de santé, sur le problème qui vous occupe :

- relations soignant-client
- accès



- compétence technique
- systèmes de recours
- organisation des services au sein d'une structure de santé
- approvisionnement en médicaments et en équipement et maintenance
- installations d'infrastructure.

Pour chacun de ces éléments (choisissez ceux qui sont pertinents), répertoriez deux interventions essentielles qui vont régler le problème.

Expliquez quel est le traitement des questions de genre dans votre projet : est-il spécifique selon le genre ou fait-il une redistribution entre les sexes ?

SESSION  
**2****Retour sur les espoirs et attentes****Ce que les participant-e-s vont retirer de la session****Les participant-e-s vont :**

- Revenir sur les espoirs et les attentes qu'ils-elles ont évoqués dans la session d'ouverture et évaluer à quel point le cours y a répondu
- Remplir un formulaire d'évaluation.

**[durée] 1 heure 15 minutes**

**Matériel**

- Diapositive répertoriant les espoirs et les attentes évoqués lors de la Session 1 du Module d'ouverture
- Formulaires d'évaluation du cours s'inspirant de l'Annexe 5.

**Déroulement de la session**

Lors de cette session, les participant-e-s donnent leurs commentaires et réactions sur le cours et remplissent un formulaire d'évaluation du cours.

**Activité 1 : Espoirs et attentes**

**Etape 1 : Préparation** Assurez-vous de bien avoir une diapositive répertoriant les espoirs et les attentes évoqués par les participant-e-s le premier jour du cours.

Préparez un formulaire d'évaluation du cours. L'Annexe 5 vous en donne un exemple. Vous pouvez le modifier pour l'adapter à vos besoins.

**Etape 2 : Partage d'idées** Projetez la diapositive avec la liste des espoirs et attentes.

Demandez aux participant-e-s de réfléchir sur les attentes auxquelles le cours a répondu, celles auxquelles il n'a pas répondu, et sur ce qu'il faudrait changer dans le prochain cours.



Faites le tour de la pièce et demandez à chaque participant-e de vous faire part de ses idées. Il est très important que tout le monde prenne part à l'exercice.

Au cours de cette session, les participant-e-s partagent leurs idées et personne ne doit contester ou discuter ce qui a été dit par les autres. Par exemple, si une personne dit « J'ai trouvé le cours trop long », il n'y a pas lieu, pour une autre personne, de dire « Je ne suis pas d'accord avec toi ; en fait j'ai trouvé le cours trop court. » Si un-e participant-e a une autre opinion que la personne qui a parlé avant lui-elle, il-elle est le-la bienvenue pour faire part de son point de vue, mais ses idées ne sont pas des arguments pour une discussion.



## Activité 2 : Formulaire d'évaluation du cours

Distribuez le formulaire d'évaluation du cours (voir un exemple en Annexe 5). Expliquez que ce formulaire est long car il a pour but de découvrir ce que les participant-e-s pensent de l'ensemble du cours tant qu'il est encore frais dans leur esprit.

Après 15 minutes, ramassez les formulaires. Mettez-les en lieu sûr et remettez-les à l'organisateur-trice du cours ou à une autre personne responsable du cours.

Session développée par Sharon Fonn

SESSION  
**3****Certification et notation****Ce que les participant-e-s vont retirer de la session****Les participant-e-s vont recevoir leur certificat de cours**

[durée] environ 30 minutes

**Matériel**

Certificat et bulletin de notes pour chaque participant-e, sous pli clos.

**Déroulement de la session**

Le processus sera probablement différent selon les contextes. Dans la suite de cette session, on imagine que les participant-e-s ont été évalués de façon formelle et qu'ils-elles reçoivent un certificat de compétences dès lors qu'ils-elles ont obtenu la note minimale.

**Activité : Certificat et notes**

**Etape 1 : Préparation** Pour que les certificats puissent être prêts lors de cette dernière journée, vous devrez déjà avoir noté les projets, calculé les notes en fonction de la participation en cours, etc. Un bulletin de notes individuel et un certificat doivent être prêts pour chaque participant-e et signés par l'autorité compétente.



**Etape 2 : La cérémonie** Remettez les certificats et les bulletins de notes dans des enveloppes closes portant le nom des participant-e-s au cours d'une petite cérémonie, formelle ou informelle, selon le choix des organisateurs. A cette occasion, vous pouvez aussi remettre la photo du groupe.

