

Manuel d'intégration
du genre dans
les programmes
de santé de la reproduction
et de lutte contre le VIH :

DE L'ENGAGEMENT A L'ACTION



IGWG

La version originale en anglais de cette publication a été réalisée avec l'appui de *MEASURE Communication* (HRN-A-000-98-000001-00), qui est un projet financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Ce Manuel en français a été produit par Family Health International/YouthNet dans le cadre de l'accord de coopération GPH-A-00-01-00013-00 conclu avec l'USAID pour le compte du Groupe de travail interagences sur le genre, un collectif d'organisations non gouvernementales, d'agences de coopération et du Bureau de la Santé mondiale de l'USAID. Les exemples présentés dans ces pages reflètent l'expérience des organisations extérieures à l'USAID. Le présent document se veut non pas un ensemble de directives officielles de l'USAID, mais plutôt un recueil d'approches novatrices, citées à titre d'exemple, en matière d'intégration du genre aux programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH. Ces exemples d'approches sont fournis dans l'espoir qu'ils pourront aider les intéressés à se conformer aux exigences de l'USAID concernant l'incorporation des considérations de genre dans la planification des programmes. Le lecteur désireux de se familiariser avec les directives officielles de l'USAID relatives au genre est prié de se référer au Système automatisé des directives de l'USAID.

Production du Manuel en français : Mary Bean
Imprimerie : Chamblee Graphics

**MANUEL D'INTEGRATION DU GENRE
DANS LES PROGRAMMES
de SANTE DE LA REPRODUCTION
et de LUTTE CONTRE LE VIH :
DE L'ENGAGEMENT A L'ACTION**

OCTOBRE 2005

Préparé de la part du
Groupe de travail du Manuel relatif au genre
pour le compte du Groupe de travail interagences sur le genre
du Bureau de la Santé mondiale de l'USAID

**Par Deborah Caro (Cultural Practice, LLC)
avec le concours de Jane Schueller (FHI),
Maryce Ramsey (antérieurement au CEDPA)
et Wendy Voet (JHPIEGO)**

REMERCIEMENTS

Le présent Manuel est le fruit de plusieurs années de travail d'un grand nombre de personnes. Nous leur sommes extrêmement reconnaissants des nombreuses heures qu'elles nous ont consacrées et de la riche diversité de leurs idées. Les auteurs tiennent à remercier en particulier les personnes mentionnées ci-après pour leurs suggestions réfléchies et le soin minutieux qu'elles ont apporté à la création de ce document.

Bureau Population et Bureau VIH/SIDA de l'USAID

Michal Avni
Elizabeth DuVerlie (consultante)
Bessie Lee
Diana Prieto
Audrey Seger

Agences de coopération

Linda Ippolito, antérieurement à INTRAH/Prime
Lily Kak, antérieurement au CEDPA
Lyn Messner, Corps de la Paix
Candy Newman, INTRAH/Prime
Shelagh O'Rourke, antérieurement au CEDPA
Laurie Zivetz, Consultante en développement international

Associations de plaidoyer pour la santé des femmes

Julia Ernst, CRLP
Rebecca Firestone, antérieurement à CHANGE
Jill Gay, Consultante indépendante
Rupsa Malik, CHANGE

Révision

Maria de Bruyn, Ipas
Jill Gay, Consultante indépendante
Jodi Jacobson, Anna-Britt Coe et Avni Amin, CHANGE
Julia Masterson, antérieurement au CEDPA
Lauren Voltero, INTRAH/Prime

Nous tenons aussi à remercier les organisations ci-après pour le personnel et les ressources qu'elles ont mis à notre disposition en vue de la réalisation du présent Manuel :

Family Health International (FHI)
Cultural Practice, LLC
JHPIEGO Corporation
Projet CATALYST
INTRAH/Prime
Population Reference Bureau (PRB)
The Centre for Development and Population Activities (CEDPA)
The Center for Health and Gender Equity (CHANGE)
The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP)

Nous voulons saluer en particulier deux groupes de personnes pour le précieux concours qu'elles nous ont prêté. Alice Mutungi et ses collègues du Centre régional pour la qualité des soins de santé ont méticuleusement révisé le présent Manuel et l'ont mis à l'essai sur le terrain en Ouganda. Leurs commentaires très pertinents nous ont permis de le rendre plus convivial. Anabella Sánchez, Gloria Cordon et Lucky Peinado, de l'USAID/Guatemala, ont organisé trois ateliers consacrés aux questions de genre en liaison avec la mission de l'USAID et le personnel d'agences de coopération. Leurs commentaires sur l'utilisation du Manuel dans le contexte de la formation se sont révélés indispensables.

TABLE DES MATIERES

Remerciements	ii
Liste des sigles, acronymes et abréviations	iv
Préface	v
Survol des chapitres.....	vii
INTRODUCTION.....	2
PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE	8
ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE	12
INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES	18
Etape 1. Examiner les objectifs du programme	19
Etape 2. Recueillir les données.....	25
Etape 3. Analyser les données.....	31
Etape 4. Concevoir les éléments.....	35
Etape 5. Formuler les indicateurs et effectuer leur suivi	39
Etape 6. Adapter le plan et les activités.....	45
APPENDICES	
Appendice 1 — Concepts et terminologie.....	52
Appendice 2 — Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), Bureau de la Santé mondiale de l'USAID	56
Appendice 3 — Ressources et références sur le genre	58

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABBREVIATIONS

AC	Agence de coopération (organisations non gouvernementales et cabinets de consultants chargés de l'exécution des programmes financés par l'USAID)	FFPF	Fédération pour les femmes et la planification familiale (Pologne)
AD	Appel de demandes	IEC	Information, éducation et communication
AIHPH	All India Institute of Hygiene and Public Health (Institut panindien d'hygiène et de santé publique)	IGWG	Groupe de travail interagences sur le genre (Interagency Gender Working Group)
CCP	Center for Communication Programs, Johns Hopkins University (Centre pour les programmes de communication, Université Johns Hopkins)	INTRAH/Prime	Innovative Technologies for Healthcare Delivery/ PRIME II Project
CEDPA	The Centre for Development and Population Activities (Le Centre pour les activités en matière de développement et de population)	IST	Infection(s) sexuellement transmissible(s)
CHANGE	Center for Health and Gender Equity (Le Centre pour la santé et l'équité des genres)	JHPIEGO	JHPIEGO Corporation, société affiliée à l'université Johns Hopkins
CIDA	Canadian International Development Agency (Agence canadienne de développement international – ACDI)	NACO	National AIDS Control Organization of India (Organisation nationale de lutte contre le sida [Inde])
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement (tenue au Caire en 1994 sous l'égide de l'ONU)	NORAD	Norwegian Agency for Development (Agence norvégienne de développement et de coopération)
Conférence de Beijing	Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing en 1995 (Fourth World Conference on Women – FWCW)	OECD/DAC	Organisation de coopération et de développement économiques/Comité d'aide au développement (OCDE/CAD)
CRLP	Center for Reproductive Law and Policy (Centre pour la loi et les politiques en matière de SR)	OMS	Organisation mondiale de la Santé
DBC	Distribution à base communautaire	ONG	Organisation non gouvernementale
DFID	Ministère britannique pour le développement international (Department for International Development)	ONU	Organisation des Nations Unies
DG	Démocratie et gouvernance	PF	Planification familiale
DMSC	Durbar Mahila Samanwaya Committee (Bombay, Inde)	PROWID	Promoting Women in Development (La promotion des femmes dans le processus de développement)
DP	Demande de propositions	SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency (Agence suédoise de coopération au développement international – ASDI)
		SR	Santé de la reproduction
		TS	Travailleurs ou travailleuses du sexe
		USAID	Agence des Etats-Unis pour le développement international
		VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome d'immunodéficience acquise

PREFACE

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif d'organisations parmi lesquelles figurent le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID, des agences de coopération (AC) financées par cette dernière ainsi que des associations de plaidoyer en matière de santé et des intérêts des femmes. Des particuliers en font également partie. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres¹ dans les programmes en vue d'améliorer les résultats en matière de santé de la reproduction et de VIH/SIDA aussi bien que de promouvoir un développement durable.

Les objectifs précis de l'IGWG sont les suivants :

- Faire œuvre de sensibilisation et fédérer les synergies entre les résultats concernant l'équité entre les genres, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA ;
- Recueillir des données empiriques et les meilleures pratiques en ce qui concerne le genre, la santé de la reproduction et le VIH/SIDA ;
- Promouvoir les meilleures pratiques et faire passer le message sur terrain ;
- Mettre au point les outils opérationnels pour l'intégration de l'approche « genre » dans les programmes de population, de santé et de nutrition ;
- Assurer le leadership technique et fournir une assistance technique.²

L'IGWG s'est concentré sur l'éducation, le plaidoyer et la formulation d'outils opérationnels (voir la liste complète des produits, des services et des coordonnées de l'IGWG dans l'Appendice 3). Le présent Manuel d'intégration du genre a été rédigé pour être utilisé avec le *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFPs and RFAs* (Guide pour l'intégration des considérations de genre aux demandes de propositions (DP) et d'appels de demandes (AD) de l'USAID en matière de planification familiale et de santé de la reproduction). Le Guide a été élaboré essentiellement à l'intention des responsables et des concepteurs de programmes de l'USAID. Le Manuel sert de complément dans la mesure où il guide les responsables de programmes et le personnel technique dans le contexte de l'intégration des considérations de genre à la conception, à l'application et à l'évaluation des programmes. Il permet d'explicitier la façon dont les relations et l'identité de genre affectent la capacité des individus et des groupes de négocier les décisions dans le domaine de la santé de la reproduction et du VIH/SIDA, avec à la clé l'obtention de meilleurs résultats. Les utilisateurs de ce Manuel vont apprendre à exploiter la sensibilisation accrue aux considérations de genre de

¹ Cf. page 5 pour la discussion plus détaillée des concepts d'équité entre les genres et d'égalité des genres.

² Ces objectifs rappellent ceux qui sont décrits dans le Guide de l'IGWG intitulé *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFPs and RFAs* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2000).

manière à concevoir, à exécuter et à évaluer des programmes plus efficaces, autrement dit des programmes qui renforceront la capacité des participants de faire des choix plus éclairés pour ce qui touche à leurs relations sexuelles et à leur santé de la reproduction.

Les auteurs de l'IGWG voient dans le présent Manuel un outil qu'il convient d'utiliser, d'adapter et d'améliorer dans le contexte de sa mise en pratique. Ils forment le vœu que ses utilisateurs n'en resteront pas au stade de l'attachement à l'intégration des questions de genre dans la conception des programmes, mais qu'ils prendront des mesures concrètes tout au long de son exécution. Les commentaires et suggestions de nature à renforcer ce document sont les bienvenus.³

³ Prière de lire l'avis de non-responsabilité sur le plat verso du présent Manuel.

SURVOL DES CHAPITRES

LE CHAPITRE 1 présente des données de base sur le Manuel et ses modalités d'emploi. Il définit quelques termes et concepts fondamentaux liés au genre qui reviennent tout au long du document.

LE CHAPITRE 2 donne un aperçu des principes directeurs qui doivent être incorporés dans tous les programmes qui intègrent la dimension de genre. Ces principes sous-tendent les programmes durables et équitables quant au genre dans le domaine de la santé de la reproduction et du VIH/SIDA.

LE CHAPITRE 3 passe en revue et décrit chacune des stratégies concrètes pour l'application des principes définis au Chapitre 2. Il s'agit d'éléments qui sont communs à un certain nombre de projets analysés par les auteurs du Manuel. Dans l'idéal, ces éléments forment les composantes de base de tout programme qui intègre la dimension de genre, et c'est un idéal auquel les organisations peuvent aspirer en fonction du budget, du temps et du personnel dont elles disposent. Un exercice à la fin du chapitre permet à celles-ci d'évaluer le degré d'incorporation des principes directeurs et des éléments susmentionnés dans leurs programmes.

LE CHAPITRE 4 décrit un processus d'intégration des questions de genre à chaque étape du cycle d'un programme. Il présente une série de questions-guides et de conseils pratiques en matière de méthodologie. Des études de cas tirées de projets réels illustrent l'intégration du genre à chaque étape du développement d'un projet et elles font ressortir le lien entre les éléments essentiels d'une approche intégrée et les actions du projet. Les six étapes de l'intégration du genre au cycle de programmation sont les suivantes :

- **ETAPE 1** : Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.
- **ETAPE 2** : Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.
- **ETAPE 3** : Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.
- **ETAPE 4** : Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre.
- **ETAPE 5** : Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre.
- **ETAPE 6** : Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.

Une matrice est proposée à la fin du Chapitre 4 pour faciliter le traitement des données relatives aux six étapes susmentionnées.



INTRODUCTION

Pourquoi utiliser ce Manuel ?

L'attention accrue qui est portée aux objectifs d'équité/d'égalité des genres dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH/SIDA encourage le respect des besoins et des droits fondamentaux des individus et des communautés. L'intégration du genre rend les programmes et les principes directeurs plus réceptifs aux réalités sociales, économiques, culturelles et politiques qui ont pour effet soit d'entraver, soit de rehausser, la santé de la reproduction et la satisfaction. En guidant les organisations dans la voie de l'intégration des objectifs d'équité/d'égalité des genres aux programmes de santé de la reproduction (SR) et de VIH/SIDA, ce Manuel aidera les personnes chargées de l'application de ces programmes à :

- rehausser la qualité des services liés à la SR et au VIH/SIDA ;
- répondre plus efficacement aux besoins des participants ;
- assurer la pérennité des programmes ;
- mieux informer et autonomiser la clientèle ;
- améliorer la communication entre les couples ;
- améliorer l'utilisation des services ;
- élargir les répercussions du développement et rehausser les synergies entre les secteurs.⁴

L'attention portée aux disparités de genre et l'amélioration de l'équité/l'égalité des genres contribuent en outre à l'obtention de meilleurs résultats dans le domaine de la SR. En voici des exemples :

- amélioration de la prévalence des contraceptifs ;
- baisse de la transmission du VIH ;
- baisse de la fécondité ;
- recul de la violence contre les femmes ;
- diminution de la mortalité maternelle.⁵

De surcroît, en signe de la valeur qu'elle attache à l'intégration du genre dans ses programmes, l'USAID incorpore cette composante dans ses directives et elle honore les engagements pris en ce sens par le gouvernement des Etats-Unis conformément aux accords internationaux qu'il a signés.

1. Les directives de l'USAID exigent l'intégration des considérations de genre dans les programmes de l'Agence en matière de SR et de VIH/SIDA.⁶

Comme elle le note dans son Système automatisé des directives (ADS), l'USAID exige que les considérations de genre soient intégrées à tous ses programmes. L'ADS astreint les responsables de programmes à incorporer cette dimension dans l'élaboration des

⁴ Les démarches dans le domaine de la SR et du VIH/SIDA qui ne tiennent pas compte des préjugés de genre compromettent les chances de succès des projets et pourraient même exacerber les inéquités de genre. Pratiquement toutes les références présentées dans le Manuel soutiennent la thèse selon laquelle le fait d'aborder les questions de genre entraîne l'amélioration des programmes RS/VIH/SIDA. Des données supplémentaires d'impact aideront à documenter de quelles façons les programmes équitables améliorent la santé de la reproduction et le bien-être des participants. Pour un examen préliminaire de la documentation relative à l'impact sur la SR des programmes qui intègrent la dimension de genre, se référer au rapport de l'IGWG établi par Carol Boender, Sidney Schuler et al., *The "So What?" Report: A Look at Whether Integrating Gender Into Reproductive Health Programs Makes a Difference to Outcomes* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2004).

⁵ Ibid.

⁶ Le Système automatisé des directives de l'USAID (ADS) est le principe pratique qui s'applique aux programmes et au travail d'élaboration des politiques de l'USAID. Les séries ADS 200 et 300 précisent les consignes relatives à l'intégration des considérations de genre dans les politiques, programmes et activités. Pour les analyses techniques obligatoires concernant les plans stratégiques, y compris en matière de genre, voir ADS 201.3.8.4 ; pour l'intégration du genre dans la conception des activités, voir ADS 201.3.12.6, et pour l'approbation des activités 201.3.12.15 ; pour l'adoption d'indicateurs de performance qui reflètent les considérations de genre, voir ADS 203.3.4.3 ; et pour l'intégration du genre aux critères d'évaluation dans le cadre des demandes de propositions (DP) voir 302.5.14, et 303.5.5b pour l'intégration du genre dans l'énoncé des programmes dans le contexte des appels de demandes (AD).

nouveaux contrats, des subventions et des accords de coopération et il demande au personnel :

- d'effectuer des analyses de genre appropriées pour toute la gamme de questions techniques qui entrent en jeu dans la formulation d'un plan stratégique donné ;
- d'intégrer les considérations de genre dans l'énoncé des travaux qui accompagne les demandes de propositions (DP) et la description des programmes (Appels de demandes, AD) ; et de formuler des critères liés au genre afin d'évaluer les réponses des soumissionnaires et des auteurs de demandes ;
- d'intégrer les considérations de genre à la conception, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation des activités à l'appui des programmes et des politiques de l'USAID ;
- d'inclure des indicateurs de genre dans le Plan de surveillance des programmes.

2. Les Etats-Unis se sont engagés à s'attaquer aux questions de genre.

En signant les accords⁷ de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), tenue au Caire sous l'égide de l'ONU, ceux de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (« conférence de Beijing ») et ceux des analyses quinquennales, les Etats-Unis ont pris l'engagement, entre autres :

- de promouvoir l'autonomisation des femmes et l'équité/l'égalité des genres ;
- de ne pas tenir compte des cibles démographiques afin de se concentrer sur les besoins et les droits des femmes, des jeunes et des hommes ;
- de promouvoir une perspective d'ensemble en matière de santé de la reproduction et de droits connexes ; et

- de faire participer les femmes aux postes de direction, à la planification, à la prise de décisions, à l'exécution et à l'évaluation.