Vous pouvez choisir une façon novatrice et informelle de remettre les certificats en les distribuant au hasard aux participant-e-s, et en demandant à chacun de le remettre à son tour à la personne dont l'enveloppe porte le nom. Cette personne va alors ensuite remettre à la bonne personne l'enveloppe qui lui a été distribuée. Dès que la chaîne est rompue, on recommence.

# SESSION 4 Séparation du groupe

## Ce que les participant-e-s vont retirer de la session



30 mins

Les participants vont se séparer sur une note constructive

[durée] environ 30 minutes

## Matériel

Une feuille de papier, une épingle et un crayon pour chaque participant-e et animateur-trice de cette session.

## Déroulement de la session

Cette session s'organise en deux activités. L'une consiste à faire part de ses commentaires et réactions sur les autres participant-e-s et sur l'animateur, et la seconde est un exercice de groupe. Vous trouverez deux exemples ci-dessous, mais vous pouvez les remplacer par des activités similaires.



20 mins

### Activité 1 : Feedback positifs sur les personnes

- Etape 1 : Préparation** Préparez du papier, des épingles et des crayons, un-e pour chaque participant-e et pour l'animateur-trice de cette session.
- Etape 2 : S'épingler des feuilles de papier** A chaque participant-e, remettez une feuille de papier, une épingle et un crayon. Demandez aux participant-e-s de se lever et de marcher autour de la pièce. Chacun demande à une autre personne de lui épingler la feuille de papier dans le dos.
- Etape 3 : Noter des commentaires positifs** En marchant autour de la pièce, les participant-e-s s'arrêtent derrière une personne pour noter sur le papier épinglé dans son dos un commentaire positif sur elle. Chaque participant-e peut noter ses commentaires sur toutes les personnes qu'il-elle souhaite, participant-e-s et animateur-trice. L'exercice continue jusqu'à ce que chacun ait noté tous les commentaires qu'il-elle souhaite noter.

**Etape 4 :** Les participant-e-s retirent alors leurs papiers et retournent s'asseoir  
**Lecture des commentaires** pour lire les commentaires qui y sont notés. C'est une activité amusante, rapide, et le papier peut servir de souvenir du cours.



## Activité 2 : Un mot

---

Le groupe se tient en cercle. Tapez des mains en rythme, en laissant un moment de silence entre les claquements. Pendant chaque silence, à tour de rôle, chaque personne donne un mot qui, selon elle, représente le cours. Le jeu continue tant que tout le monde n'a pas parlé.

Session développée par Sharon Fonn

# PARTIE TROIS

**Annexes**





## Ressources pour la formation participative

### Philosophie de la formation participative et rôle de l'animateur

Hope A, Timmel S. 1984. *Training for transformation*. Gweru : Mambo Press.

C'est une excellente référence qui permet de comprendre la philosophie des méthodes participatives et de développer les compétences d'animation. Les exercices sont plus généraux et destinés à des personnes qui travaillent dans le développement, mais certains trouveraient leur place dans le module Déterminants sociaux

Commandes :  
Mambo Press  
P.O. Box 779  
Gweru, Zimbabwe

Mackenzie L. 1993. *On our feet : Taking steps to challenge women's oppression : a handbook on gender and popular education workshops*. Special issue of *Adult Education and Development*. Bonn : German Adult Education Association

Comprend une discussion sur les méthodes, les compétences pour l'animation et des exercices participatifs pour la formation sur les questions de genre.

La section 1 : « Vous, l'éducateur-trice » et la section 2 : « Techniques » donnent une vision globale des compétences pour l'animation et des techniques participatives

### Méthodes et techniques

Eitington JE. 1984. *The winning trainer: winning ways to involve people in learning*. Houston: Gulf Publishing Co, 1984

Scannell EE, Newstrom JW. 1983. *More games trainers play : experiential learning exercises*. Berkshire: McGraw Hill

Scannell EE, Newstrom JW. 1991. *Still more games trainers play : experiential learning exercises*. Berkshire: McGraw Hill

Weinstein M, Goodman J. 1980. *Playfair*. San Luis Obispo : Impact publishers. Excellente référence pour trouver des moyens d'établir un premier contact et de dynamiser le cours, et aussi pour trouver des idées de jeux de clôture non compétitifs et qui encouragent à la coopération

Winn JK. 1991. *Icebreakers. A source book of games, exercises and simulations*. San Diego: Pfeiffer and Co