But du Manuel

Le Manuel vise principalement à contribuer à la conception et à l'exécution de programmes dans le domaine de la SR et du VIH/SIDA qui intègrent des approches de nature à parvenir à l'équité/l'égalité des genres. Les programmes qui intègrent ces objectifs ont pour effet de maximiser l'accès et la qualité, d'appuyer la prise de décisions par l'individu et ses options en matière de reproduction, d'accroître la pérennité et de mettre en pratique les engagements internationaux des Etats-Unis et les politiques de l'USAID.

D'autre part, les spécialistes de la santé au plan tant international que national peuvent se référer au présent Manuel lorsqu'ils préparent leurs réponses aux DP et aux AD. L'ex-sous-comité de l'IGWG chargé de l'application des programmes a également publié un guide relatif aux DP et aux AD (cf. Préface, pg.v), auquel le présent Manuel sert de complément. Les programmes dont l'angle d'approche sera calqué sur celui décrit dans ces pages détiendront un avantage stratégique.

Le public visé

Le présent Manuel s'adresse avant tout aux intervenants dans les pays, à savoir les responsables de programmes en matière de SR et de VIH/SIDA ainsi que le personnel technique des agences de coopération (AC) de l'USAID, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres agents d'exécution, tant présents que futurs. Son public secondaire regroupe les AC aux Etats-Unis ainsi que les responsables de programmes de Population, de santé et de nutrition et le personnel des missions de l'USAID à l'étranger.

⁷ Plus récemment, le gouvernement des Etats-Unis a signalé son adhésion aux Objectifs du millénaire pour le développement, dont un concerne l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes comme moyen efficace pour lutter contre la pauvreté, la faim et les maladies et promouvoir un développement réellement durable. » (Secrétaire général des Nations Unies, *Plan de campagne pour la mise en œuvre de la Déclaration du Millénaire (Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration)*. New York: ONU, 6 septembre 2001: p. 27.)

Il faut voir dans ce Manuel un outil qui permet aux lecteurs d'intégrer les considérations de genre au cycle de leurs programmes de façon à parvenir à des résultats plus équitables et plus durables en matière de SR et de VIH/SIDA. Conçu en tant que guide de planification stratégique, ce document fournit des informations sur les principes directeurs, les stratégies et les étapes pratiques de l'intégration de genre, mais il ne prétend pas aborder toutes les questions possibles dans ce domaine. C'est un outil de planification plus que de formation. Il vient compléter d'autres outils de formation sur le genre et la santé de la reproduction dans la mesure où il donne des conseils sur la meilleure façon d'intégrer le genre aux projets et aux programmes nouvellement conçus ou en cours d'application.

Comment utiliser le Manuel

Ce document a été conçu pour être un manuel de référence. Il peut servir à toute étape du cycle d'un programme, c'est-à-dire de la conception à l'évaluation. Ceci dit, il se révélera d'autant plus utile qu'il servira à guider les décisions prises tout au long du cycle des projets.

Il a été organisé dans un souci de convivialité. Tel utilisateur souhaitera se référer aux Chapitres 2 et 3 pour comprendre les principes directeurs et les éléments des programmes qui sont indissociables de la programmation sensible à l'intégration de genre. Tel autre préférera consulter directement l'approche par étapes énoncée au Chapitre 4 et qui s'accompagne d'études de cas ; elle démontre la façon dont les éléments et les principes sont intégrés à des programmes concrets.

Les utilisateurs peuvent adapter le présent Manuel en fonction des priorités, de la portée, des ressources et des contraintes de leurs activités, puisque tous les programmes sont différents et qu'ils ont chacun ses besoins. Si le Manuel décrit les éléments-clés de projets qui ont su intégrer la dimension de genre, l'approche par étapes définie au Chapitre 4 permet aux responsables de programmes d'intégrer ces

éléments à titre individuel ou collectif de façon à assurer un maximum d'efficacité en ce qui concerne la conception et l'exécution de programmes. Les études de cas présentées au Chapitre 4 illustrent la façon dont les éléments du genre sont intégrés de diverses manières et à diverses étapes du cycle de programmation.

Analyse raisonnée de l'intégration de genre et du « gender mainstreaming » aux programmes de SR

Le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) ainsi que la Déclaration de Beijing et la Plateforme d'action adoptées par la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (« Conférence de Beijing ») prônent l'égalité des genres et le « gender mainstreaming », l'autonomisation des femmes et l'épanouissement des droits et de la santé des femmes en matière de reproduction. L'égalité des genres est expressément incluse au nombre des objectifs du Comité d'aide au développement (CAD) de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) tels qu'ils ont été énoncés en 1996 dans un document intitulé « Shaping the 21st Century : The Contribution of Development Cooperation ». Les Etats-Unis ont réaffirmé leur attachement aux objectifs de développement international (dont l'égalité des genres et les droits des femmes) lors de la réunion au sommet du Groupe des Huit tenue à Okinawa en 2000. Ils ont réaffirmé leur engagement en ce sens en 2003 dans le contexte de la loi qui avait été proposée pour combattre la propagation du VIH et du SIDA dans le monde, conformément à une stratégie intégrée et de grande envergure, sur cinq ans, et assortie d'obligations spécifiques (H.R. 1298). Cette stratégie met en valeur les questions de genre, telles que l'autonomisation des femmes, le recul de la violence sexospécifique, la participation accrue des hommes en tant que partenaires responsables et l'accès accru des femmes aux débouchés économiques.⁸

⁸ La Règle 1298 de la Chambre des représentants peut être consultée au site <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/bdquery>.

Fidèle aux accords internationaux et au principe de la formulation de politiques nécessaires à leur application, le gouvernement des États-Unis s'est engagé à l'intégration, ou au « *mainstreaming* », des considérations du genre à ses programmes. Le plateforme d'action de Beijing définit le « *gender mainstreaming* » comme étant :

« ... l'évaluation des incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des

hommes dans la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Le but ultime est d'atteindre l'égalité entre les sexes. »⁹

L'attention portée aux inéquités sur la base du genre, par exemple à travers l'amélioration de l'accès des filles à l'éducation, peut avoir des effets spectaculaires sur d'autres secteurs du fait de la baisse de la fécondité, de l'amélioration de la santé, de l'accroissement des revenus et de la hausse de la productivité. Les programmes en matière

L'égalité des genres permet aux femmes et aux hommes de jouir à part égale des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources et des avantages qui découlent du développement. L'évolution des catégories de genre au fil du temps signifie que la programmation du développement peut avoir des répercussions sur l'inégalité des genres, qu'elle l'accroisse ou qu'elle la fasse reculer.¹⁰

L'équité entre les genres consiste à traiter les femmes et les hommes de manière équitable. Pour assurer l'impartialité, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes de fonctionner sur un pied d'égalité avec les hommes. Les stratégies appliquées en ce sens visent à parvenir à l'égalité des genres. L'équité est un moyen ; l'égalité est une fin.¹¹

L'intégration du genre implique la prise en considération des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes au niveau de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes. Ce que la société attend des femmes et des hommes aussi bien que le pouvoir relatif de chacun affectent les rôles des uns et des autres dans l'exécution des activités, et c'est aussi ce qui détermine qui tirera parti des bienfaits escomptés. Le fait de tenir compte des inégalités et de concevoir des programmes à même de les atténuer devrait contribuer à une augmentation non seulement d'efficacité, mais aussi d'équité/égalité sociale. L'expérience a montré qu'on ne parvient pas à des changements durables quand on axe les activités exclusivement sur les femmes ou sur les hommes.

⁹ Platform for Action, UN Fourth World Conference on Women (Beijing: UN, 1995).

¹⁰ OECD DAC, DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation (Paris, 1998): p. 13.

¹¹ Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Sensitive Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

de SR et de VIH/SIDA capables de corriger les décalages entre les femmes et les hommes sur le plan des possibilités, des contraintes et des contributions seront en mesure d'améliorer les résultats pour la santé, qu'il s'agisse d'accroître l'accès aux services, d'améliorer la communication, de consolider les compétences en matière de négociation et de plaider, d'élargir la participation et de renforcer la prise de décisions de populations diverses.

Il y a de nombreuses étapes sur la voie qui mène à l'objectif ultime de l'égalité entre les sexes. Ces étapes portent sur l'objectif plus immédiat de l'intégration des questions de genre aux divers éléments

des programmes pour rendre le développement plus équitable. Nous utilisons le double terme « équité/égalité » afin de refléter à la fois l'objectif ultime et le processus à suivre pour y parvenir.

Il faut distinguer les termes « sexe » et « genre »¹² quand on analyse les relations, les rôles et les identités des genres dans le contexte de la conception de programmes de SR qui intègrent la dimension de genre. Les termes définis dans l'encadré sur la page suivante ainsi que ceux qui figurent à l'Appendice 1 reviennent fréquemment dans les programmes axés sur le genre.

¹² Un rapport récent des National Institutes of Health (Etats-Unis) recommande que l'on distingue clairement les termes « sexe » et « genre ». Faute de quoi, notent ses auteurs, la confusion règne dans la communauté scientifique, parmi les décideurs et dans le grand public. Le terme « sexe » renvoie à « une classification, généralement masculine ou féminine, établie en vertu des organes reproducteurs ou des fonctions qui découlent du complément chromosomique ». Le « genre » s'applique à « l'image que les individus ont d'eux-mêmes, en tant qu'homme ou femme [ou une quelconque troisième catégorie], ou à la façon dont les institutions sociales traitent ces personnes en fonction de la présentation de leur genre ».

Le sexe renvoie aux différences biologiques entre les femmes et les hommes. Les différences sexuelles ont trait à la physiologie féminine et masculine.

Le genre se rapporte aux attributs économiques, sociaux, politiques et culturels qui sont associés au fait d'être une femme ou un homme. Le sens que la société confère à la nature féminine ou masculine varie selon les cultures et il évolue au fil du temps.¹³ Le genre est l'expression socio-culturelle des caractéristiques et des rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

La santé de la reproduction¹⁴ « est un état de bien-être total tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, l'aptitude à la procréation, et la liberté et la possibilité de décider si et quand on veut avoir des enfants. Cela implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et d'utiliser celle qui leur convient ou toute autre méthode de régulation de la fertilité qui ne soit pas illégale, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. »¹⁵

¹³ DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation (Paris: OECD, 1998).

¹⁴ Politique de l'USAID à l'égard de la planification familiale et de la santé de la reproduction : le Bureau Population et Santé de la reproduction de l'USAID prête son concours aux activités menées en matière de planification familiale et de santé de la reproduction. Celles-ci concernent, entre autres, le couplage de services de planification familiale et de maternité, l'octroi de services et d'informations en rapport avec le VIH/SIDA et les MST, l'élimination de l'excision féminine et les soins après un avortement. Toute référence dans le présent Manuel à la santé de la reproduction ainsi qu'aux soins et aux services dans ce domaine s'applique à l'éventail de ces activités. L'USAID n'a pas le droit d'allouer des fonds à la pratique de l'avortement comme méthode de planification familiale et elle n'a pas le droit non plus d'inciter ni d'obliger qui que ce soit à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse.

L'USAID a défini la planification familiale et la santé de la reproduction à l'Appendice 4 d'un document intitulé *Guidance on the Definition and Use of the Child Survival and Health Program Funds*, en date du 1^{er} mai 2002. En voici les principaux éléments : élargir l'accès à l'information et aux services de planification familiale et en accroître l'utilisation ; appuyer l'achat et l'approvisionnement de contraceptifs et de matières connexes ; rehausser la qualité de l'information et des services de planification familiale ; accroître la demande d'information et de services dans ce domaine ; élargir les options en matière de régulation de la fertilité et d'organisation de l'information et des services de planification familiale ; intégrer l'information et les services de planification familiale à d'autres activités dans le domaine de la santé ; et venir en aide aux individus et aux couples qui ont du mal à concevoir. Le mot « choix », tel qu'il est utilisé dans le présent Manuel, renvoie *exclusivement à la capacité qu'a l'individu d'exercer des options vis-à-vis des éléments qui sont contenus dans la définition de la santé de la reproduction retenue par l'USAID.*

¹⁵ Platform for Action, Fourth World Conference on Women (Quatrième conférence mondiale sur les femmes) (Beijing : ONU, 1995) : paragraphe 94 (en anglais).

PRINCIPES DIRECTEURS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

Selon le Programme d'action de la CIPD, « les programmes de santé en matière de reproduction devraient être axés sur les besoins propres aux femmes, y compris à ceux des adolescents, et doivent faire participer celles-ci à l'encadrement, la planification, la prise de décisions, la gestion, l'application, l'organisation et l'évaluation des services... »¹⁶ Au vu de ce mandat, un programme de SR qui intègre avec succès la dimension de genre a pour effet de promouvoir l'autonomisation des femmes et d'appuyer les objectifs d'équité/d'égalité, ce qui entraîne l'amélioration des résultats pour tous en matière de SR et de VIH/SIDA.

Pour être équitables, les services et les programmes de SR et de VIH/SIDA doivent se concentrer sur les besoins divergents des femmes, des hommes, des adolescents et des communautés. Et pour éliminer les disparités entre les genres, il faut faire activement participer les hommes et les femmes à la prise des décisions en matière de procréation et de sexualité. En outre, il est essentiel d'impliquer les adolescents des deux sexes et de répondre à leurs attentes si l'on veut parvenir à des résultats durables et équitables en matière de santé de la reproduction.

A en juger d'après l'expérience d'un certain nombre de programmes à travers le monde, cinq principes s'avèrent fondamentaux pour les programmes de SR et de VIH/SIDA qui intègrent le genre. Il faut : 1) œuvrer dans le cadre de partenariats avec la communauté ; 2) appuyer la diversité et le respect ; 3) encourager la responsabilisation en matière de genre ; 4) promouvoir les droits de la personne, y compris en matière de procréation ; et 5) autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés. Décrits ci-après, ces principes directeurs appuient l'accès à des services de haute qualité, le choix individuel et la durabilité des programmes.

Agir à travers des partenariats locaux

Les programmes de SR et de VIH/SIDA qui obtiennent de bons résultats reconnaissent la valeur et les atouts des partenariats avec les communautés locales. Ils reconnaissent que la capacité et l'expertise dans le domaine de la conception, de l'exécution et de l'évaluation de solides programmes dans ce domaine se trouvent à l'échelon local. A ce titre, ils cherchent à nouer des relations mutuellement bénéfiques avec tous les éléments de la communauté qui sont directement concernés par l'amélioration des résultats en matière de SR et de VIH/SIDA pour les femmes, les hommes et les jeunes. L'établissement de partenariats dès les premiers temps et à toutes les étapes du cycle des programmes accroît le sentiment de prise en charge et de contrôle à l'échelon local, ce qui a un effet favorable sur la pérennité des programmes.

Appuyer la diversité et le respect

Si la culture, la religion, l'ethnicité et la classe définissent le contexte dans lequel s'élaborent les rôles de genre, ce sont souvent les aspects négatifs de ces facteurs qui sont mis en relief dans les programmes. En s'attachant à la culture comme ressource capable de favoriser le changement, les programmes de SR et de VIH/SIDA peuvent faire progresser l'équité/l'égalité des genres d'autant plus efficacement qu'ils agissent en partenariat avec les communautés locales. Les programmes de qualité dans ce domaine reconnaissent, respectent et mettent à profit la diversité culturelle, religieuse, ethnique, sociale et raciale de leurs clients, de leurs communautés, de leur personnel, de leurs partenaires et de leurs donateurs. Les études de cas ReproSalud, Tostan et Sonagachi présentées au Chapitre 4 illustrent la façon dont les

¹⁶ CIPD, VII, 7.

programmes de SR et de VIH/SIDA peuvent œuvrer au sein de contextes culturels dynamiques en liaison étroite avec les communautés locales en vue de parvenir à l'équité entre les genres.

Encourager la responsabilisation

Les programmes qui obtiennent des résultats durables et équitables en matière de SR tiennent toutes les parties concernées responsables de la réalisation des objectifs d'équité/d'égalité de genre tout au long de l'exécution, comme ils les tiennent responsables d'autres résultats dans ce domaine. Ces objectifs regroupent, sans en exclure d'autres, la réduction des disparités entre les genres qui affectent la santé des hommes et des femmes ; le renforcement du pouvoir de décisions des femmes ; l'élimination des politiques discriminatoires et le recul de la violence motivée par des considérations de genre.

La responsabilisation aide à modifier le comportement, et le personnel doit rendre des comptes vis-à-vis de l'intégration du genre. Tout le personnel est concerné : la personne à la réception, qui accueille les clients de manière respectueuse ; le prestataire, qui répond aux besoins de la clientèle de manière holistique ; le bailleur de fonds, qui tient les personnes chargées de l'exécution véritablement responsables des résultats obtenus en matière d'équité/d'égalité de genre ; les décideurs en matière de politiques et de finances, qui allouent les fonds de manière responsable ; et les chercheurs, qui se donnent pour tâche de mesurer les incidences du genre sur les services, les programmes et divers objectifs de développement. Le fait de tenir tout un chacun responsable de promouvoir l'équité/l'égalité des genres au sein d'une organisation a pour effet de rehausser l'importance de ces objectifs dans le cadre des programmes, de témoigner un engagement institutionnel, de créer un environnement coopératif et, surtout d'améliorer les résultats en matière de SR et de VIH/SIDA.

Promouvoir les droits des personnes et des groupes

Pour avoir des chances d'aboutir, les programmes de SR et de VIH/SIDA doivent prendre conscience des objectifs complémentaires que sont l'équité/l'égalité des genres, les droits de la personne et les droits en matière de procréation (cf. Appendice 2) et ils doivent s'y rattacher. Les programmes qui intègrent la dimension de genre appuient le droit aux soins de santé adéquats et le droit à l'auto-détermination en matière de procréation face à des relations de puissance inégales sur la base desquelles les femmes se voient refuser leurs droits liés à la procréation. Les programmes équitables s'emploient à promouvoir, à surveiller, à exécuter et à faire respecter les normes relatives aux droits de la personne qui sont en rapport avec la santé de la reproduction. En outre, une approche axée sur les droits de la personne et les droits liés à la procréation guide la formulation et la réforme des politiques, la recherche, les interventions des programmes et la prestation des services dans la logique de l'intégration du genre. Les partenaires et les pays qui abordent la santé de la reproduction sous l'angle des droits de la personne braquent l'attention sur les questions de santé publique en faisant participer directement les clients aux décisions qui les concernent en la matière.

Autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés

Un programme de qualité en matière de SR et de VIH/SIDA repose sur la notion que les participants et les communautés ont les compétences, les connaissances et le pouvoir nécessaires à la prise de décisions éclairées. L'autonomisation est « la capacité soutenue qu'ont les individus et les organisations de décider librement, en toute connaissance de cause et de manière autonome comment ils peuvent le mieux servir leur intérêt personnel stratégique ainsi que celui de la

société tandis qu'ils s'efforcent d'améliorer leur qualité de vie ». ¹⁷ En œuvrant en collaboration avec les femmes, les hommes, les jeunes et leurs communautés, les programmes qui intègrent la dimension du genre créent un environnement propice à l'autonomisation des individus et des groupes.

Les principes directeurs présentés dans ce chapitre forment la clé de voûte des programmes équitables. Les éléments qui seront discutés au chapitre suivant représentent les stratégies concrètes de mise en œuvre de ces principes. Les études de cas présentées au Chapitre 4 illustrent les principes du genre et certains de ses éléments.

Autonomisation des femmes : Améliorer leur condition, c'est aussi donner aux femmes une capacité accrue de prise de décisions à tous les niveaux, en particulier en ce qui concerne leur sexualité et leur santé de la reproduction. L'expérience et la recherche démontrent que les programmes de SR et de VIH/SIDA sont d'autant plus efficaces quand ils prennent des mesures propres à améliorer la condition féminine. ¹⁸ Les efforts programmatiques visant à l'autonomisation des femmes créent un environnement propice à la mise en place de service élargis et liés qui tiennent compte des dimensions sociales, politiques, psychologiques, économiques et sexuelles de la santé et du bien-être des femmes.

Participation des hommes : Les rôles de genre présentent souvent des contraintes pour les hommes aussi bien que pour les femmes. Comme les actions et les comportements des hommes

affectent à la fois leur santé et celle de leur partenaire et de leurs enfants, les programmes équitables aident les hommes à comprendre cet aspect. Tout en encourageant la prise de décisions par les femmes en matière de SR, ces programmes amènent les hommes à se solidariser davantage avec les femmes dans ce domaine ainsi qu'avec le bien-être des enfants, en même temps qu'ils tentent de répondre aux besoins spécifiques des hommes en matière de procréation. Les programmes de SR et de VIH/SIDA qui intègrent le genre tiennent compte de la perspective des hommes dans la conception des programmes ; ils aident les hommes à se sentir à l'aise dans les dispensaires ; ils offrent un éventail élargi d'informations et de services tant aux femmes qu'aux hommes, et ils présentent les hommes sous un jour positif. Le plus important, c'est que les programmes qui font participer les hommes visent à promouvoir l'égalité des genres dans toutes les sphères de la vie. ¹⁹

¹⁷ CEDPA, *Gender, Reproductive Health, and Advocacy* (Washington, DC: CEDPA, 2000). Les concepts discutés dans cette section sont tirés de plusieurs publications du CEDPA, dont certaines, comme *Genre et développement* (1999) et *Plaidoyer* (1999), existent en français.

¹⁸ CIPD, 1994.

¹⁹ UNDP, 1994.

Autonomisation des jeunes : Le fait d'investir stratégiquement et délibérément dans le bien-être des jeunes (garçons et filles) peut entraîner des changements spectaculaires dans leur comportement individuel et social, en particulier en ce qui concerne les questions de SR et de VIH/SIDA. Le fait de différer le premier rapport sexuel ou l'utilisation accrue du préservatif et de la contraception en sont des exemples. Les programmes efficaces intègrent les visions, les perceptions et les besoins des diverses populations de jeunes et « cherchent activement à faire participer les jeunes à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des activités de développement qui ont des répercussions directes sur leur vie quotidienne ». ²⁰

Autonomisation des communautés : Comme on l'a vu précédemment, la prise en charge par la communauté est la clé d'un développement durable. De surcroît, l'autonomisation des communautés découle de la création d'environnements propices aux changements positifs (notamment en ce qui concerne l'amélioration des comportements et des résultats dans le domaine de la SR) et de la mise en place de processus délibérés et participatifs qui font intervenir les institutions locales, les dirigeants locaux, les groupes communautaires et les membres de la communauté à titre individuel. Pour qu'un changement soutenu se produise, il faut que l'environnement au foyer et dans la communauté soit propice à la capacité d'action et de choix de l'individu.

²⁰ CEDPA, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, 2001).

ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

L'examen des programmes qui intègrent la dimension de genre démontre l'importance qu'il y a non seulement d'être conscient des principes directeurs définis au chapitre précédent, mais aussi de les traduire dans la pratique sous la forme d'éléments des programmes. Les éléments cités dans ce chapitre revenaient fréquemment dans les projets intégrés qui ont été passés en revue en vue de la préparation du Manuel.

ELEMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DE GENRE

- **Objectifs et indicateurs de performance précis en matière d'équité/d'égalité ;**
- **Participation équitable et à tous les niveaux ;**
- **Encouragement de relations équitables ;**
- **Plaidoyer ;**
- **Création de coalitions ;**
- **Couplages multisectoriels ;**
- **Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus ;**
- **Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre.**

L'intégration de ces principes à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes aidera les responsables et le personnel technique à formuler et à suivre des résultats mesurables et elle maximisera la portée de tous les résultats des programmes.

Objectifs et indicateurs de performance en matière d'équité/d'égalité des genres

Les programmes de SR qui rehaussent l'équité/l'égalité des genres sont davantage capables de produire des résultats positifs durables. S'il n'est pas toujours nécessaire de définir des objectifs qui visent spécifiquement le genre, il n'en demeure pas moins vrai que les programmes de SR gagneront à prendre un engagement vis-à-vis de l'équité/l'égalité en tenant compte des rôles et des identités de genre dans les résultats intermédiaires et les activités. La plupart des objectifs en matière de SR sont liés à des résultats précis sur le plan du genre, lesquels mettent en relief l'importance, les incidences et la pérennité du programme. Par exemple, un programme relatif au VIH/SIDA peut se fixer pour objectif d'accroître de 50 pour cent l'utilisation des préservatifs féminin et masculin au cours d'une période de trois ans. Le programme de SR sera d'autant plus susceptible d'atteindre et de maintenir ses résultats pour la santé qu'il aura défini un objectif subsidiaire à l'égard du genre, par exemple la capacité accrue des femmes de négocier des rapports sexuels à moindre risque ou la volonté accrue des hommes de partager la prise de décisions avec les femmes. La plupart des programmes qui intègrent le genre tentent de formuler, de suivre et d'évaluer les résultats relatifs au genre ainsi que leurs incidences sur d'autres résultats du programme (cf. Etape 1 au Chapitre 4).

Les objectifs et indicateurs de performance en matière d'équité/d'égalité des genres permettent :

- de mesurer le caractère équitable de la participation ainsi que les résultats ;
- d'assurer la pérennité des résultats en matière de SR et de VIH/SIDA ; et
- de réduire les barrières à l'accès et à l'utilisation des services qui sont liées au genre.

Participation équitable et engagement à tous les niveaux

Les programmes qui intègrent la dimension de genre mettent en relief la participation équitable des femmes et d'autres groupes sous-représentés (tels les minorités ethniques, les adolescents, les travailleurs et travailleuses du sexe et les personnes à l'orientation sexuelle différente) à la conception des programmes, à la prise de décisions et à l'établissement de priorités. Dans bien des endroits, la discrimination raciale, ethnique et économique désautonomise les hommes comme les femmes. Souvent, les facteurs de désautonomisation se doublent d'un effet négatif sur les relations de puissance entre les sexes. Les programmes qui intègrent le genre tentent de s'attaquer aux nombreux facteurs qui ont un effet discriminatoire sur les femmes, les hommes et les jeunes. Les projets qui mettent les femmes et autres groupes marginalisés au centre du programme peuvent stimuler les interactions entre les parties prenantes, tels les participants visés, les responsables gouvernementaux, les ONG spécialisées dans la santé et les droits des femmes, et les groupes communautaires. Les processus de conception et d'exécution des programmes à caractère participatif lient les interventions aux préoccupations de la communauté et ils créent un sentiment de prise en charge locale. L'encouragement d'un dialogue sur la santé de la reproduction dans le contexte de l'équité/l'égalité des genres facilite le partage des responsabilités et de la responsabilisation parmi les membres de la communauté (cf. l'exemple de participation communautaire cité dans l'Etape 3, Chapitre 4).

La participation équitable favorise :

- l'écoute des femmes et des autres groupes marginalisés et leur intégration à la prise des décisions relative à leur santé de la reproduction ;
- l'inclusion sociale généralisée de tout un éventail de parties prenantes ;
- un sentiment de partage des responsabilités et de la prise en charge locale du projet par les participants ;
- la souplesse et la réceptivité de la part du personnel vis-à-vis des connaissances, de l'intérêt et des préoccupations des participants.

L'encouragement de relations équitables

Le déséquilibre des relations de puissance entre partenaires sexuels, entre membres d'une communauté et entre clients et prestataires, entrave souvent l'accès des femmes et des hommes aux services de haute qualité en matière de SR et de VIH/SIDA. Le programme d'action de la CIPD et le mouvement en faveur de la santé des femmes nous ont montré que la présence d'un ensemble de conditions économiques et sociales propices était nécessaire à une bonne santé de la reproduction ; une stratégie pour y parvenir consiste à mettre l'accent sur les relations. La façon dont les gens se situent les uns par rapport aux autres peut aider à déterminer comment les femmes et les hommes définissent leurs besoins en matière de santé et comment ils agissent en conséquence. En examinant les relations et en pensant aux moyens de favoriser des partenariats équitables, on peut encourager l'autonomisation au sein même des programmes de SR et de VIH/SIDA.

Il est tout aussi important d'examiner les relations de genre entre les prestataires de services et leurs superviseurs que celles qui existent entre les prestataires et leurs clients. L'examen des programmes qui intègrent le genre révèle que ces programmes, en collaboration avec les bénéficiaires, s'efforcent de définir les compétences et les informations dont les clients ont besoin pour communiquer leurs préoccupations et leurs besoins aux prestataires. En outre, ces programmes travaillent avec les prestataires pour cerner les compétences qui leur permettraient d'avoir des relations plus ouvertes avec leurs clients et de créer les conditions nécessaires à l'existence d'un environnement positif (cf. les exemples de la renégociation du pouvoir cités aux Etapes 1 et 3, Chapitre 4).

L'encouragement de relations équitables permet :

- une meilleure communication et une prise de décisions plus équitable entre partenaires sexuels ;
- amélioration de la communication entre clients et prestataires des services de santé ;
- amélioration des conditions de travail des prestataires, indépendamment de leur position et de leur niveau de formation ;
- rehaussement de la qualité et utilisation accrue des services.

Plaidoyer

Les programmes qui intègrent le genre incorporent des processus qui donnent aux femmes, aux jeunes et aux hommes, dans tous les segments de la société, les moyens de plaider leurs droits. Ces programmes créent un environnement propice à la modification des comportements, des normes communautaires et des politiques régionales et nationales. Les activités de plaidoyer aident les participants à évaluer et à renégocier leurs relations vis-à-vis des prestataires de services ainsi qu'à se doter des compétences nécessaires en matière d'organisation et de négociation afin qu'ils puissent faire valoir leurs besoins auprès des décideurs. Clients et prestataires gagneraient peut-être à suivre une formation pour apprendre à plaider en faveur de services de qualité, à forger des relations avec les organisations sanitaires et à organiser les membres de la communauté afin de les amener à renégocier les relations de genre qui ont un effet négatif sur les comportements liés à la santé (cf. l'exemple des approches en matière de plaidoyer citées aux Etapes 1, 3, 4 et 6 du Chapitre 4).

Les activités de plaidoyer aident à :

- autonomiser les femmes, les jeunes et les hommes dans les négociations avec les prestataires de services et les décideurs ;
- informer les bénéficiaires sur leurs droits ;

- développer les compétences des participants sur le plan de l'organisation, de l'art de parler en public et du lobbyisme ;
- renforcer la capacité des participants d'articuler et de promouvoir leurs droits dans des sphères publiques ;
- promouvoir le dialogue entre un large éventail de parties prenantes et de décideurs.

Création de coalitions

La création de coalitions constitue un pas de plus en avant. Les coalitions permettent à des groupes divers, en particulier ceux qui sont traditionnellement marginalisés en matière de participation politique, de faire cause commune et de poursuivre systématiquement un ensemble ciblé de mesures à l'appui d'un objectif spécifique. Les démarches des coalitions revêtent un caractère stratégique et elles ont pour but d'atteindre les décideurs en vue de la modification des aspects programmatiques ou des politiques spécifiques. La création de coalitions est une façon efficace de représenter les femmes et les autres populations désautonomisées ou marginalisées et de leur donner voix au chapitre, ce qui leur permet de participer directement à la vie politique. La tâche délicate de la formation d'un consensus entre des groupes divers exige le libre échange des idées, des relations équitables entre les participants sans considération de genre et la focalisation sur un tronc commun d'objectifs. A terme, le processus vise à renforcer la position des groupes sous-représentés sur la scène politique, tels les minorités ethniques, les jeunes gens et les jeunes femmes, pour qu'ils puissent faire valoir leurs intérêts en matière de soins de santé, en public comme en privé (cf. l'exemple de projets à l'appui de la création de coalitions qui sont cités aux Etapes 1, 3 et 4 du Chapitre 4).

La création de coalitions encourage :

- l'établissement de liens, autour d'intérêts communs, parmi différents groupes de la société civile ;
- un processus d'élaboration d'un consensus parmi divers groupes et de communication aux décideurs des intérêts communs de ces groupes ;
- l'adoption de politiques et de programmes responsables et sensibles à l'intérêt collectif.

Couplages multisectoriels

Une démarche multisectorielle encourage la synergie²¹ entre les différents secteurs, en conjuguant souvent les services de santé à des interventions axées sur l'autonomisation économique des femmes, l'alphabétisme, la participation politique et la mobilité. Par le biais d'une approche multisectorielle, on peut s'attaquer à de nombreux obstacles responsables de la désautonomisation des femmes et aux facteurs complexes d'une mauvaise santé de la reproduction. Pour créer les conditions propices au changement, un projet qui intègre la notion de genre doit posséder une bonne compréhension contextuelle de l'environnement dans lequel il compte agir. En outre, il doit évaluer les contraintes essentielles d'une situation particulière, comprendre le meilleur moyen d'y faire face et déterminer la façon de construire des couplages efficaces (cf. l'exemple de projets comportant des couplages multisectoriels qui sont cités aux Etapes 1, 3, 5 et 6, Chapitre 4).²²

Les couplages multisectoriels encouragent :

- l'attention portée au contexte et à l'environnement dans lesquels le projet se déroule ;
- l'attention portée aux aspects multidimensionnels de la dynamique du pouvoir qui empêchent les femmes d'accéder aux ressources et aux services ;
- la synergie entre les différents types d'interventions, par exemple entre les soins de santé et l'éducation, et les activités rémunératrices.

Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus

Les relations de genre dépassent le cadre de la cellule familiale et elles s'étendent à de nombreux contextes sociaux, tels la famille élargie, les groupes communautaires et, par-delà la communauté, aux relations avec les services de santé, les employeurs et les chefs politiques. Les projets qui intègrent le genre permettent aux individus de négocier les nouvelles informations et les comportements relativement aux normes existantes dans divers contextes sociaux. L'expérience nous a appris que les femmes qui bénéficient de l'appui d'organisations sociales (groupes communautaires, religieux, politiques et familiaux, etc.) sont plus susceptibles de modifier leurs stratégies personnelles en matière de SR et de VIH/SIDA que les personnes qui ne participent pas activement à des organisations féminines. Des conclusions similaires commencent à se dégager quant à l'importance des organisations capables d'amener les adolescents et les hommes à changer d'attitude et de comportement. Les activités de plaidoyer par le biais de groupes sociaux et de leurs dirigeants peuvent assurer la création d'un contexte favorable au changement des valeurs et des normes, les individus pouvant alors prendre de nouvelles décisions en ce qui concerne leur comportement.

²¹ Ce terme s'applique aux effets positifs qui associent l'action réciproque d'au moins deux types d'interventions. Par exemple, les activités qui accroissent le revenu d'un ménage peuvent aussi améliorer la santé des membres de la famille en éliminant un obstacle économique à l'accès aux soins de santé. En retour, l'amélioration de la santé des membres de la famille peut accroître le revenu en diminuant les absences sur le lieu de travail pour cause de maladie.

²² Pour une discussion des incidences des approches multisectorielles sur le genre et la santé de la reproduction, cf. I. Syed Hashemi, Sidney Schuler, and Ann P. Riley, "Rural Credit Programs and Women's Empowerment in Bangladesh," *World Development* 24, no. 1 (1996) 45-63.

Les projets qui encouragent l'appui de la communauté au choix des individus en matière de reproduction et à la prise de décisions dans ce domaine s'intéressent d'abord à l'image que se font les femmes et les hommes de leur corps, de leur sexualité, de leur santé et de leurs priorités. Les projets axés sur le genre introduisent de nouvelles connaissances en offrant des explications et des solutions de rechange à des problèmes auto-identifiés. Si elle a pour objectif d'aider les individus à adopter des pratiques positives en matière de santé, cette approche reconnaît l'importance qu'il y a d'influencer les normes sociales et de fournir un appui social en faveur du changement du comportement des individus. Par le biais du dialogue entre les éducateurs sanitaires et les membres du groupe, le groupe est en mesure d'évaluer et de formuler de nouvelles visions et approches en matière de SR et de relations de genre, ce qui permet aux individus de faire des choix indépendants et éclairés et de modifier certains aspects de leur vie (cf. les exemples d'appui de la communauté au choix individuel qui sont cités aux Etapes 1,3 et 6 du Chapitre 4).

L'appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus encourage :

- de nouvelles approches en matière d'IEC/de changement de comportement qui soient respectueuses des croyances des participants et qui leur fournissent des connaissances parallèles afin qu'ils comprennent le fonctionnement de leur corps et des mécanismes de la reproduction ;
- la reconnaissance de l'hétérogénéité des communautés et de la diversité des vues des individus et des groupes de la communauté ;
- le soutien des individus pour qu'ils négocient de nouvelles informations et de nouveaux comportements en fonction des normes de la communauté.

Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre

L'attachement des institutions à l'équité/l'égalité des genres garantit que l'intégration du genre dans les programmes se verra accorder un haut rang de priorité à tous les niveaux de l'administration des programmes. Les programmes intégrés relativement au genre tiennent compte des déséquilibres sexospécifiques au sein de la structure institutionnelle, des postes de direction et de la gestion des programmes. Les responsables sont soucieux des questions d'équité/d'égalité des genres en ce qui concerne la composition du personnel, les possibilités de promotion, les salaires et les prestations d'emploi, et ils veillent à ce que les autres politiques et la culture de l'institution dans son ensemble appuient l'égalité des chances, la participation et la prise de décisions.²³

L'engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre se traduit par :

- des politiques équitables à l'appui de l'égalité des chances pour les femmes et pour les hommes en matière de promotion et de rémunération, à travail comparable ;
- le partage des responsabilités et des postes de commandement entre tous les membres du personnel en ce qui concerne la conception et l'exécution de programmes équitables quant au genre ;
- un environnement sans discrimination et respectueux de la diversité des styles de travail et de gestion ;
- l'investissement dans les analyses de genre, la planification et la formation ;
- l'inclusion de critères d'intégration du genre dans les évaluations du rendement au travail.

²³ Le lecteur qui a besoin d'un guide sur la façon d'effectuer un audit institutionnel de genre peut consulter Patricia Morris, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 2001).

EXERCICE 1

Les organisations pourraient remplir la matrice ci-après pour faire le point de leur situation en ce qui concerne l'intégration des principes directeurs et des éléments afférents dans leurs programmes. C'est un bon point de départ à des discussions sur la façon dont les institutions peuvent procéder en la matière.

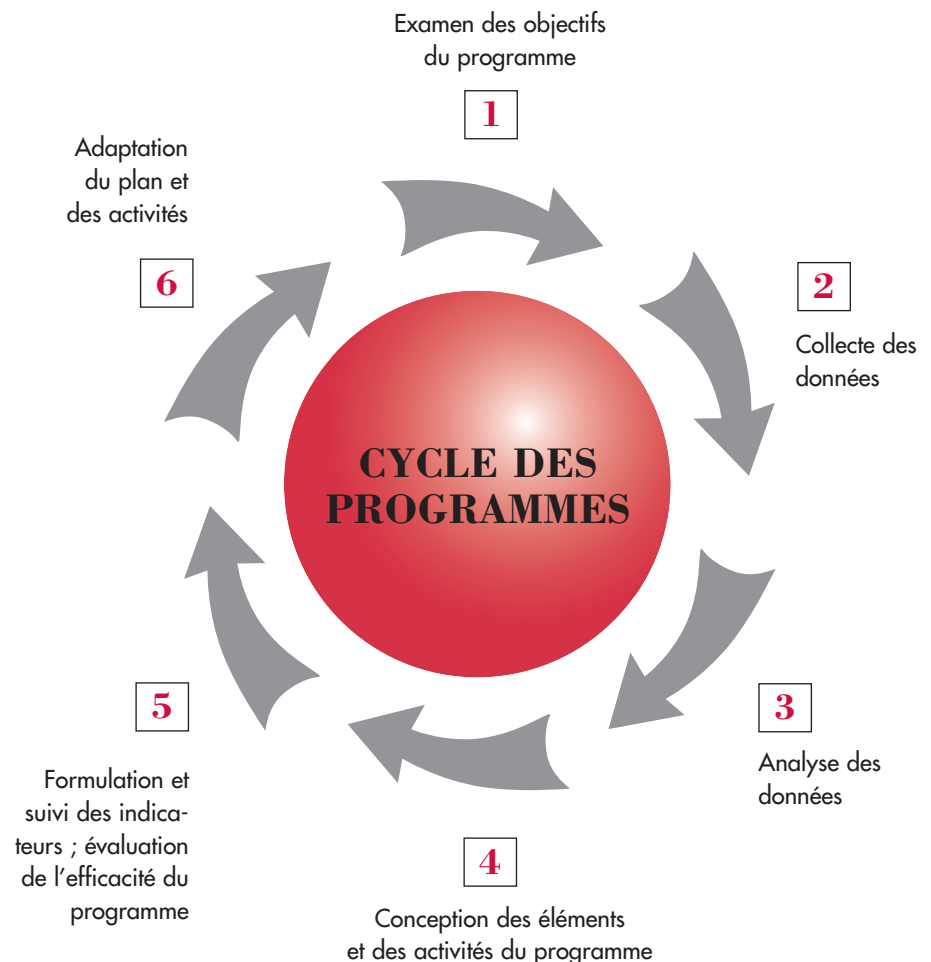
IDENTIFICATION DES PRINCIPES DIRECTEURS ET DES ÉLÉMENTS D'UN PROGRAMME QUI INTEGRE LA DIMENSION DU GENRE

Principes	Présents dans ce projet (donner un exemple)	Absents dans ce projet
<ol style="list-style-type: none">1. Travailler dans le cadre de partenariats locaux2. Appuyer la diversité et le respect3. Encourager la responsabilisation4. Promouvoir le respect des droits des individus et des groupes5. Autonomiser les femmes, les hommes, les jeunes et les communautés		
Éléments	Présents dans ce projet (donner un exemple)	Absents dans ce projet
<ol style="list-style-type: none">1. Objectifs spécifiques d'équité/d'égalité des genres et indicateurs de performance2. Participation équitable et engagement à tous les niveaux3. Encouragement de relations équitables4. Plaidoyer5. Création de coalitions6. Couplages multisectoriels7. Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus8. Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre		

INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES

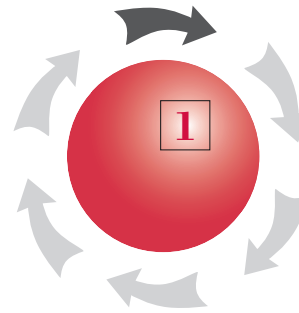
L'intégration de la dimension de genre dans les programmes comporte une série d'étapes séquentielles et itératives. La conception d'un programme intégré quant au genre se caractérise par sa souplesse et par sa réceptivité à la rétro-information sur les progrès enregistrés et les problèmes rencontrés. Elle est également sensible aux changements observés en matière de relations interpersonnelles, de ressources et d'accès à l'information. Le Chapitre 4 présente des exemples tirés de programmes réels qui ont su intégrer la perspective ou des éléments de genre à la conception, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation. Des études de cas illustrent la façon dont ces programmes ont répondu à un échantillonnage de questions basées sur le genre à diverses étapes du cycle des programmes. En outre, elles mettent en relief les divers éléments de genre qui faisaient partie de l'approche intégrée adoptée par chaque programme. Chaque étude de cas est présentée à titre d'illustration seulement ; il ne faut pas y voir l'analyse complète des résultats du programme. Nous proposons à la fin de ce chapitre une matrice qui fait le point des diverses étapes de l'intégration du genre.

Alors que les étapes définies dans le présent chapitre mettent en relief des questions et des actions ponctuelles en matière d'intégration du genre aux programmes, elles s'insèrent dans le cadre global de la conception et de l'exécution d'un programme. Il ne s'agit pas de les appliquer à part.



LES ETAPES A SUIVRE PAR LES PROGRAMMES POUR INTEGRER LA DIMENSION DE GENRE

- 1. Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.**
- 2. Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.**
- 3. Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.**
- 4. Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre ;**
- 5. Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre ;**
- 6. Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.**



ETAPE 1 : Examiner les objectifs du programme à la lumière des considérations de genre ; les reformuler en renforçant la synergie entre le genre et la santé ; identifier les participants, les clients et les parties prenantes.

Examiner les objectifs

Examiner les objectifs généraux du programme à la lumière des relations, des rôles et des identités de genre observés parmi les participants. Y a-t-il des aspects des objectifs, abstraits ou concrets, qui seront affectés par les relations, les rôles ou les identités de genre à l'échelon local ? La conception d'activités qui favorisent l'intégration du genre aux programmes commence par l'identification des participants et des parties prenantes.

Pour évaluer à fond les besoins et les priorités des participants, il faut recueillir des informations auprès d'un vaste échantillon représentatif de participants et de groupes d'intérêt potentiels, dont des hommes et des femmes de tous âges, issus de groupes ethniques et de milieux socio-économiques divers. Les différences sociales et économiques parmi ces groupes affecteront probablement l'accès et le recours à l'information et aux services. Par exemple, si l'information en matière de santé n'est pas adéquatement adaptée à la diversité des intérêts et du niveau d'instruction des femmes, des hommes, et des adolescents des deux sexes, ces groupes s'abstiendront peut-être d'accéder aux services. Les responsables de programmes et le personnel technique gageront à se poser les questions suivantes :

- Qui sont les participants directs du programme ? Ont-ils contribué à définir les objectifs et à concevoir les activités du programme ?
- Y a-t-il d'autres parties prenantes qui pourraient plaider en faveur du programme, ou au contraire s'y opposer ? Ont-elles été consultées ?
- Le personnel du programme a-t-il tenu compte de la façon dont les différences sur le plan du sexe, de l'âge, du milieu socio-économique et de l'ethnicité des participants et des parties prenantes pourraient affecter leur capacité d'exprimer leur opinion, de prendre des décisions ou d'accéder à l'information et aux services ?
- Quels sont les rôles et les responsabilités des femmes et des hommes qui affecteront les résultats du programme et la distribution de ses bienfaits ? Les femmes et les hommes contrôlent-ils des types et des niveaux de ressources différents ? Ont-ils chacun des besoins, des désirs, des intérêts et des capacités qui leur permettent de prendre des décisions et d'exprimer des opinions ?
- Certains des éléments du programme seront-ils affectés par les relations, les rôles ou les identités de genre à l'échelon local ?
- Quels sont les tabous ou les obstacles sociaux, juridiques ou culturels qui pourraient empêcher les femmes ou les hommes (ou les adolescents des deux sexes) de participer au projet ?

Formuler des objectifs intermédiaires

Quand on élabore un programme, il serait utile de formuler des objectifs intermédiaires qui tiennent spécifiquement compte des contraintes liées au genre susceptibles d'entraver la réalisation des objectifs stratégiques. Par exemple :

- Si les femmes ont du mal à solliciter des soins prénatals, faute de temps, il faut se fixer un objectif intermédiaire qui tienne compte des contraintes à l'accès liées au genre. On peut ainsi envisager de créer ou de renforcer des services satellites dans des endroits proches de ceux que fréquentent les femmes dans le cadre d'autres activités, c'est-à-dire près de leur lieu de travail ou dans des unités mobiles qui sillonnent les marchés et les communautés, par exemple.
- Si les services d'extension à l'intention des hommes et des adolescents de sexe masculin sont nécessaires pour obtenir leur appui et favoriser l'accès des adolescentes à l'information et aux services de santé de la reproduction (y compris en ce qui concerne les conseils sur l'accès à la planification familiale ou le fait de retarder l'âge de l'initiation sexuelle), il s'avérera peut-être nécessaire de fixer comme objectif intermédiaire « la participation accrue des hommes et des adolescents de sexe masculin aux activités éducatives en matière de SR et de VIH/SIDA ».
- Si les politiques présentent des contraintes liées au genre, par exemple le fait d'exiger le consentement du conjoint pour certaines formes de contraception ou pour le dépistage d'IST, on pourrait envisager un objectif intermédiaire qui porterait sur l'élimination des contraintes en encourageant la modification tant du cadre législatif et réglementaire que de la formation des prestataires des services de santé.

Évaluer la faisabilité

Comme le temps et les ressources lui font souvent défaut, le personnel des programmes, fort de la participation active des participants et de leur communauté, devrait examiner la faisabilité des objectifs à la lumière des ressources financières, humaines et techniques à sa disposition.

Évaluer la faisabilité d'un objectif

- Quelles étapes intermédiaires qui tiennent compte des différences de genre seront-elles à même d'améliorer l'efficacité du programme et de contribuer à une distribution plus équitable de ses bienfaits ?
- Quelles ressources ces étapes nécessitent-elles ? Quels types d'organisations possède les connaissances et les compétences techniques en matière de genre qui sont nécessaires pour aider le programme à parvenir à des résultats équitables dans ce domaine ?
- Qui contrôle les ressources du programme ? Est-il probable que des ressources seront allouées pour corriger les contraintes liées au genre par le biais d'objectifs et d'activités intermédiaires ? Qui faut-il influencer et de quelle manière ?
- Quelles tâches (officielles et officieuses) sont essentielles pour atteindre les résultats escomptés ? Quelles sont celles qui sont accomplies par les femmes et celles qui sont accomplies par les hommes ? Est-ce que la division du travail selon le genre parmi le personnel du programme, les prestataires des services ou les agents publics risque d'affecter la capacité du projet de parvenir à une plus grande équité/égalité des genres dans le cadre du programme ?

ORGANISME D'EXECUTION

En septembre 1995, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID) a conclu un accord de coopération avec l'ONG féministe péruvienne *Movimiento Manuela Ramos* en vertu duquel cette dernière a été chargée d'exécuter un projet de santé de la reproduction au niveau communautaire, connu sous le nom de ReproSalud.

PROBLEME A RESOUDRE

La progression notable, au niveau national, du recours aux services de santé de la reproduction et de la prévalence des contraceptifs, de même que le recul de la fécondité, ne se sont pas vraiment fait sentir en milieu rural. Les modalités classiques de la prestation des services ne tiennent pas suffisamment compte des obstacles structurels — notamment sociaux, culturels et sexospécifiques — auxquels se heurtent les Péruviens et les Péruviennes des zones rurales pauvres. Faute d'accès à l'information et aux soins, il leur est difficile de faire des choix éclairés en matière de SR. Le projet ReproSalud a été conçu précisément pour faire face aux obstacles structurels les plus critiques en la matière, dont l'inégalité des genres, la divergence des conceptions culturelles de la santé et de la physiologie de la part des clients et des prestataires, les préjugés ethniques et de classe et la pauvreté.

OBJECTIFS

Par le biais d'une méthodologie novatrice et intersectorielle, ReproSalud se propose :

- d'améliorer la santé de la reproduction des Péruviennes en milieu rural et péri-urbain ;
- de satisfaire simultanément les besoins pratiques des femmes et leurs intérêts stratégiques liés au genre.

A cette fin, le projet s'emploie :

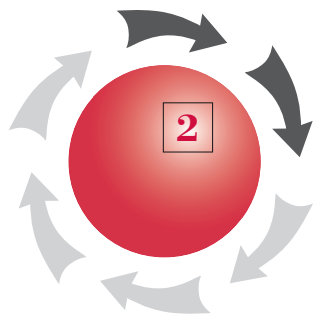
- à accroître l'utilisation par les femmes des mesures et des services prophylactiques en matière de SR et de VIH/SIDA ;
- à faire activement participer les femmes à l'identification, au classement par rang de priorité et au règlement de leurs problèmes liés à la SR ainsi qu'à la détermination et à la négociation des conditions dans lesquels sont dispensés les services en matière de SR et de VIH/SIDA ;
- à veiller à ce que le système de santé publique incorpore les perspectives des femmes à la prestation des soins et qu'il institutionnalise la participation de celles-ci à la conception et à l'exécution des services du ministère de la Santé afin que les services de santé soient plus à même de répondre aux besoins des femmes.

²⁴ Cette section a été rédigée à partir des rapports suivants : Amalia Alberti, Deborah Caro et al., *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTECH Project, 1998); Anna-Britt Coe, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, 2001); Susana Galdos and Barbara Feringa, "Two Years on the Ground: ReproSalud through Women's Eyes," (rapport présenté à l'USAID/Pérou 1999); Judith Bruce and Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000) (www.popcouncil.org).

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 1 : L'EXEMPLE DE « REPROSALUD, PEROU »

QUESTIONS INDICATIVES	REPONSES DU PROJET
<i>Qui sont les participants directs du projet ?</i>	Les participants directs du projet sont les Péruviennes en milieu rural et péri-urbain. Le projet a été conçu de manière à mobiliser les organisations à base communautaire ; à identifier, à classer par rang de priorité et à formuler des solutions aux problèmes qui se posent en matière de SR et de VIH/SIDA. Les femmes participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des sous-projets par le biais de plusieurs mécanismes participatifs.
<i>Les participants potentiels ont-ils contribué à définir les objectifs et à concevoir les activités ?</i>	Le projet a traité les femmes comme des participantes essentielles et il a sollicité d'emblée leurs idées sur les moyens d'influencer les parties prenantes, y compris les prestataires des services de santé à l'échelon local et les autorités locales, en vue de l'amélioration des services. Le projet part du principe selon lequel les femmes, une fois qu'elles auront cerné leurs options de réponse à leurs principales préoccupations en matière de SR et de VIH/SIDA, informeront les dirigeants communautaires et régionaux en vue de les amener à appuyer la tenue de discussions avec les autorités sanitaires régionales sur les moyens d'améliorer la qualité des services.
<i>Y a-t-il d'autres parties prenantes qui pourraient plaider en faveur du programme, ou au contraire s'y opposer ? Ont-elles été consultées ?</i>	Lors des premières étapes de ces consultations, les femmes ont fait part aux coordonnateurs du projet de leur désir de faire participer leurs partenaires masculins dès le début du processus éducatif. Elles ont persuadé les concepteurs du projet que, si les hommes recevaient la même information que les femmes, tous réussiraient d'autant mieux à faire passer leurs messages auprès des autorités locales.
<i>Le personnel du programme a-t-il tenu compte de la façon dont les différences sur le plan du sexe, de l'âge, du milieu socio-économique et de l'ethnicité des participants et des parties prenantes pourraient affecter leur capacité d'exprimer leur opinion, de prendre des décisions ou d'accéder à l'information et aux services ?</i>	D'emblée, l'équipe de ReproSalud a échangé des idées avec les participantes au sujet des informations biomédicales ainsi que des croyances et des pratiques locales, dans la perspective de la culture, du genre et de l'âge. Pour mieux comprendre les variations dans les croyances et les pratiques, le projet a complété les informations recueillies dans le cadre des exercices d'autodiagnostic par un certain nombre d'études anthropologiques menées dans diverses régions du Pérou. Il a été utile aux participantes aussi bien qu'à l'équipe du projet de mieux comprendre les termes employés par les femmes pour parler de leur physiologie et de leurs problèmes de santé. A partir de ces interactions, il a été possible de formuler un langage commun propre à améliorer la communication entre les éducateurs sanitaires et les participantes ainsi qu'entre les prestataires et leurs clientes. Une étude a comparé les concepts de la qualité des soins que se font les prestataires des services de santé et leurs clientes. Elle visait à : <ul style="list-style-type: none"> • identifier les modèles conceptuels de la qualité du point de vue de divers groupes de femmes et des prestataires ; • cerner les points de divergence et de convergence des divers modèles conceptuels pour trouver les stratégies propres à répondre aux besoins des femmes tout en restant dans les limites des politiques nationales en matière de santé ; • analyser la prise des décisions dans les établissements de soins afin de mieux comprendre les contraintes et les possibilités qui existent dans chacun d'entre eux ; • comprendre comment les variations locales des besoins et des priorités sont perçues d'une part par les femmes, et d'autre part à travers les politiques nationales ; • suggérer des priorités régionales.

ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Des groupes de femmes en milieu rural et péri-urbain ont joué des sketches qui avaient pour thème leurs préoccupations les plus pressantes en matière de santé de la reproduction. Comme le projet mettait en valeur les partenariats avec les groupes de femmes, l'équipe du projet a sélectionné ceux qui démontraient leur cohésion et leur sens de la collaboration. • Les représentantes sélectionnées des organisations à base communautaire ont participé, pendant 3 ou 4 jours, à un processus d'autodiagnostic, lequel leur a permis d'explorer les questions qui affectent les femmes de tout âge. Après avoir échangé avec les coordonnateurs du projet des informations sur les croyances et les pratiques en matière de santé, les participantes ont classé leurs préoccupations liées à la SR par rang de priorité et elles ont choisi de concentrer leurs activités d'éducation de la communauté sur les questions les plus critiques. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Plaidoyer</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>
<ul style="list-style-type: none"> • En formant d'emblée des partenariats avec les femmes et en se mettant à leur écoute, le projet s'est rallié à la suggestion des femmes concernant l'organisation de comités régionaux de coordination, composés de femmes, d'hommes et de dirigeants communautaires et régionaux, afin de discuter avec les responsables sanitaires les moyens de rendre les services de santé plus sensibles aux besoins et aux désirs des communautés. L'action des coalitions s'est révélée plus efficace que celle des femmes agissant seules pour ce qui est d'inciter les prestataires à opérer des changements. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Plaidoyer</p> <p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes voulaient modifier les attitudes et les comportements des hommes qu'elles identifiaient comme étant des obstacles à l'amélioration de leur santé. • Le partage des informations encourageait le respect des droits des femmes et des hommes en matière de reproduction et il contribuait à modifier les déséquilibres de pouvoir dans les relations de couple. • Quand leur participation se faisait selon les modalités définies par les femmes, les hommes se révélaient de solides alliés capables de rallier le soutien des responsables gouvernementaux à l'échelon tant local que régional et de persuader les prestataires des services de santé de se montrer plus sensibles aux besoins des femmes en matière de SR. 	<p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Création de coalitions</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Les études ont démontré la difficulté qu'il y a de concilier les modèles conceptuels des utilisatrices et ceux des prestataires, mais il existe des points de convergence à partir desquels on peut commencer. Les informations sur la diversité des croyances servent de base au dialogue et à la traduction dans l'ensemble des différents systèmes. En outre, le fait d'exprimer ces différences permet aux femmes et aux prestataires des services de santé de chercher à les atténuer : il n'est plus question qu'une partie se contente de réagir à l'intransigeance de l'autre. • Le projet a constaté que les prestataires et les femmes n'avaient pas les mêmes idées sur la qualité. Les coordonnateurs du projet se sont rendu compte qu'ils avaient des informations incomplètes sur le sens que les diverses parties prenantes attachaient à la qualité ; dès lors, ils ont entrepris une étude en vue de comprendre ce que la qualité des soins signifiait et pour les prestataires et pour les utilisatrices. 	<p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>



ETAPE 2 : Recueillir des données sur les relations, les rôles et les identités de genre à même d'influencer les résultats du programme.

Axer la collecte des données sur les objectifs du programme

Le point de départ de toute recherche visant à une analyse de genre consiste à recueillir des données qui sont ventilées par sexe et liées aux objectifs du programme. Quelle sorte d'information l'équipe du programme a-t-elle besoin de recueillir pour comprendre comment les rôles et les identités de genre sont définis au sein d'une société donnée et comment ils varient en fonction des tranches d'âge, de la classe et de l'ethnicité ? Quand un programme concerne la politique en matière de SR et de VIH/SIDA, les données pertinentes axées sur les objectifs du projet vont inclure les points suivants :

- Qui participe activement à la vie de la communauté et au gouvernement local et comment les divers groupes et individus (données ventilées par sexe) de la localité participent-ils à la formulation de la politique régionale et nationale ?
- Quelles sont les questions qui sont discutées dans les forums grand public et qui peut les inscrire à l'ordre du jour ? Quels rôles les hommes, les femmes et les adolescents des deux sexes jouent-ils dans ces enceintes publiques ?
- Comment l'information est-elle communiquée des forums grand public aux groupes et aux individus qui ne sont pas présents ? Qui a accès à divers médias (données ventilées par sexe) ?

L'information est souvent disponible par le biais du recensement national et des enquêtes nationales ou encore dans des rapports de recherche, certains rendus publics et d'autres non. A l'occasion, il s'avère nécessaire de collecter des données primaires en utilisant des techniques d'enquêtes ou de recherche participative.²⁵ Les données recueillies par des méthodes tant quantitatives que qualitatives, et à divers niveaux (au niveau individuel, du ménage, de la communauté, régional et national) fournissent une base d'informations plus solide pour prendre des décisions sur les moyens les plus efficaces d'intégrer les considérations de genre aux programmes.

Qui prend part à la collecte des données ?

La façon dont les personnes chargées de l'exécution du programme font intervenir les diverses parties prenantes et les participants à la collecte des données affectera la qualité des informations recueillies et elle aura des conséquences sur la planification du programme. Il existe plusieurs méthodes d'analyse de genre concernant la collecte et l'analyse d'informations sur les rôles de genre, la prise de décisions et la maîtrise des ressources. La plupart du temps, il s'agit de variations sur les méthodes de recherche quantitative et qualitative (enquêtes, méthodes d'évaluation rapide, groupes de discussion dirigée) qui incluent des questions spécifiques sur les activités, les rôles, les atouts, la prise de décisions et les responsabilités tant des hommes que des femmes (cf. les références citées à l'Appendice 3, à la rubrique « Autres manuels de planification du genre », pour un complément d'information sur ces méthodes).

Le recours aux méthodes de recherche participative accroît la mobilisation des participants et des diverses parties prenantes au processus de

²⁵ Si c'est par la participation directe des individus et des groupes qu'il est le plus facile de discerner les besoins des participants et les intérêts des parties prenantes, c'est en analysant les données micro- et macroéconomiques, et les statistiques nationales sur le développement social, les unes et les autres ventilées par sexe, que le personnel du programme peut tirer des conclusions importantes sur les principales différences liées au genre. Les informations sur la participation de la main-d'œuvre et la segmentation, les revenus, le taux de pauvreté, le niveau de scolarisation, l'état de santé, la situation juridique, l'accès au système judiciaire et la participation politique des femmes, relativement aux hommes, pour ne citer que quelques exemples, fournissent des indicateurs nationaux des inégalités liées au genre dont l'équipe du projet doit tenir compte dans la formulation des objectifs et des activités.

Instruments d'enquêtes

Une enquête qui est construite de manière à solliciter des informations auprès de participants des deux sexes — y compris en ce qui concerne leurs priorités et leurs intérêts, la façon dont ils passent le temps, leurs réseaux personnels et leurs ressources matérielles, sociales et cognitives — donnera au personnel du programme une image plus précise de la dynamique sociale de la région ainsi

la recherche. L'engagement actif des participants donne à ces derniers l'occasion d'exprimer leurs besoins et leurs aspirations, de contribuer à l'analyse des causes de leurs problèmes de santé et de leurs préoccupations et de jouer un rôle dans la formulation de solutions durables.

Les groupes de discussion dirigée et autres méthodes participatives constituent un moyen efficace d'évaluer l'éventail des croyances, des attitudes, des intérêts et des priorités à l'échelon local, en particulier en fonction du genre, de la condition socio-économique, des tranches d'âge

Groupes de discussion dirigée

L'équipe du projet est tenue de veiller à ce que les personnes qui dirigent les groupes de discussion organisent les participants et leur posent des questions de manière à solliciter diverses perspectives, y compris de la part de personnes désautonomisées dans le contexte socioculturel particulier à l'étude. Être sensible aux questions de genre ne veut pas dire que l'on peut se contenter d'inclure des hommes et des femmes dans le processus de collecte des informations. Il faut se demander :

- s'il est préférable d'interroger les hommes et les femmes dans des groupes séparés ou dans des groupes mixtes ;
- si les groupements par âge, homogènes ou hétérogènes, affecteront les réponses des participants ;

qu'une base plus solide de planification du programme. Le personnel doit inclure des hommes et des femmes (jeunes et moins jeunes) dans l'enquête, ce qui doit être conçue de façon à faire ressortir les facteurs liés au genre, tels la prise de décisions, le contrôle des ressources et la participation politique. Les questions doivent être formulées en tenant compte du niveau d'instruction et du niveau linguistique des divers répondants.

et de l'ethnicité. Les groupes de discussion dirigée sont utiles pour obtenir une rétroinformation sur la satisfaction de la clientèle, l'efficacité des campagnes d'IEC et l'acceptabilité de nouvelles méthodes de contraception.

Evaluer la qualité des informations recueillies

Avant de commencer la collecte des données, il est utile de s'interroger sur la présence de facteurs sociaux susceptibles d'entraver la participation d'individus ou de groupes à la recherche. Par exemple :

- si la langue parlée affectera la participation, au cas où certains participants ne la parleraient pas couramment.

Dans certains cas, les groupes de discussion dirigée qui réunissent des hommes et des femmes, des jeunes et des moins jeunes, et des personnes issues de milieux ethniques variés produisent des informations qui représentent uniquement la perspective des groupes les plus puissants. Dans certains contextes culturels, par exemple, les femmes sont peut-être gênées de contredire les hommes en public. De même, dans certains groupes sexospécifiques, une jeune fille pourrait juger mal séant de prendre le contrepied de la position de sa mère. Si des femmes ou des personnes âgées ne savent pas très bien lire ni écrire dans une langue nationale, elles n'oseront peut-être pas prendre la parole.

- La mobilité limitée des femmes en dehors du foyer va-t-elle restreindre leur participation aux groupes de discussion dirigée ?
- La nécessité d'obtenir le consentement de son époux avant de participer à un entretien va-t-elle affecter la confidentialité des informations fournies par une femme ?
- Les femmes vont-elles accepter de participer à la recherche si cette dernière a été autorisée exclusivement par des dirigeants communautaires de sexe masculin ?
- Les participants à la recherche s'exposent-ils à des conséquences négatives potentielles ?

Lorsqu'elles obtiennent le consentement éclairé des participants avant de mener un programme de recherche, les personnes chargées de son exécution sont d'autant plus susceptibles de cerner très tôt les contraintes sexospécifiques qui présentent un obstacle à la participation et d'y faire face.

La qualité de l'information recueillie va directement influencer la conception du programme et ses résultats. Certains points pourraient rester dans l'ombre si les parties prenantes n'interrogent pas les hommes et les femmes de manière adéquate lors des analyses et des évaluations des besoins. Par exemple :

- Les femmes pourraient hésiter à solliciter des services de diagnostic d'IST ou à partager des informations avec des partenaires masculins si elles risquent des violences physiques ou d'autres formes de représailles.
- Les hommes pourraient refuser de recourir aux services de santé aux fins de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles si ces services concernent principalement les besoins des femmes en matière de reproduction.

Il est important de formuler des questions capables de dégager des informations, dans des contextes spécifiques, que les répondants ne donneraient probablement pas d'eux-mêmes. En outre, la formulation des questions, la terminologie, les catégories retenues et le choix des lieux de réunion affectent la qualité de l'information donnée relative aux relations

entre les genres. Dès lors, si l'on veut obtenir des renseignements sur le travail des femmes, par exemple, il pourrait s'avérer nécessaire de poser des questions directes au sujet de tâches spécifiques ou de la façon dont les femmes occupent leur temps. De même, les tiers qui tirent des conclusions à partir de l'observation d'activités locales pourraient être prédisposés, de par leur culture et leur expérience, à voir ce que font et ce que savent les hommes du village, mais à négliger l'éventail des activités et des connaissances des femmes. Les chercheurs peuvent limiter ce type d'omissions et de distorsions en examinant le parti-pris, les hypothèses et les stéréotypes qu'ils pourraient inconsciemment nourrir. L'information obtenue sur les questions de genre a d'autant plus de chance d'être de qualité que les chercheurs auront tenu compte du type de situations dans lesquelles femmes et hommes pourront s'exprimer librement.

- Se sentiront-ils plus à l'aise de répondre à un questionnaire que de participer à des groupes de discussion dirigée ou de se soumettre à des méthodes participatives ou qualitatives ?
- Les hommes et les femmes sont-ils plus disposés à répondre aux questions quand ils sont interrogés à titre individuel ou en groupe ?
- Est-ce qu'on obtient les mêmes résultats selon que l'on confie aux hommes ou aux femmes (d'une certaine tranche d'âge, d'une classe donnée ou d'une ethnicité particulière) le soin de réaliser une enquête ou de faciliter une discussion dirigée ?
- Les discussions doivent-elles avoir lieu dans des lieux publics ou au foyer ?
- La langue parlée dans le cadre des entretiens ou des enquêtes affecte-t-elle différemment les réponses données par les hommes et par les femmes ?
- Faut-il interroger les femmes et les hommes ensemble ou séparément ?

Les réponses à ces questions varieront en fonction de l'âge, de l'ethnicité et de la situation économique des personnes interrogées (cf. « Manuels sur le genre et la santé de la reproduction », à l'Appendice 3, pour avoir des références sur les méthodes de recherche et le genre).

ORGANISME D'EXECUTION

Plusieurs agences de coopération de l'USAID (JHU/JHPIEGO, INTRAH et EngenderHealth) s'emploient à améliorer les soins de santé maternelle et de la reproduction dans 16 districts de Tanzanie. Les initiatives regroupent spécifiquement : les soins anténatals, avec une importance particulière attachée au paludisme et à la syphilis pendant la grossesse ; les soins après un avortement ; la planification familiale et les méthodes à long terme et permanentes de planification familiale.

PROBLEME A RESOUDRE

Pour améliorer la qualité des soins, le personnel du projet s'est penché sur les perceptions des clientes.

OBJECTIFS

- Formuler un programme d'amélioration et de reconnaissance de la qualité dans 16 districts de Tanzanie ;
- Déterminer les divers critères de la qualité des services tels qu'ils sont définis par les prestataires et par les membres de la communauté (clients et non-clients).

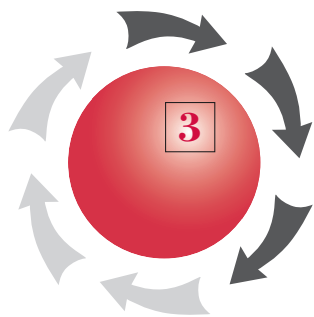
NOTE : Contrairement aux autres études de cas présentées dans ce chapitre, le programme de santé maternelle n'était pas conçu au départ pour aborder les questions de genre. Mais cet exemple montre comment il est possible d'adopter, à mi-parcours, des mesures visant à recueillir et à analyser l'information sur les différences sexospécifiques dans les attitudes et les préférences liées aux soins de santé. Le personnel du programme compte exploiter les résultats pour mieux comprendre les contraintes sexospécifiques de l'utilisation des services et tenter d'y apporter des solutions.

²⁶ Informations tirées de communications personnelles avec Wendy Voet, JHPIEGO.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 2 : L'EXEMPLE DU « PROGRAMME DE SANTE MATERNELLE DE TANZANIE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Les hommes et les femmes devraient-ils être interrogés ensemble ou séparément ?</i></p>	<p>Des groupes de discussion dirigée ont permis de recueillir des données dans la communauté. On craignait au départ que les hommes ne dominent les discussions dans les groupes mixtes.</p>
<p><i>Est-ce qu'on obtient les mêmes résultats selon que l'on confie à des hommes ou à des femmes (d'une certaine tranche d'âge, d'une classe donnée ou d'une ethnicité particulière) le soin de réaliser une enquête ou de faciliter une discussion dirigée ?</i></p>	<p>Les équipes d'évaluation étaient constituées de manière telle que les femmes seraient interrogées par des femmes, et les hommes par des hommes. Les chercheurs étaient d'avis que les participants se sentiraient plus à l'aise pour discuter des sujets délicats si les facilitateurs étaient du même sexe qu'eux.</p>
<p><i>Quels types de questions sont les plus susceptibles de faire ressortir les différences liées au genre ?</i></p>	<p>Les hommes et les femmes ont été invités à répondre à la même série de questions, sans être spécifiquement interrogés sur les différences liées au genre. Pourtant, les facilitateurs ont demandé à chaque groupe qui contrôlait une part notable des ressources et qui prenait les principales décisions en matière de soins de santé.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Les groupes étaient séparés par sexe pour garantir l'inclusion de perspectives diverses. • Les femmes étaient séparées par tranche d'âge pour que les femmes âgées ne dominent pas les plus jeunes. • Le projet a créé un forum relativement peu structuré pour encourager les femmes à communiquer toutes sortes de perspectives. 	<p>Participation équitable quant au genre</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Conformément aux préférences clairement exprimées par les hommes et les femmes, les personnes qui posaient les questions étaient du même sexe que les membres des groupes interrogés afin de créer un environnement plus détendu et plus propice à l'échange des idées. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<p>Dans leurs réponses, les hommes et les femmes ont privilégié divers aspects des soins. Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les femmes voyaient dans le respect de l'intimité un élément critique de la qualité des services en matière d'IST, en particulier dans les salles d'examen ; • Les hommes citaient le sexe et l'âge du prestataire comme étant des éléments fondamentaux de la qualité des services en matière d'IST. Ils se sentaient gênés d'avoir affaire à une infirmière plus âgée qu'eux au lieu d'avoir affaire à un infirmier plus jeune qu'eux ; • En outre, les femmes ont révélé que la décision d'accoucher à l'hôpital, en particulier en cas d'urgence, était prise par leur mari et par leur mère. C'est la mère qui a le dernier mot, ont-elles expliqué, parce que le mari est plus enclin à laisser les considérations de coût, plus que la gravité de la situation, guider sa décision, alors qu'une mère est plus susceptible de mettre au premier plan la santé de sa fille. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/ d'égalité des genres et indicateurs de performance</p>



ETAPE 3 : Analyser les données pour cerner les différences de genre susceptibles d'affecter la réalisation des objectifs du programme.