## Comment établir un premier contact, dynamiser et terminer le cours

### Comment établir un premier contact

Il est important d'établir un premier contact pour instaurer un environnement détendu et de confiance dans lequel les personnes présentes se sentent libres et à l'aise pour participer. Certains moyens permettent aux participant-e-s d'établir des liens, et d'autres, les jeux avec les noms par exemple, leur permettent de se présenter les un-e-s aux autres. Les méthodes de premier contact qui permettent à la fois de se connaître et d'établir des liens entre les participant-e-s doivent plutôt être utilisées avec les groupes de moins de 30 personnes. Voici quelques exemples de moyens d'établir un premier contact qui ont été utilisés lors de différents cours et ateliers.

#### **Présentation de votre partenaire : Variation 1 : Mélange des badges [1]**

A mesure que les participant-e-s entrent dans la salle, marquez-les sur la liste de présence, mais remettez-leur le badge d'un-e autre participant-e. Expliquez qu'ils-elles doivent trouver la personne à qui revient le badge, lui parler pendant à peu près cinq minutes et ensuite la présenter au reste du groupe.

#### **Présentation de votre partenaire : Variation 2 : Cinq choses à savoir [2]**

Réfléchissez avec le groupe à la question suivante : « Qu'aimerions-nous savoir sur les personnes qui sont ici pour pouvoir bien travailler avec elles ? » Notez les propositions sur un tableau ou sur une feuille de tableau, et demandez au groupe de définir les cinq questions les plus importantes.

Chaque participant-e se tourne alors vers son-sa voisin-e. Par groupes de deux, A demande alors à B de lui parler de lui-elle, en abordant les cinq aspects notés au tableau. A écoute B, et vérifie ensuite avec lui-elle ce qu'il-elle a compris. B fait alors la même chose avec A. En fonction du temps dont vous disposez, soit chaque personne présente son-sa partenaire, soit les participant-e-s se répartissent en sous-groupes pour le faire. Ce moyen d'établir un premier contact prend au moins une heure et demie.

#### **Présentation de votre partenaire : Variation 3 : Des écrous et des boulons [3]**

Achetez cinq paires de boulons et d'écrous de trois tailles différentes et vissez-les de façon à avoir une paire assortie pour chaque groupe de deux participant-e-s (si votre groupe compte 30 participant-e-s). Lorsque

les personnes arrivent dans la salle, donnez-leur un boulon ou un écrou. Lorsque tout le monde est assis, dites que chacun doit trouver le boulon ou l'écrou qui complète son propre boulon ou écrou. Cela fait beaucoup rire les participant-e-s et provoque beaucoup de mouvements. En 7 à 10 minutes, chacun a trouvé son complément. Chaque paire se pose alors mutuellement des questions. Ici encore, le bilan des questions peut se faire devant l'ensemble du groupe ou en sous-groupes, en fonction du temps dont vous disposez. Devant l'ensemble d'un groupe de 30 personnes, les présentations vont durer au moins une heure et demie, alors qu'elles ne dureront que 45 minutes si elles se font en sous-groupes.

#### **La chasse au trésor humain [4]**

A chaque participant-e, vous remettez une feuille d'énoncés sur les hommes, les femmes et le sexisme. Les participant-e-s se déplacent dans la pièce, s'arrêtent et se parlent jusqu'à ce qu'ils-elles aient trouvé le nombre demandé de personnes qui répondent au critère de l'énoncé. Ils notent sur leur feuille les noms de ces personnes. L'exercice peut continuer jusqu'à ce qu'au moins une personne ait complété sa feuille, c'est-à-dire qu'elle ait trouvé au moins une personne répondant à chaque critère de la liste. Mais si l'exercice prend trop de temps, vous pouvez annoncer aux participant-e-s que vous l'arrêterez après 15 à 20 minutes. Faites un debriefing avec l'ensemble du groupe en demandant aux participant-e-s comment ils-elles ont vécu l'exercice, ce qu'il leur a permis de découvrir sur le groupe, etc.