En analysant les données recueillies, les planificateurs du projet seront davantage en mesure de concevoir des activités permettant d'attaquer aux contraintes sexospécifiques susceptibles de nuire à la réalisation des objectifs du programme ainsi que des activités de nature à incorporer les ressources et les croyances locales.

Diversité des sources d'information

Les informations recueillies auprès de sources diverses et par le biais d'une panoplie de méthodes révèlent différents aspects des croyances et des pratiques liées au genre. La recherche qualitative aide le personnel du programme à interpréter les tendances inhérentes de la société dans la perspective des participants. Elle permet aussi à examiner plus en détail les structures sociales, économiques et politiques qui assurent la continuité des idées et des types de comportement, ou au contraire qui les remettent en question. Par exemple, les chercheurs seront peut-être en mesure de répondre aux questions suivantes :

- Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?
- Y a-t-il des différences entre les hommes et les femmes qui sont capables d'affecter les résultats des programmes et en quoi les contraintes et les possibilités liées au genre affecteront-elles la réalisation des objectifs du programme ? Par exemple :

- Les restrictions placées sur la mobilité des femmes et le peu d'instruction de ces dernières affecteront-ils leur capacité de participer à titre d'éducatrices sanitaires et d'avoir accès aux services de SR ?
- L'absence saisonnière des hommes affectera-t-elle le soutien de la communauté aux activités du programme ?
- Vu le caractère limité des ressources affectées à leur éducation, les filles se trouvent-elles plus vulnérables aux grossesses imprévues, aux IST et à la violence ?
- Les changements survenus dans la production agricole ont-ils affecté le temps dont disposaient les femmes pour faire du jardinage, source d'éléments nutritifs importants pour leur famille ?
- Les adolescents de sexe masculin font-ils partie d'amicales qui leur donnent l'occasion de se livrer à des activités d'éducation par les pairs, et y a-t-il des groupes comparables pour les filles ?

ORGANISME D'EXECUTION

Tostan est une ONG sénégalaise qui encourage l'apprentissage dans une optique intégrée. Le programme s'organise autour de huit modules d'éducation à caractère participatif et à base communautaire. L'éventail des thèmes de ces modules regroupe les activités rémunératrices, l'alphabétisation, les droits de l'homme, la santé de la reproduction et la survie des enfants. Tostan a pour but d'encourager l'apprentissage participatif d'une manière qui soit accessible aux femmes des communautés rurales et sous leur contrôle.

PROBLEME A RESOUDRE

Au Sénégal, l'excision féminine fait partie des rites d'initiation que pratiquent certains groupes ethniques. Cette pratique, qui vise à préparer les filles aux rôles de genre attendus d'elles en tant que partenaires sexuelles des hommes et en tant que mères, entraîne souvent de graves complications pour la santé, tels des saignements, voire une hémorragie, des infections, des douleurs, des troubles de la miction, du stress, un état de choc et des complications pendant les rapports sexuels et l'accouchement.

OBJECTIFS

Le programme éducatif de Tostan vise à :

- faire reculer l'analphabétisme au Sénégal ;
- promouvoir l'auto-apprentissage par le biais du recours à du matériel éducatif adapté ;

- offrir un programme d'enseignement de base qui puisse servir de modèle ;
- promouvoir la santé de la reproduction.

Le programme met l'accent sur le développement de l'aptitude à résoudre les problèmes et sur les applications de cette aptitude aux difficultés sociales et économiques qui sont le lot quotidien des femmes et des communautés. L'idée fondamentale est de donner aux participantes les moyens de comprendre et d'examiner les pratiques locales sans s'ériger en juges ; d'assimiler de nouvelles informations, en particulier techniques ; et de faire un travail de groupe pour ce qui est d'absorber les informations et d'arrêter des décisions. Le projet ne dicte aux villageois ni les décisions à prendre ni les actions à accomplir. Il présente des informations pertinentes par le biais de mécanismes culturels bien connus, qu'il s'agisse par exemple de narrations, de chansons, de pièces de théâtre et de jeux.

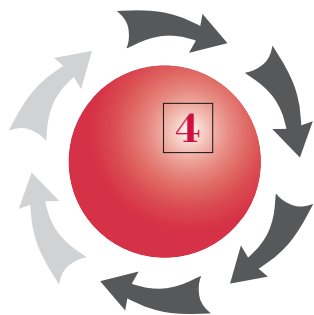
En 1994, Tostan a utilisé cette méthodologie dans la création d'un nouveau module sur les questions de SR, dont l'excision féminine. A l'image d'autres organisations de la santé et des droits de la personne, Tostan estime que cette pratique contribue à de graves problèmes de santé pour les femmes tout au long de leur cycle de vie et qu'elle entraîne souvent la mort parmi les filles qui viennent de subir la circoncision. Dans le cours qu'elle a créé, Tostan a inclus un drame social mettant en scène une fillette de huit ans qui meurt après avoir été excisée. Cette partie du cours a déclenché un mouvement à l'échelon tant local que national en faveur de l'élimination de cette pratique. C'est un processus qui fait intervenir les femmes, les hommes, les chefs religieux et les personnalités politiques.

²⁷ Informations tirées de Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council and Tostan, 1999); (sans date) *Les femmes sénégalaises refont leur culture*. http://www.worldbank.org/afr/ik/french/iknotes_fr.htm.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 3 : « TOSTAN — METTRE FIN A L'EXCISION FEMININE AU SENEGAL »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?</i></p>	<p>Après avoir joué sur scène le drame social, les femmes se sont vu poser des questions en vue d'évaluer les conséquences spécifiques de la pratique de l'excision féminine et du non-recours à cette pratique. Les informations recueillies à partir des réponses des femmes ont été la base d'un ensemble de décisions prises par la communauté par la suite. Les femmes à leur tour ont posé les questions suivantes aux parties prenantes de la communauté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A votre avis, pourquoi l'excision est-elle pratiquée sur les filles ? Selon vous, est-ce une pratique nécessaire ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Est-ce que vous laisseriez votre fille se faire exciser ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Quels sont les dangers pour la santé liés à l'excision féminine? Avez-vous entendu parler de femmes qui ont eu ces problèmes ? • Quels sont les tabous liés à la non-pratique de l'excision ? Est-ce que vous y attachez foi ? • Que dit l'islam au sujet de l'excision féminine? Est-ce une obligation prescrite par le Coran ? • Pensez-vous que l'excision peut avoir un effet négatif sur la vie d'une femme ? Pourquoi, ou pourquoi pas ? • Pensez-vous que l'excision féminine enfreint l'un ou l'autre des articles de la Convention des droits de l'homme qui ont été discutés dans ce module ? <p>NB. Les facilitatrices de Tostan avaient reçu pour consigne de poser leurs questions sans s'ériger en juges et de demander aux femmes si elles voulaient discuter de ce sujet avec des agents de santé, des chefs religieux et des responsables communautaires.</p>
<p><i>Que révèlent les informations recueillies dans le cadre de la recherche, passée ou présente, sur les relations de genre et la condition relative des femmes et des hommes ?</i></p>	<p>Par ailleurs, les femmes de Bambara qui avaient réussi à changer les opinions et les décisions au sein de leur communauté, sur la base des informations recueillies, ont pris le parti d'avoir des entretiens avec des journalistes. La publication de leur récit a débouché sur l'évaluation des questions de genre aux plus hauts niveaux du gouvernement sénégalais, y compris à l'échelon de la présidence.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Au départ, les femmes hésitaient à discuter le drame social, mais après l'avoir joué pour la troisième fois elles ont conclu que la pratique de l'excision faisait partie de la tradition à laquelle les hommes et les chefs religieux estimaient qu'elles devaient être fidèles. • Quand elles l'ont discuté, elles sont arrivées à la conclusion selon laquelle leur formation en matière de droits de la personne leur avait appris qu'elles avaient le droit d'exprimer une opinion sur cette pratique. Elles ont décidé de parler aux autres femmes et à leur mari de ses conséquences négatives pour la santé. Elles se sont alors rendu compte qu'un grand nombre de personnes dans leur communauté étaient favorables à l'élimination de cette pratique. • En outre, les femmes ont décidé de demander à un imam si l'excision féminine était exigée par le Coran. L'imam a répondu qu'elle ne l'était pas et qu'il y était lui-même hostile. Cette information, conjuguée à celle qui avait trait aux problèmes de santé, a suffi pour convaincre les maris des participantes et les autres femmes. • Enfin, le chef du village a apporté son soutien en indiquant que la vie changeait, et les traditions aussi. • Le village de Bambara, site de la collecte et de l'analyse des données à l'origine du changement des attitudes, a pris la ferme décision de renoncer à la pratique de l'excision féminine. 	<p>Participation équitable quant au genre</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Couplages multisectoriels</p> <p>Soutien social à l'appui du choix éclairé de l'individu</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le 20 novembre 1997, suite à l'intervention des femmes de Bambara dans la presse, le président du Sénégal a déclaré que les droits de la femme devaient faire partie des droits de la personne et que le respect des droits de la femme était essentiel au progrès du pays • Un groupe de députées ont immédiatement proposé un train de réformes législatives à l'appui de l'égalité des genres en matière de droit fiscal, de protection sociale, de législation du travail et de code de la famille • Le 3 février 1998, le président a proposé une loi portant interdiction de l'excision féminine. • Le 15 février 1998, 13 villages ont signé une déclaration dans laquelle ils affirment leur volonté de ne plus pratiquer l'excision féminine. En outre, ces villages ont nommé une commission qui a pour tâche de surveiller le respect des termes de la déclaration. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/d'égalité des genres</p> <p>Plaidoyer</p>



ETAPE 4 : Concevoir des éléments et des activités qui abordent les questions de genre.

Déterminer les stratégies capables de produire les résultats escomptés

Une fois que les données ont été analysées et qu'elles ont produit des informations sur les différences liées au genre, l'équipe du

programme a les renseignements nécessaires pour formuler les objectifs du programme et déterminer les stratégies en conséquence.

- Quelles activités et quels services le programme devra-t-il mettre en œuvre pour garantir la prise en compte des besoins et des préoccupations spécifiquement liés au genre ?
- Comment les activités et les services vont-ils assurer la participation équitable des femmes et des hommes, des filles et des garçons ?
- De quelles façons les activités du programme vont-elles bénéficier aux femmes et aux hommes ?
- Quelles sortes de stratégies aideront le programme à s'assurer que les femmes et les hommes tireront parti des activités de manière équitable et que ces dernières corrigeront les inégalités ancrées dans les institutions ?
- Comment le programme va-t-il s'assurer que les femmes et les hommes auront un accès équitable à l'information, aux ressources en matière de santé (formation, diffusion, produits) et aux services et qu'ils les contrôleront de manière équitable ?
- Quelles stratégies le programme va-t-il appliquer pour corriger la discrimination présente dans les lois, les politiques, les règlements et les institutions ?
- Quelles stratégies le programme va-t-il formuler face aux préférences sociales et culturelles ?

L'analyse révèle en quoi les possibilités ou les contraintes liées au genre forment la base de la conception de programmes. Par exemple :

- Est-il possible de passer par l'intermédiaire d'amicales pour atteindre les adolescents de sexe masculin ?
- Y a-t-il des approches ou de nouvelles technologies qui permettent de gagner du temps afin que les femmes puissent continuer de cultiver des fruits et des légumes dans leur jardin, ou est-ce que les cultures commerciales peuvent leur rapporter suffisamment pour qu'elles puissent acheter les produits qu'elles ne cultivent plus ?
- Y a-t-il des moyens d'accroître la capacité et l'autorité des femmes en matière de prise de décisions pour leur communauté, même en l'absence des hommes ?

Les réponses à ce genre de questions devraient guider la conception du programme et de ses activités.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 4 : « PLAIDOYER POUR LA SANTE ET LES DROITS DE LA FEMME EN MATIERE DE REPRODUCTION, POLOGNE »²⁸

ORGANISME D'EXECUTION

La Fédération pour les femmes et la planification familiale (FFPF) a été fondée en 1992. C'est une coalition de neuf ONG qui a pour mission de promouvoir et de défendre la santé et les droits des Polonaises en matière de reproduction.²⁹

PROBLEME A RESOUDRE

Selon des statistiques officielles, seulement 12 pour cent des Polonais ont recours à une méthode moderne de planification familiale. Le petit nombre de sources publiées sur la santé de la reproduction, la rareté des services en matière de SR qui disséminent des informations fiables et le coût élevé des contraceptifs comptent au nombre des facteurs qui contribuent au faible taux de la prévalence des contraceptifs. Les rares informations qui sont disséminées par les médias et dans les manuels scolaires revêtent souvent un caractère négatif, fallacieux ou inexact et elles renforcent les stéréotypes et les préjugés liés au genre. En outre, l'Ordre des médecins de la Pologne recommandait à ses membres de donner des informations sur les contraceptifs et accès à ces méthodes uniquement si on leur en faisait la demande.

OBJECTIFS

Face à la nécessité d'améliorer l'information sur la santé, les droits et les services en matière de reproduction, la FFPF a conçu un projet de deux ans visant à engager les femmes dans le processus de plaidoyer et de lobbying afin de leur donner les moyens de faire évoluer les politiques. Le projet PROWID (Promotion des femmes dans le processus de développement), financé par l'USAID, a fourni des fonds à la FFPF pendant deux ans pour la conception d'un programme de plaidoyer et de communication. Le programme avait pour objectif d'améliorer les services, d'accroître les droits des femmes en matière de reproduction en cherchant à sensibiliser et à influencer le public et les décideurs et, à terme, de créer un programme d'action commun. Parmi les activités figuraient :

- la création d'un réseau national de plaidoyeurs pour la santé et pour les droits des femmes en matière de reproduction ;
- la promotion de normes internationales sur ce thème à l'intention des prestataires des services de santé et des décideurs ;
- l'élaboration d'une campagne médiatisée sur l'état de la santé et des droits des femmes en matière de reproduction.

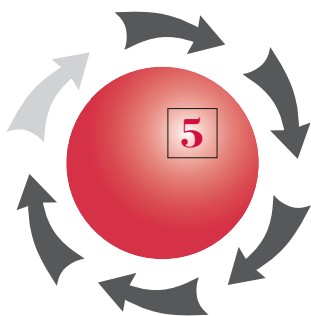
²⁸ Cette étude de cas se fonde sur la situation en Pologne en 1998 et elle est tirée du rapport intitulé « The Federation for Women and Family Planning End of Project Report » établi pour le projet ICRW/CEDPA PROWID (Promoting Women in Development); voir aussi Federation for Women and Family Planning, *Agency for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: PROWID/ICRW, 1999).