#### **Les hommes, les femmes et le sexisme**

1. Trouvez deux personnes qui ont eu un instituteur homme à l'école élémentaire.
2. Trouvez trois personnes qui pensent que les hommes ont tout à fait le droit de pleurer.
3. Trouvez une personne qui, lorsqu'elle était enfant, a eu au moins une relation platonique avec un-e représentant-e du sexe opposé.
4. Trouvez deux personnes qui aimeraient être du sexe opposé.
5. Trouvez deux personnes qui se rappellent avoir vu, enfants, au moins un homme ou une femme adulte qui ne correspondait pas au modèle traditionnel de son sexe.
6. Trouvez une personne qui a comme chef une femme.
7. Trouvez trois personnes tout à fait heureuses d'être un homme ou une femme.
8. Trouvez deux personnes qui font un sport collectif au moins une fois par semaine.
9. Trouvez deux personnes dont les grand-mères avaient un travail.
10. Trouvez une personne qui pense que les femmes ayant des diplômes ont le droit de choisir d'être femmes au foyer.

### L'arbre de vie [2]

Il vaut mieux programmer cet exercice au cours d'une session sans limite de temps, le soir, la veille du début du cours.

Donnez à chaque personne 10 à 15 minutes pour dessiner l'arbre de sa vie.

- Les racines représentent la famille dont nous venons et les influences fortes qui ont fait ce que nous sommes.
- Le tronc est la structure actuelle de notre vie : travail, famille, organisations, communautés auxquelles nous appartenons.
- Les feuilles sont nos sources d'information (journaux, livres, amis).
- Les fruits représentent ce que nous avons réussi à accomplir.
- Les bourgeons représentent ce que nous espérons pour l'avenir.

Une fois que tout le monde a dessiné son arbre de vie, répartissez les participant-e-s en groupes de trois à cinq personnes pour qu'elles parlent de ce qu'elles ont dessiné. Laissez-les parler aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

---

## Moyens de dynamiser

Ils permettent de relancer les participant-e-s dans le cours. Ce sont des jeux collectifs, souvent idiots, qui suscitent une certaine excitation et des rires. Ces moyens de dynamiser le groupe sont nécessaires en maintes occasions : lorsque vous sentez que l'attention se relâche ; lorsque la matinée de cours a été lourde et que les participant-e-s doivent se préparer à un après-midi tout aussi chargé ; au terme d'une session sérieuse et lourde humainement ; pour les aider à se séparer sur des impressions positives ; etc.

Les moyens de dynamiser le groupe qui suivent sont extraits de : Weinstein M, Goodman J. 1980. *Playfair*. San Luis Obispo : Impact publishers.

### Quatre à la fois

Les règles de ce jeu sont très simples. Pour commencer, tout le monde est assis. Chacun-e peut se lever quand il-elle le souhaite, mais ne doit pas rester debout plus de cinq secondes à chaque fois. Le but est que quatre personnes soient toujours debout en même temps. Si plus de quatre personnes sont debout à un moment donné, la première personne qui s'est levée est éliminée. Ce jeu oblige à se concentrer très attentivement sur les autres membres du groupe, et il dure trois à quatre minutes. Si le groupe compte plus de dix personnes, il vaut mieux le diviser en plusieurs groupes de dix.

### **Le jeu de l'amibe**

Pour commencer, une personne est l'amibe et essaie d'attraper les autres. La personne qui a été attrapée donne la main à la première amibe, et ensemble elles forment une amibe rôdeuse. Lorsqu'elles attrapent une troisième personne, elles se donnent la main et forment une amibe presque à maturité. Une fois qu'elles ont attrapé une quatrième personne, elles se donnent la main et forment une amibe à maturité. Et que fait une amibe lorsqu'elle est arrivée à maturité ? Elle se divise en son milieu en deux amibes qui partent rôder. Les multiplications et divisions se poursuivent, jusqu'à ce que tous les membres du groupe soient entrés dans l'amibe : tous sont des amibes de deux ou trois personnes liées entre elles.

### **Toucher du bleu**

Ce jeu n'a pas de chef, il obéit à deux ordres qui peuvent être donnés par n'importe qui. Le premier ordre demande de toucher quelque chose, par exemple « Toucher du bleu » ou « Toucher une tête ». Alors chaque participant-e doit toucher quelque chose de bleu sur une autre personne ou toucher la tête d'une autre personne. Le second ordre commande un mouvement, par exemple « Sauter deux pas en arrière » ou « Sauter deux fois sur place ».

Le jeu commence avec l'ordre « Toucher du bleu ». Ensuite, les ordres de toucher ou de mouvement sont donnés à tour de rôle par n'importe quel membre du groupe. Pour mettre fin au jeu au bout de trois à cinq minutes, dites de nouveau « Toucher du bleu ».