²⁹ L'USAID ne s'est pas mobilisée pour le droit à l'avortement et elle n'a pas soutenu ce droit non plus ; le droit à l'avortement ne faisait pas partie des objectifs du programme décrit ici.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 4 : « PLAIDOYER POUR LA SANTE ET LES DROITS DE LA FEMME EN MATIERE DE REPRODUCTION, POLOGNE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Quelles activités et quels services le projet devra-t-il mettre en œuvre pour garantir la prise en compte des besoins et des préoccupations spécifiquement liés au genre ?</i></p>	<p>Dans le souci constant d'engager les femmes dans le processus de plaidoyer et de lobbying, la FFPF :</p> <ul style="list-style-type: none"> • a disséminé un rapport sur la santé de la reproduction en Pologne parmi des scientifiques, des parlementaires, des organisations féminines et des journalistes ; • a formé un conseil consultatif composé de dix membres et qui réunit des personnalités politiques, des scientifiques et des décideurs dans le domaine de la santé. Ce conseil a pour tâche de créer des messages relatifs aux politiques, d'identifier les publics à cibler et de fournir des avis sur les stratégies de plaidoyer ; • a organisé des ateliers à l'intention des décideurs et des prestataires des soins de santé ; • a disséminé à grande échelle des informations, des bulletins et des fiches documentaires.
<p><i>Comment les activités et les services vont-ils assurer la participation équitable des femmes et des hommes (des filles et des garçons) ?</i></p>	<p>Pour stimuler l'intérêt des hommes dans des domaines naguère strictement associés aux femmes, une fiche documentaire sur la responsabilité des hommes en matière de parentalité, de planification familiale et de comportement lié à la reproduction a été distribuée.</p>
<p><i>Quelles sortes de stratégies aideront le projet à s'assurer que les femmes et les hommes tireront parti des activités de manière équitable et que ces dernières corrigeront les inégalités ancrées dans les institutions ?</i></p>	<p>La FFPF a distribué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.000 exemplaires d'une fiche documentaire sur la stérilisation qui tenait compte des stéréotypes liés au genre et qui encourageait la légalisation de la stérilisation comme méthode volontaire de contraception en Pologne ; • une fiche documentaire sur l'éducation sexuelle (qui contenait des informations sur les obligations et les normes internationales en la matière, sur les perspectives liées au genre et sur la responsabilité des hommes) aux écoles, aux législateurs et à d'autres personnalités politiques de haut niveau.
<p><i>Quelles stratégies le programme va-t-il appliquer pour corriger la discrimination présente dans les lois, les politiques, les règlements et les institutions ?</i></p>	<p>Des campagnes de plaidoyer et d'information visaient à mettre en branle des processus législatifs en faveur des droits de la reproduction ou à enrayer les tentatives destinées à limiter ces droits. La FFPF a réussi à influencer les praticiens, les médias, des organisations non gouvernementales, les milieux universitaires, les décideurs locaux et les groupes communautaires.</p> <p>Elle a eu moins de succès auprès des parlementaires à l'échelon national qui ont voté l'abrogation des cours d'éducation sexuelle à l'école publique (mesure à laquelle le président a opposé son veto) et l'exclusion des politiques de santé de la reproduction dans le programme national de santé.</p>

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • formation d'un réseau de 220 plaidoyeurs pour la santé et de 9 groupes locaux d'entraide en vue de promouvoir les normes sanitaires internationales ; • préparation de fiches documentaires relatives aux activités de plaidoyer (6.000 bulletins destinés aux prestataires et 10.000 fiches documentaires destinées aux écoles ont été distribués) ; • amélioration des services dans trois dispensaires de Varsovie et dans cinq cliniques régionales dont les médecins avaient participé à des ateliers de la FFPF (examen des seins, information sur la contraception et diffusion de contraceptifs) ; • respect, par les médecins qui avaient suivi une formation, des droits des patientes à l'information, au choix, au respect de l'intimité, à la continuité des services et à la confidentialité, aux dires mêmes des clientes. 	<p>Objectifs précis en matière d'équité/d'égalité des genres</p>
<ul style="list-style-type: none"> • prise de conscience de la nécessité de faire plus pour atteindre les hommes. En Pologne, ce sont les femmes qui assument principalement la responsabilité de la planification familiale ; dès lors, les futures stratégies viseront à encourager le partage des responsabilités entre partenaires ainsi que la participation active des uns et des autres en vue d'un comportement sexuel responsable. Le fait d'atteindre les hommes à travers les services d'extension permettra d'accroître l'accès à l'information et aux services, en particulier en dehors de Varsovie. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • La fiche documentaire a stimulé la demande d'informations supplémentaires et d'entretiens de la part de la presse. • Pendant les débats sur l'éducation sexuelle à l'école, des parlementaires favorables à cette idée et le président de la Pologne se sont référés à la fiche documentaire. 	<p>Plaidoyer Couplages multisectoriels Création de coalitions</p>
<p>En particulier quand l'environnement politique n'est pas propice, la FFPF a tiré les enseignements suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les groupes de plaidoyer doivent se fixer des priorités et se doter d'outils multiples pour influencer les décideurs ; • Les fiches documentaires objectives et soigneusement établies sont essentielles pour contrer la désinformation ; • La connaissance des mécanismes législatifs est essentielle à la promotion des droits de la reproduction par le biais de la modification des politiques. En faisant élire des plaidoyeurs à des fonctions publiques, la FFPF a été en mesure d'exercer une plus grande influence et de surmonter les tracasseries administratives. 	<p>Encouragement de relations équitables Participation équitable quant au genre</p>



ETAPE 5 : Formuler des indicateurs qui mesurent les résultats spécifiques au genre et effectuer leur suivi ; évaluer l'efficacité des éléments du programme conçus pour faire face aux questions de genre.

Suivre les progrès et les incidences

Le suivi systématique des résultats permettra de savoir si un programme atteint ses objectifs à court et à long termes. Pour établir avec précision les raisons pour lesquelles le programme atteint ou non ses objectifs, il convient d'évaluer les progrès et les incidences de ses éléments spécifiques. Le suivi et la documentation des avantages et des coûts de l'intégration du genre sont indispensables à la création d'un bloc de connaissances sur la façon dont les disparités de genre affectent les résultats sur le plan du développement et sur la façon dont les programmes de développement entravent, ou favorisent, l'égalité des genres.

Les indicateurs de genre s'avèrent particulièrement utiles pour démontrer les changements survenus dans les relations et les incidences liées au genre quand ils sont formulés dans le cadre de la planification des activités et qu'ils sont suivis tout au long de la phase d'exécution. Les données ventilées par sexe et les indicateurs de l'incidence du genre fournissent aux organismes d'exécution et aux parties prenantes une rétroinformation sur les progrès, les problèmes et les résultats non prévus. En outre, ils forment la base analytique à partir de laquelle il est possible de procéder à des ajustements éclairés des programmes pendant la phase de l'exécution et de concevoir de futures activités. L'analyse de genre pendant la phase de la planification aide à définir les indicateurs

qui permettent de suivre les incidences différentielles des activités (indicateurs de l'incidence du genre, par exemple), l'amélioration de l'équité/l'égalité des genres et les points critiques du processus de suivi auxquels les données ventilées par sexe sont utiles à une gestion efficace. Voici quelques questions à examiner en vue de la sélection des indicateurs :

- Les indicateurs sont-ils ventilés par sexe, par groupe ethnique, par tranche d'âge et par condition socio-économique ?
- Des données de base sont-elles recueillies auprès de femmes et d'hommes représentatifs d'une diversité de tranches d'âge, de conditions économiques et de groupes ethniques ?
- Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?
- Le projet a-t-il une méthode systématique de collecte et d'analyse de l'information sur une base régulière ?
- Le projet a-t-il des politiques en place sur les mesures à prendre quand les données tirées des phases suivi et de l'évaluation (données S & E) révèlent des inéquités entre les genres ?
- Comment les objectifs spécifiques au genre sont-ils liés aux incidences sur la SR ?

Un plan de suivi et d'évaluation du projet (plan S & E) précise les indicateurs et les termes de leur analyse et de leur interprétation. En formulant des indicateurs spécifiques au genre ou en ventilant la plupart des indicateurs par sexe, le plan S & E peut aider à saisir les différences de genre dans l'exécution et les incidences du programme. Les indicateurs quantitatifs se bornent à faire ressortir les différences, sans chercher à les analyser ; ils n'expliquent ni le pourquoi ni le comment des résultats différentiels. Les indicateurs ventilés par sexe ne sont pas très utiles pour comprendre l'importance du genre dans un programme en l'absence d'un plan d'interprétation des différences mises à jour par les indicateurs. Par exemple, les données ventilées par sexe sur le nombre et le sexe des personnes qui fréquentent un dispensaire n'expliquent pas la

signification de ces différences. Une analyse supplémentaire s'impose pour déterminer si ces différences sont dues au fait :

- que les services proposés sont plus sensibles aux besoins des hommes qu'à ceux des femmes ou l'inverse ;
- que les prestataires ne traitent pas les hommes et les femmes de la même façon ; ou
- que l'emplacement du dispensaire restreint l'accès d'un groupe plutôt que d'un autre.

Il convient d'analyser soigneusement les données à la lumière de la réponse à ces questions. Mais ce n'est qu'au prix de la collecte et de l'analyse soigneuses des données qualitatives et quantitatives

spécifiques au genre que cette information peut être incorporée de manière constructive dans les décisions prises par les gestionnaires et dans la communication de rapports. Il est tout aussi important d'impliquer les participants et les parties prenantes à l'analyse des données S & E qu'il est de les intégrer précédemment au cycle de la programmation. Leur participation dans le cadre d'approches consultatives et participatives contribuera à l'élimination des préjugés — liés au genre et aux institutions — qui se manifestent dans les décisions à prendre sur ce qui doit être mesuré et sur la façon d'utiliser les données tirées du suivi de manière à accroître la maîtrise des activités et des résultats du programme par les participants.

EXEMPLES D'INDICATEURS QUI MESURENT LES RESULTATS SPECIFIQUES AU GENRE³⁰

- DANS LES DISPENSAIRES — Changement de l'attitude des prestataires à l'égard du choix en matière de PF, évolution des préjugés envers les femmes, modification des protocoles concernant la fourniture de toute une gamme de méthodes, changement de la composition des bénéficiaires de chaque service prodigué, sur le plan du genre et de l'âge ;
- DANS LES CAS DE VIOLENCE LIEE AU GENRE — Sensibilisation accrue du prestataire aux signes de violence, modification des systèmes de référence, évolution des attitudes de la communauté, changement de l'attitude et des comportements de la police ;
- DANS L'ELABORATION DES POLITIQUES — Changement du nombre de femmes ou de groupes féminins qui participent à l'élaboration des politiques, changement de l'attitude des décideurs et des personnes qui participent à l'élaboration des politiques vis-à-vis des ONG féminines ou axées sur les femmes, changement de l'attitude des responsables communautaires, des représentants du secteur privé et des groupes d'intérêt qui participent à l'élaboration des politiques ;
- DANS LA RECHERCHE — Changement de la façon dont le genre est inclus aux protocoles de travaux de recherche ; modelage plus subtil du genre et d'autres variables ;
- DANS LA PARTICIPATION DES HOMMES — Accroissement des connaissances en matière de PF, de SR et de VIH/SIDA ; évolution des attitudes vis-à-vis de la PF.

³⁰ Ces exemples sont adaptés du rapport de Nancy Yinger et al., *A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming* (Washington, DC: PRB for IGWG, 2002). Ce document de l'IGWG est une excellente ressource pour formuler des plans de suivi et d'évaluation intégrés quant au genre.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 5 : « COUPLAGES ENTRE DEMOCRATIE ET GOUVERNANCE (DG) ET SANTE DE LA REPRODUCTION (SR) DANS L'ETAT DU PLATEAU, AU NIGERIA »³¹

ORGANISME D'EXECUTION

Le Centre for Development and Population Activities (CEDPA) est une organisation volontaire privée, sise aux Etats-Unis, qui est chargée d'appliquer dans cinq pays le projet ENABLE (Enabling Change for Women's Reproductive Health) que finance l'USAID.

PROBLEME A RESOUDRE

On dispose d'indications croissantes selon lesquelles le déséquilibre des relations entre les genres contribue à l'augmentation du risque de transmission du VIH chez la femme ainsi qu'au faible taux d'utilisation de la planification familiale par les femmes et des services de santé maternelle dans un grand nombre de pays. Le projet ENABLE a été conçu pour s'attaquer aux contraintes sexospécifiques qui empêchent les femmes de prendre des décisions éclairées et autonomes en matière de santé de la reproduction. Le programme a reconnu que : 1) les femmes et les hommes menaient une vie multidimensionnelle dans laquelle interviennent des ensembles complexes de relations sociales, politiques et économiques ; et que 2) l'autonomisation des femmes conférerait à celles-ci une plus grande maîtrise des autres dimensions de leur vie, élément indispensable pour obtenir davantage de résultats en matière de santé de la reproduction.

OBJECTIFS

Le projet ENABLE mené au Nigeria visait à améliorer la santé de la reproduction des femmes en créant un environnement³² propice « à la prise de décisions informées et autonomes par les femmes ». Ce programme portait du principe selon lequel l'élargissement de la participation des femmes à la politique et à la gouvernance aurait pour effet d'accroître leur contrôle, leur prise de décisions et leur pouvoir dans d'autres domaines de leur vie, y compris en matière de santé de la reproduction. Les activités en rapport avec la SR étaient multiples : organisation de séminaires et de visites au foyer pour faire passer des messages de SR ; diffusion du préservatif ; création d'une unité VIH/SIDA au sein de la division des services sanitaires ; discussions sur le VIH/SIDA dans les Conseils des Eglises ; soins et soutien des orphelins et des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; formation des pasteurs et de leur épouse en matière de counseling sur le VIH/SIDA ; discussions dans les communautés et les églises sur la prévention du VIH/SIDA et des IST, la PF, les vaccinations, l'allaitement et la maternité sans risques. Parmi les activités menées dans les communautés visées par la DG et la DG/SR figuraient : visites auprès de chefs communautaires (féminins, religieux, gouvernementaux, etc.) pour les rallier à la cause défendue ; grands rassemblements ; éducation civique et plaidoyer

³¹ L'information contenue dans cette étude de cas est tirée du document de Kola Oyediran and Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviours: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington D.C.: CEDPA, August 2003).

³² Le CEDPA stipule qu'« un environnement favorable à l'autonomisation des femmes comprend l'élargissement des droits et des possibilités, ce qui regroupe les points suivants, sans en exclure d'autres, à savoir la pleine participation politique, l'accès aux services de base, en particulier en matière de soins de santé et d'éducation, l'autonomie économique, le droit de propriété et les droits en matière d'héritage, ainsi que l'élimination de la discrimination et de l'exploitation liées au genre (Oyediran & Teller 2003: p.5) (texte en anglais). »

pour la prise conjointe de décisions entre partenaires ; formation en matière de gestion des conflits, de leadership, de participation politique, de mobilisation et de responsabilisation ; et formation de coalitions et de groupes de supervision.

EVALUATION DES INCIDENCES

L'évaluation des incidences a été conçue de manière à mettre à l'essai la validité de l'objectif, calqué sur l'hypothèse de base, selon lequel l'accroissement de la participation politique renforçait le pouvoir des femmes de prendre des décisions en matière de santé de la reproduction. Entre décembre 2002 et janvier 2003, le CEDPA, en liaison avec son partenaire local, COCIN,³³ a effectué une étude visant à déterminer l'existence éventuelle d'un lien entre les principaux comportements en matière de santé de la reproduction et la participation aux activités sur le thème de la DG. À l'aide d'une méthodologie quasi-expérimentale, ses auteurs ont comparé quatre types de communautés : celles qui ne faisaient pas l'objet

d'une intervention (groupe de contrôle) ; celles qui bénéficiaient d'interventions uniquement en faveur de la SR ; celles qui bénéficiaient d'interventions uniquement en faveur de la DG ; et celles qui bénéficiaient d'interventions mixtes (SR et DG). Dans chacune de ces communautés, les femmes étaient comparées par technique d'échantillonnage en fonction d'indicateurs d'autonomisation,³⁴ de leur utilisation ou de leur intention d'utiliser des contraceptifs et de caractéristiques socio-économiques. Des analyses de régression ont permis de mesurer les effets des caractéristiques socio-économiques, de l'autonomisation sexuelle (l'un des indices d'autonomisation), de la mobilité et de la violence liée au genre sur l'intention des femmes d'utiliser une méthode moderne de planification familiale et sur l'exposition à la distribution de contraceptifs et à la mise en place d'activités de DG dans les communautés. Les auteurs de l'étude ont conclu que, selon cette analyse bivariée, les femmes des communautés bénéficiant des deux types d'interventions obtenaient des scores plus élevés que ceux des autres femmes, quels que soient les indicateurs d'autonomisation et de SR retenus.

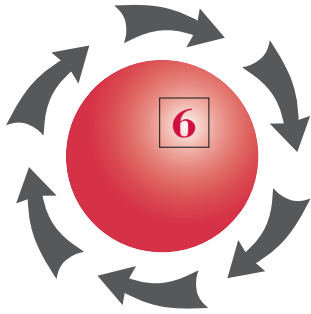
³³ Church of Christ in Nigeria.

³⁴ L'autonomisation était mesurée à l'aune de quatre échelles ou indices : a) la mobilité — conditions, fréquence et autonomie des déplacements des femmes à l'occasion de divers types d'activités ; b) la prise de décisions au foyer — détermination des préférences de la femme sur la question de savoir qui doit prendre des décisions en matière de travail en dehors du foyer, de la préparation des repas et de l'achat d'objets ménagers ; c) autonomisation sexuelle — le fait que la femme puisse refuser ou non d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire masculin pour un certain nombre de raisons (par exemple s'il a une IST ou qu'il a des relations avec d'autres femmes, ou si la femme est fatiguée, qu'elle vient d'accoucher ou qu'elle n'en a pas envie) ; d) la violence liée au genre — le fait de savoir si la femme estime justifié que son mari la batte (Oyediran & Teller 2003, p. 16) (texte en anglais).

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 5 : « COUPLAGES ENTRE DEMOCRATIE ET GOUVERNANCE (DG) ET SANTE DE LA REPRODUCTION (SR) DANS L'ETAT DU PLATEAU, AU NIGERIA »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<i>Des données de référence sont-elles recueillies auprès de femmes et d'hommes représentatifs d'une diversité de tranches d'âge, de conditions économiques et de groupes ethniques ?</i>	Les préoccupations croissantes suscitées par la hausse des taux de prévalence du VIH et l'utilisation minime des méthodes modernes de planification familiale ont incité l'USAID/Nigeria, par le biais du projet ENABLE mené sous les auspices du CEDPA, à mettre à l'essai l'hypothèse selon laquelle l'inégalité des relations entre les genres jouait un rôle clé dans la restriction de l'accès des femmes à l'information et aux services. Le programme a proposé d'évaluer les incidences, sur les résultats pour la santé de la reproduction, des activités propres à accroître la participation des femmes à la prise des décisions au sein du foyer et dans la communauté, en liaison avec l'accès à une information et aux services en matière de SR.
<i>Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?</i>	En fonction des informations recueillies par questionnaire, les coordonnateurs de l'étude ont construit quatre échelles pour mesurer l'autonomisation des femmes : 1) mobilité ; 2) prise de décisions au foyer ; 3) autonomisation sexuelle ; et 4) violence liée au genre. Ces données étaient corrélées avec une cinquième échelle qui mesurait la condition socio-économique du foyer. L'indice de mobilité comportait trois niveaux (mobilité élevée, moyenne ou faible), selon les réponses données à des questions sur les conditions, la fréquence et l'autonomie des déplacements en dehors du foyer (indépendants ou accompagnés). La prise de décisions dans les ménages sur l'achat d'articles ménagers, les soins de santé, les visites rendues à des membres de la famille, la préparation des repas et le travail des femmes en dehors du foyer était évaluée selon trois niveaux : prise de décisions autonomes ; prise de décisions conjointement avec un partenaire ; prise de décisions par un tiers. L'indice pour l'autonomisation sexuelle était déterminée par le fait que la femme pouvait refuser d'avoir des relations sexuelles avec son partenaire, et dans quelles circonstances.
<i>Y a-t-il des indicateurs spécifiques pour mesurer les changements observés dans les relations de genre, dans l'accès aux services et aux ressources et dans l'exercice du pouvoir ?</i>	Les attitudes envers la violence liée au genre ne figuraient pas explicitement au centre des activités et des messages du projet, encore que cette forme de violence ait été l'un des indicateurs retenus pour mesurer l'autonomisation. Dès lors, cet indicateur ne mesurait pas directement les incidences des interventions du programme.
<i>Comment les objectifs spécifiques au genre sont-ils liés aux incidences sur la SR ?</i>	Les données bivariées montrent que, dans l'ensemble, les femmes des communautés ciblées par des activités mixtes (DG et SR) avaient des scores supérieurs à ceux des femmes des trois autres groupes en ce qui concernait les indicateurs d'autonomisation et de SR. Les auteurs de l'étude ont constaté que la participation aux activités mixtes était plus efficace que les interventions de planification familiale exécutées seules.