### **Coude, fruit, sautiller**

Demandez à un-e participant-e de venir souffler dans un sifflet et de donner trois mots. Le premier est une partie du corps, le deuxième est le nom d'une catégorie de choses et le troisième est une façon de bouger. « Coude, fruit, sautiller » voudra donc dire que chacun doit se déplacer en sautillant tout se touchant les coudes et en disant le nom d'un fruit. Les participant-e-s continuent jusqu'à ce que quelqu'un d'autre donne les trois mots et lance une autre séquence, par exemple « Nez, animal, traîner les pieds ». Pour mettre fin au jeu, utilisez le sifflet et dites de nouveau « Coude, fruit, sautiller ».

---

## **Pour terminer le cours**

Lorsque depuis deux à trois semaines des personnes vivent et travaillent ensemble, il est important de prévoir une fin qui ait du sens et marque la clôture, et de ne pas enchaîner les activités à toute vitesse jusqu'à la fin, ce qui obligerait les participant-e-s à se séparer de façon abrupte. Prévoyez au moins un exercice permettant de se séparer l'esprit positif,

un exercice qui aille au-delà d'une cérémonie de clôture formelle avec distribution des certificats.

#### **Le cercle merveilleux [4]**

Les participant-e-s forment un grand cercle en se tenant par la taille. Ils commencent à marcher à petits pas vers la gauche, jusqu'à ce que quelqu'un dise « Stop ! ». Cette personne livre alors quelque chose qu'elle a aimé pendant le cours : un élément personnel, ou quelque chose qui a été dit ou fait par une autre personne et qu'elle a beaucoup aimé, ou encore une marque d'appréciation du groupe dans son ensemble. Quel que soit ce commentaire, il doit concerner les personnes et non les activités ou leur contenu, et il doit être positif.

Une fois que la personne a fini de parler, elle dit « Partez ! », et tout le monde recommence à marcher à petit pas dans l'autre sens, jusqu'à ce qu'une autre personne dise « Stop ! » et commence à livrer son commentaire. Le jeu se poursuit tant que des personnes sont volontaires pour parler. Quand vous avez l'impression que toutes les volontaires ont parlé, demandez « Est-ce que tout le monde a terminé ? ». Si une nouvelle personne veut parler, elle doit avancer d'un pas et dire « Non – Partez ! » et commencer à parler. Si après 10 secondes personne n'a répondu à la question « Est-ce que tout le monde a terminé ? », le jeu est fini et tout le monde s'applaudit.

#### **Le tour des appréciations [3]**

Les participant-e-s forment un cercle. Remettez à chacun-e un gobelet en carton. L'idée est, pour chaque personne, de « saisir » une qualité importante chez les autres membres du groupe – et de mettre ces qualités dans le gobelet en carton. Chaque participant-e à son tour s'adresse à un autre participant et lui dit : « B..., ce que je veux retenir de toi est ton souci des autres (ou ta joie de vivre, ton énergie, etc.) ». On s'adresse à chaque personne par son nom, et on la regarde dans les yeux. Le jeu se termine lorsque tout le monde autour du cercle a pris son tour.

## **Références**

---

[1] Scannell EE, Newstrom JW. 1991. *Still more games trainers play : experiential learning exercises*. Berkshire : McGraw Hill (p. 3).

[2] Hope A, Timmel S. 1984. *Training for transformation*. Gweru (Zimbabwe) : Mambo Press (volume 2, pp. 18 et 36).

[3] Eitington JE. 1984. *The winning trainer : winning ways to involve people in learning*. Houston: Gulf Publishing Co. (pp. 9 et 57).

[4] Weinstein M, Goodman J. 1980. *Playfair*. San Luis Obispo : Impact (pp. 59, 107, 115, 170 et 172).

## Quelques idées pour l'animation des sessions participatives

### Le-la formateur-trice comme animateur-trice

Dans l'approche participative de la formation, le-la formateur-trice est un-e animateur-trice qui a deux tâches essentielles :

- s'assurer que le groupe remplit ses objectifs en terme d'apprentissage
- créer un environnement démocratique et participatif pour l'apprentissage

Le rôle pédagogique de l'animateur-trice de ce cours est d'aider les participant-e-s à :

- classer par priorité les obstacles à la réalisation de la santé en matière de reproduction
- identifier les problèmes et en trouver les origines en utilisant les outils analytiques appropriés
- trouver des moyens pratiques qui vont leur permettre d'essayer de faire évoluer la situation
- chercher ensemble des solutions aux problèmes
- comprendre les différences et les similitudes, et leurs origines, selon les divisions de genre, de race, de caste et de classe (et selon les autres divisions sociales).

Parallèlement, il-elle doit s'assurer que :

- tous les participant-e-s se sentent écouté-e-s et libres de participer activement
- le contexte pour l'apprentissage est dénué de préjugés de genre, de race, de classe, de caste ou autre préjugé possible
- tous-tes les participant-e-s sont actifs-ves et concerné-e-s
- les processus de décision font que la décision appartient à chacun-e et que chacun-e se sent concerné-e par sa mise en application
- les sentiments de chacun-e sont pris en compte, et si nécessaire mis au jour
- les conflits sont réglés de façon constructive et de façon à ce que chacun-e soit entendu-e et que les nouvelles idées soient prises en compte
- les commentaires et réactions sont donnés et reçus de telle façon qu'ils permettent à chacun d'en tirer profit. [1]

### L'animateur-trice ne doit pas toujours incarner l'autorité

Ne pas savoir comment va évoluer le processus de groupe peut être source de sentiment d'insécurité pour les personnes qui n'ont pas l'expérience de l'animation en apprentissage participatif. Qu'allez-



vous faire quand les participant-e-s vont vous poser des questions sur lesquelles vous n'avez pas réfléchi ? Et si un conflit se développe ? Et si le processus vous échappe et que les objectifs de la session ne sont pas atteints ?

Il n'existe pas de réponse toute prête à ces questions. L'important est de retenir que l'animateur-trice ne doit pas nécessairement être « l'autorité » capable de répondre à toutes les questions et d'affronter tout ce qui risque de se passer. Vous avancerez plus en essayant de comprendre les origines des désaccords et en lançant un dialogue ouvert qu'en vous sentant personnellement mis-e au défi par les controverses et en voulant tout contrôler. De cette façon, même si les objectifs de la session ne sont pas atteints, chacun aura appris un autre point de vue et une autre approche de la question.

### **La résistance des participant-e-s**

Dans certaines situations, les participant-e-s vont peut-être se sentir mal à l'aise de devoir participer activement, par exemple dans les jeux de rôles ou dans les exercices de simulation, et risquent de refuser de prendre part à des activités et des jeux « idiots » ou « infantiles ». Selon notre expérience, ces situations sont extrêmement rares, mais il est tout de même utile de s'y préparer. Certains risquent de résister aux activités participatives parce que nous avons tous appris que l'apprentissage est une chose sérieuse et passive et non amusante et active. Cette résistance apparaîtra plus probablement si l'animateur-trice n'est pas lui-elle-même convaincu-e de la valeur des exercices participatifs et ne donne pas le sentiment que, bien que l'activité soit légère, les acquis qui vont en ressortir sont importants.

Si un-e participant-e résiste aux méthodes participatives, l'animateur-trice peut :

- dire aux participant-e-s qu'ils peuvent rester assis et regarder si, à quelque moment que ce soit, ils-elles ne se sentent pas à l'aise
- expliquer que l'apprentissage par l'expérience engage tous les aspects de notre personne : notre esprit, nos émotions, nos pensées et nos activités, et a une efficacité prouvée. [2]

Nous tenons cependant à redire qu'il n'y a probablement pas lieu de s'attendre à des résistances. En 10 prestations à ce jour, dans cinq pays et avec des participant-e-s venu-e-s de plus de 50 pays, avec des postes allant de haut représentant du ministère de la santé à responsable de programme et de district, en passant par des donateurs, des médecins et des infirmières, il n'y a eu que peu de résistance aux méthodes d'enseignement participatif.

### Groupes mixtes

Il peut être difficile de travailler avec des groupes mixtes. Il faut maintenir un équilibre subtil et bien s'assurer que les femmes et les hommes participent à égalité, que les hommes ne dominent pas, mais aussi qu'ils se sentent assez à l'aise pour participer. Pour l'animateur-trice, il est important de ne pas faire de généralisations hâtives tenant les femmes pour pauvres et victimes et les hommes pour puissants et dominateurs. Retenez que l'analyse de genre lutte contre une idéologie qui est perpétuée par les hommes et les femmes et qui place les torts chez les hommes. Vous devrez vous adapter aux différences de langue, de race, de classe, de caste et d'appartenance ethnique entre les participant-e-s – et vous assurer que tout le monde participe, qu'il n'y a pas de domination d'un groupe et qu'aucune partie du groupe ne se sent étrangère ou inquiète.

Utiliser des méthodes participatives ne veut pas dire que l'on encourage l'anarchie en classe. Les tableaux suivants vous donnent quelques principes.

#### Comment un-e animateur-trice peut-il garder le cap ? [2]

- Il-elle demande des faits et ne doit pas toujours « avoir raison »
- Il-elle ne prend pas partie
- Il-elle donne des exemples pratiques
- Il-elle encadre les discussions et ne se laisse pas emporter sur le sujet
- Si la discussion ne mène à rien, il-elle va poser des questions de fond pour la faire avancer
- Si le groupe passe trop de temps à débattre d'un point de détail, il-elle l'amène à passer à la suite
- Il-elle se reporte aux buts du groupe et propose des objectifs.

#### Comment un-e animateur-trice peut-il encourager la participation ? [2]

- Il-elle s'inspire des expériences des membres du groupe
- Il-elle aide les personnes en conflit à comprendre leurs positions respectives et à trouver des points d'accord
- Il-elle s'assure que chacun-e a la possibilité de donner son point de vue et que personne ne domine
- Il-elle apporte ses commentaires de façon claire et précise
- Il-elle encourage l'ouverture et la confiance mutuelle en fixant d'emblée des règles de base
- Il-elle permet à chacun-e de se sentir valorisé-e
- Il-elle crée une atmosphère de curiosité collective.

## Références

---

[1] Hope A, Timmel S. 1984. *Training for transformation*. Gweru : Mambo Press (volume 1, pp. 18 et 99).

[2] Mackenzie L. 1993. *On our feet: taking steps to challenge women's oppression: a handbook on gender and popular education workshops*. Special issue of *Adult education and development*. Bonn: German Adult Education Association.

# ANNEXE 4 Exemple de programme

## Modèle pour un cours de deux semaines

Ce programme a été donné par le Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires, Argentine, qui a organisé une version raccourcie du cours en 1999.

### Semaine 1

	Matin (8.30 – 13.00)*	Après-midi (14.00 – 17.30)*	En dehors de la classe
<b>Jour 1</b>	Module d'ouverture	Genre	Lectures
<b>Jour 2</b>	Genre	Genre	Lectures
<b>Jour 3</b>	Déterminants sociaux	Déterminants sociaux	Lectures
<b>Jour 4</b>	Droits	Droits	Lectures
<b>Jour 5</b>	Droits	Systèmes de santé	Lectures
<b>Jour 6</b>	Systèmes de santé**		

\* Comprend une pause de 30 minutes

\*\* Le cours se termine à 14.00

### Semaine 2

	Matin (8.30 – 13.00)*	Après-midi (14.00 – 17.30)*	En dehors de la classe
<b>Jour 1</b>	Systèmes de santé	Politiques	Lectures
<b>Jour 2</b>	Politiques	Politiques	Lectures
<b>Jour 3</b>	Données	Données	Lectures
<b>Jour 4</b>	Données	Données	Préparation de l'exercice récapitulatif
<b>Jour 5</b>	Module de clôture	Module de clôture	
<b>Jour 6</b>	Evaluation du cours**		

\* Comprend une pause de 30 minutes

\*\* Le cours se termine à 12.30

## Outil pour l'évaluation du cours par les participant-e-s

Voici l'outil pour l'évaluation du cours qui a été utilisé par les participant-e-s lors des cours dirigés par le Women's Health Project à Johannesburg en Afrique du Sud.

### Evaluation finale

Qu'attendiez-vous du cours ?

---



---

A-t-on répondu à ces attentes ?

Oui  Non  En partie

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

Etes-vous satisfait-e de l'équilibre général entre les sujets et le matériel du cours ?

Oui  Non  En partie

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

Les lectures vous ont-elles semblé pertinentes ?

Oui, la plupart  Non, en partie  Pas du tout

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

Avez-vous lu les documents qui vous ont été distribués ?

Oui, la plupart  Non, en partie  Pas du tout

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

**Allez-vous pouvoir les utiliser à l'avenir**

Oui, la plupart     Non, en partie     Pas du tout

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

**Le cours vous a-t-il semblé assez long ?**

Oui, trop long en fait     Oui, juste assez long     Non, en partie     Non, pas du tout

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

**Comment avez-vous trouvé le programme quotidien ?**

Bien     Trop court     Trop long

Vous pouvez développer vos commentaires

---



---

**Merci de classer chacun des six modules du cours en fonction des critères suivants**

<b>Genre</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---

<b>Déterminants sociaux</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---

<b>Droits</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---

<b>Donées</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---

<b>Politiques</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---

<b>Systèmes de santé</b>	<b>Faible</b>	<b>Moyen</b>	<b>Bon</b>	<b>Très bon</b>
Pertinence du contenu				
Efficacité de la méthode				
Etude suffisamment détaillée				
A stimulé une réflexion				
Impact sur mes compétences professionnelles				
Impact sur mes compétences personnelles				

Merci d'ajouter vos commentaires :

---



---



**Y a-t-il des sujets ou des thèmes qui ne figurent pas dans le cours et que vous auriez aimé aborder ?**

Non  Oui

Si la réponse est oui, merci de les noter :

---

---

---

**Quelles sont les sessions qui vous ont été le plus utiles ?**

Pourquoi ?

---

---

---

**Quelles sont les sessions qui vous ont été le moins utiles ?**

Pourquoi ?

---

---

---

**Si nous devons couper une partie du cours, que nous conseilleriez-vous d'abandonner ?**

Pourquoi ?

---

---

---

**Le cours vous a-t-il semblé à votre niveau ?**

- Juste au bon niveau     Trop difficile     Trop facile

**Vous pouvez développer vos commentaires :**

---

---

---

**Certains cours ont des conséquences au niveau personnel, et pas d'autres. En repensant à ce cours, pensez-vous qu'il vous a fait changer d'une quelconque façon ?**

---

---

---

**Si ce cours avait duré quatre semaines, auriez-vous pu venir ?**

- Non     Oui

**Vous pouvez développer vos commentaires :**

---

---

---

**Etes-vous satisfait-e de l'organisation logistique (hébergement, repas, etc.) ?**

- Oui, plutôt     Pas du tout     Non, pas tout à fait

**Merci de nous livrer d'autres commentaires ou réactions au cours qui vous semblent utiles afin de l'améliorer pour les prochaines volées**

---

---

---

---

---



## Formulaire d'évaluation pour l'animateur-trice

### Quelle est l'utilité de ce manuel ?

Merci de répondre aux questions suivantes, en ajoutant les commentaires que vous souhaitez nous livrer, et de renvoyer le formulaire à : Gender, Rights and Reproductive Health, Department of Reproductive Health and Research, Organisation mondiale de la santé, 1211 Genève 27, Suisse. Ou envoyez-nous vos réponses par e-mail à l'adresse : [rpublications@who.int](mailto:rpublications@who.int)

#### 1. Pouvez-vous décrire le cours pour lequel vous avez utilisé ce manuel :

a. Titre du cours

---



---

b. Contexte (université, ministère, ONG, autre institution)

---



---

c. Public cible

---



---

#### 2. Avez-vous dirigé l'intégralité du cours ?

Oui  Non

Si non, quels modules/sessions avez-vous utilisés ? (merci d'en faire la liste)

---



---



---



---

#### 3. Avez-vous déjà l'expérience de méthodes d'enseignement participatif ?

Oui  Non



**4. Merci de faire la liste des sessions que vous avez trouvées les plus utiles, et pourquoi (par exemple, l'approche était nouvelle, le sujet était nouveau, le contenu était clair, les instructions étaient claires, la méthodologie était bien adaptée au groupe).**

---

---

---

---

---

**5. Merci de faire la liste des sessions que vous n'avez pas trouvées utiles, et pourquoi (par exemple, les instructions manquaient de clarté, session trop longue, trop compliquée, la méthodologie n'était pas adaptée au groupe).**

---

---

---

---

---

**6. Utiliseriez-vous de nouveau ce manuel :**

a) dans son intégralité

---

---

b) en partie (merci de préciser)

---

---

c) sous une forme plus adaptée (merci de décrire en quoi)

---

---

**Nom**

---

**Organisation**

---

**Adresse**

---

---

---

---

**E-mail**

---

**Date**

---

**Pour plus d'informations, veuillez contacter :**

Département Santé et Recherche génésiques

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20, CH1211 Genève 27

Suisse

Télécopie : +41 22 791 4171

Courriel : [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

[www.who.int/reproductivehealth](http://www.who.int/reproductivehealth)