LES ACTIONS DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<p>A la place de données de base, l'évaluation a utilisé une méthodologie transversale quasi-expérimentale, sous forme de tableau à quatre cases, pour mesurer les incidences comparatives des interventions de DG, SR ou l'amalgame des deux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les obtenus par les femmes de quatre zones de gouvernement local ont été comparés. Chaque zone représentant un modèle d'interventions : 1) activités DG et SR ; 2) activités SR seulement ; 3) activités DG seulement ; 4) absence d'activités. Au total, 2.000 femmes ont été interrogées. • Outre les habituelles caractéristiques démographiques et des ménages, l'étude a recueilli des données sur les horizons ethniques et religieux des répondantes, leur reproduction, leur utilisation de contraceptifs et leurs attitudes à ce sujet, le mariage et leur activité sexuelle, leurs préférences en matière de fécondité, le milieu socio-économique de leur mari ainsi que sur le travail, la prise de décisions et la participation politique des femmes. Cette étude a été réalisée par l'institut nigérian de la recherche sociale et économique (NISER) en collaboration avec le CEDPA et COCIN. 	<p>Couplages multisectoriels</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dans les zones d'interventions conjointes en faveur de la DG et de la SR, 80 % des femmes pouvaient se targuer d'un taux de mobilité élevée, contre 73 % dans les zones exclusivement SR, 58 % dans les zones exclusivement DG et 58 % dans la zone du groupe de contrôle. • De même, c'étaient les femmes des communautés mixtes (DG et SR) qui étaient les plus susceptibles de prendre des décisions autonomes. C'est dans les zones d'interventions exclusivement DG que le pourcentage des femmes qui déclaraient prendre des décisions conjointement avec leur mari était le plus élevé. • En outre, c'étaient les femmes des communautés mixtes et des communautés exclusivement DG qui obtenaient les meilleurs scores en fonction de l'indice d'autonomisation sexuelle, 83 % (SR & DG) et 74 % (DG) se considérant autonomisées. Les femmes du groupe exclusivement SR (66 %) et du groupe de contrôle (60 %) faisaient état d'une autonomisation sexuelle moindre et on est en droit de supposer qu'elles étaient moins en mesure que les autres de négocier le recours à des pratiques sexuelles sans risque. 	<p>Participation équitable</p> <p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • S'agissant de la violence liée au genre, les communautés du groupe de contrôle avaient le pourcentage le plus élevé de femmes qui estimaient injustifié que le mari batte sa femme (58 %). Ce pourcentage était respectivement de 38 % dans les zones DG/SR, de 23 % dans les zones exclusivement SR et de 33 % dans les zones exclusivement DG. Les personnes chargées de l'application du projet admettent par hypothèse que ces attitudes précédaient la mise en œuvre du programme et que celui-ci n'y a pas changé grand-chose. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Le pourcentage des femmes des groupes DG/SR qui utilisaient des méthodes modernes de planification familiale (12 %) était le double de celui des femmes des zones exclusivement SR qui faisaient de même (6 %). • L'intention de recourir ultérieurement à une forme moderne de contraception était nettement plus forte dans les communautés DG/SR (53 %) que dans toute autre communauté : 43 % dans les communautés SR ; 46 % dans les communautés DG ; et 40 % dans les communautés de contrôle. • Il y avait une corrélation positive entre un niveau relativement élevé de scolarisation et un taux relativement élevé de l'utilisation de contraceptifs (13 % des femmes qui avaient fait des études secondaires, voire plus, pratiquaient la contraception, contre 7 % de celles qui n'avaient pas fait d'études secondaires). • Autres facteurs associés à l'utilisation actuelle de méthodes de PF : âge, affiliation religieuse, lieu de résidence, exposition à la radio, condition socio-économique du foyer, mobilité, contact avec la DBC, exposition aux activités en matière de DG et niveau scolaire du mari. 	<p>Couplages multisectoriels</p>



ETAPE 6 : Adapter le plan et les activités en fonction des résultats du suivi et de l'évaluation ; renforcer les aspects du programme qui se sont révélés positifs et retravailler ceux qui n'ont pas produit de bons résultats.

Reformuler les éléments du programme

Pour reformuler les éléments du programme de manière à répondre aux questions de genre, il peut se révéler nécessaire de recueillir et d'analyser des données supplémentaires qui permettront de cerner des facteurs négligés pendant la phase d'élaboration. Avec ces nouveaux éléments en mains, on peut répéter les étapes 3 et 4. Le suivi de l'information amène souvent les responsables des programmes à reconsidérer leurs hypothèses de départ s'il se trouve que les résultats escomptés ne se sont pas matérialisés. Si leurs hypothèses se révèlent dénuées de fondement, certaines activités devront sans doute être reformulées pour corriger plus efficacement les inégalités entre les genres et pour accroître les chances de parvenir aux résultats attendus. Par exemple :

- si les attitudes des adolescents de sexe masculin vis-à-vis de la sexualité et de leur responsabilité dans la grossesse des adolescentes ne changent pas de manière notable après la mise en place de cours d'éducation sexuelle lors de l'entraînement de football, le projet pourrait revenir sur sa décision d'atteindre les garçons par le biais des clubs d'athlétisme ;

- si l'hypothèse de base paraît encore se justifier, peut-être faut-il analyser l'efficacité du matériel éducatif pour le public visé. Les messages sont-ils incompatibles avec les normes sociales et les concepts de virilité et de pouvoir sexuel qui font partie intégrante de l'identité de genre des garçons ?
- Est-ce que les amicales sont des véhicules efficaces pour changer les normes sociales ? D'autres groupes exercent-ils une plus grande influence sur les normes sociales ?
- Obtiendrait-on de meilleurs résultats en demandant à des hommes et à des femmes plus âgés de façonner les concepts que se font les garçons de la sexualité ?

Il est particulièrement important d'impliquer les participants du programme dans l'analyse des raisons pour lesquelles le projet n'atteint pas les objectifs escomptés. Souvent, les participants sont conscients de facteurs importants qui échappent au personnel du programme. Le fait d'analyser et de résoudre les problèmes ensemble permet de trouver des solutions novatrices aux contraintes, subtiles ou flagrantes, qui sont liées au genre, comme le montre cette dernière étude de cas. Par exemple, les travailleuses du sexe dans le projet Sonagachi ont fait comprendre à son personnel qu'elles adoptaient systématiquement des pratiques sexuelles à moindre risque avec leurs clients à court terme, mais qu'elles hésitaient à en faire autant avec leurs partenaires établis. Sur la base de cette information, et contrairement à la plupart des autres projets qui se concentraient sur les professionnelles du sexe, le projet Sonagachi a attaché un haut rang d'importance aux relations entre les travailleuses et leurs *partenaires à long terme*. Le succès du projet Sonagachi, qui a su faire reculer la transmission des IST et la violence liée au genre, tient à l'inclusion de messages sur l'importance d'intégrer des pratiques sexuelles à moindre risque tant aux relations à long terme qu'aux contacts à court terme.

ORGANISME D'EXECUTION

Ce programme a été mis en route par le All India Institute of Hygiene and Public Health (AIHPH), avec l'appui de l'organisation nationale de lutte contre le sida (NACO), le ministère de la Santé et du bien-être familial du Bengale occidental et de l'OMS. En outre, il a reçu des fonds du Ministère britannique pour le développement international (DFID) et de l'Agence norvégienne de développement international (NORAD). Ce projet a pris de l'ampleur au point de regrouper une large coalition d'ONG, dont la Health and Eco-Defense Society, l'Institut de développement humain et d'études sur les humains, Sramajibi Mahila Sangha, le Centre de recherche et de formation en matière d'aide socio-juridique, et l'organisation des travailleuses du sexe, le Comité Durbar Manila Samanwaya (DMSC).

PROBLEME A RESOUDRE

Le programme aborde la prévalence accrue des IST et la prévalence croissante, encore que modeste, du VIH parmi les travailleuses du sexe. Au départ, le programme a été conçu de manière à sensibiliser les participants au VIH/SIDA, à l'utilisation du préservatif et aux services cliniques.

OBJECTIFS

Les objectifs du programme ont évolué au fil du temps. A l'origine, en 1992, le principal objectif visait à faire reculer la transmission du VIH/SIDA et la prévalence des IST ainsi qu'à accroître l'utilisation du préservatif parmi les travailleuses du sexe et leurs clients dans le quartier de Sonagachi, à Calcutta. Avec la participation accrue des travailleuses du sexe à la conception et à l'exécution du projet, le programme a rajouté des objectifs et des activités, par exemple la réduction des actes de violence perpétrés par les clients, les propriétaires de maisons closes, la police et les voyous ; l'alphabétisation ; et des activités de remplacement qui sont génératrices de ressources. Le projet se concentre de plus en plus sur les moyens de prévenir l'entrée des mineures dans le monde des travailleuses du sexe.

³⁵ L'information contenue dans cette étude de cas provient du document intitulé « Sonagachi : A Sex Worker Project in a Red Light District of Calcutta, India » (ONUSIDA, 2000) et qui est accessible au site www.unaids.org. L'emploi du terme TS ne doit pas mener à conclure que l'USAID soutient la prostitution. Cette étude de cas est présentée parce que les travailleuses du sexe constituent l'une des catégories de la population les plus à risque avec lesquelles travaille le bureau VIH/SIDA dans de nombreux pays pour enrayer la transmission de l'infection dans l'ensemble de la population. Le projet Sonagachi est un exemple bien connu pour ses résultats très positifs, en particulier parmi certaines des victimes les plus vulnérables et les plus pauvres de cette épidémie.

ETUDE DE CAS POUR L'ETAPE 6 : « SONAGACHI — PREVENTION DES IST ET DU VIH/SIDA EN INDE »

QUESTIONS INDICATIVES	LES REPONSES DU PROJET
<p><i>Est-ce que le programme répond adéquatement aux besoins des participantes et de leurs clients qui sont spécifiquement liés au genre ?</i></p>	<p>L'enquête initiale et une enquête de suivi réalisée deux ans plus tard ont révélé que les travailleuses du sexe (TS) de Sonagachi se heurtaient à de nombreux défis liés au genre et qui contribuaient à leur vulnérabilité ainsi qu'à l'accroissement des risques pour leur santé. Quatre-vingt-cinq pour cent (85 %) des personnes interrogées étaient analphabètes, plus de 45 % avaient des enfants, 70 % s'étaient lancées dans ce métier poussées par la pauvreté ou des disputes familiales et 27 % disaient que leurs clients insistaient pour avoir des rapports sexuels en groupes, ce qui leur faisait courir un risque accru de violence et de maladie. En 1992, 90,6 % d'entre elles n'avaient jamais utilisé de préservatif.</p> <p>Les jeunes travailleuses du sexe présentaient des problèmes particuliers qui n'avaient pas été identifiés au début du programme. Elles étaient moins en mesure que les autres de négocier le recours à des pratiques sexuelles à moindre risque, plus vulnérables à l'infection par le VIH et souvent le prétexte des descentes de police.</p>
<p><i>Y a-t-il des obstacles liés au genre qui empêchent la réalisation des objectifs du programme et qui n'ont pas été corrigés lors de la conception originale du programme ?</i></p>	<p>Les travailleuses du sexe, et même certains membres du personnel, étaient victimes de sévices et d'actes de violence de la part de diverses parties prenantes, dont les clients, les propriétaires des maisons closes, les proxénètes, les autres criminels qui exploitent ce commerce et la police. Ce climat de violence a entravé la réalisation des objectifs originaux du projet. Par exemple, le personnel du projet a noté qu'après une descente de police le port du préservatif a baissé, et l'incidence des IST a augmenté, parmi les travailleuses qui fréquentaient des cliniques.</p>

LES ACTION DU PROJECT	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a recruté des travailleuses du sexe à titre de pairs-conseillères et il a fait cause commune avec le DMSC, groupe qui plaide pour les intérêts des TS. Le tiers des pairs-éducatrices ont fini par renoncer à ce métier. • Les participantes ont demandé à bénéficier de cours d’alphabétisation, au départ pour pouvoir mieux s’acquitter de leur rôle d’éducatrices, mais ensuite pour mieux faire valoir leurs droits. L’incidence de la syphilis est plus faible chez les TS alphabètes. • En outre, les travailleuses se sont rendu compte qu’elles avaient besoin de prêts pour se lancer dans des entreprises commerciales et pour commercialiser des préservatifs. Les ventes de préservatifs sont passées de 213.056 unités en 1997 à 443.805 en 1999. • Le DMSC a mis en place un système de surveillance des maisons closes pour les jeunes TS et il s’est arrangé pour les envoyer en pension. Cette mesure semble avoir fait reculer la traite des jeunes filles. 	<p>Couplages multisectoriels</p> <p>Encouragement de relations équitables</p> <p>Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus</p>
<ul style="list-style-type: none"> • L’éducation par les pairs visait les travailleuses du sexe aussi bien que les maquerelles. • L’AIH&PH a conçu un programme de formation à l’intention de la police. • Le DMSC a organisé des manifestations de TS pour protester contre les descentes de police et contre le dépistage du VIH/SIDA dans des conditions contraires à l’éthique et à la loi. • Le programme a établi des services à l’intention des clients des travailleuses du sexe, dont des cliniques et des programmes de sensibilisation. La gonorrhée a reculé en passant de 13,2 % en 1992 à 3,9 % en 1998. • Pour donner aux TS davantage de moyens d’amener leurs clients à utiliser un préservatif et les services de santé, le programme a distribué des cartes de services référents aux clients. Du coup, le taux d’utilisation du préservatif est passé de 2,7% en 1992 à 90,3 % en 1998. • Le programme a embauché des clients habitués (<i>babus</i>) pour qu’ils escortent les travailleuses du sexe le temps qu’elles se rendent sur leur lieu de travail ou qu’elles en reviennent afin de les protéger contre les voyous qui rôdent aux alentours des établissements. • Des centaines de travailleuses du sexe ont bénéficié d’une formation juridique. 	<p>Plaidoyer</p> <p>Création de coalitions</p> <p>Appui de la communauté au principe du choix éclairé des individus</p>

QUESTION INDICATIVES	LES REPOSES DU PROJET
<p><i>Le personnel du projet possède-t-il les compétences nécessaires pour faire face aux questions de genre et satisfaire les besoins des clientes ?</i></p>	<p>Au départ, plusieurs membres du personnel ont dû surmonter la gêne née du fait de travailler dans le monde des travailleuses du sexe. Il leur a fallu surmonter leurs préjugés à l'égard des TS et leurs craintes pour leur sécurité personnelle associées à la présence de délinquants urbains.</p>
<p><i>Les indicateurs de suivi et d'évaluation peuvent-ils adéquatement déceler les incidences du programme ?</i></p>	<p>Au début du programme, les mesures primaires des incidences étaient biomédicales et elles se concentraient sur l'efficacité de la lutte contre les IST. Le programme avait du mal à déceler le changement des comportements, en particulier ceux des clients de sexe masculin. En outre, on avait l'impression que les indicateurs ne saisissaient pas très bien non plus l'évolution du niveau d'autonomisation des travailleuses du sexe ni celle de la participation de la communauté.</p>

LES ACTION DU PROJET	ELEMENT DU PROGRAMME
<ul style="list-style-type: none"> • Le programme a investi dans le développement de capacités par le biais de la formation tant du personnel que des participantes. En coalition avec le DMSC et d'autres organisations en jeu, le personnel a été sensibilisé aux situations difficiles auxquelles se heurtaient les travailleuses du sexe et il est devenu plus sensible à leurs besoins. • Au fil du temps, la gestion du projet a pris la forme d'une coalition de partenaires, appelée « Conglomérat », qui veille à répartir les responsabilités entre les diverses parties prenantes et à encourager la diversité des idées et de la réflexion stratégique. • Le partage des responsabilités a créé un climat de bénévolat qui a permis au programme de contenir les coûts, d'élargir la portée de son action et de remettre une part croissante de pouvoir entre les mains des participantes. • Depuis 1992, le projet a fait assumer la responsabilité des soins de santé par la communauté en investissant dans le développement des capacités du personnel et des TS. Le projet a traité ces dernières avec respect et de manière éthique et il les a encouragées à exprimer leurs besoins et à trouver le moyen d'y répondre. 	<p>Engagement des institutions vis-à-vis de l'intégration du genre</p> <p>Création de coalitions</p>
<p>De nouveaux indicateurs ont été rajoutés pour mesurer les nouveaux objectifs formulés pendant le déroulement du programme :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les cartes de services référents que les TS remettaient à leurs clients afin de les diriger vers des centres de soins pour IST ont permis de mesurer le nombre des utilisateurs de ces établissements qui sont aussi des clients des participantes au programme. • Le degré d'autonomisation a été mesuré en partie par le nombre de fois où les TS ont réussi à obtenir des propriétaires, de la police et d'autres qu'ils adoptent des pratiques sexuelles à moindre risque. Ces hommes ne sont pas des clients, mais de par leur position ils peuvent soit faciliter, soit entraver, la protection des TS et accroître, ou diminuer, leur vulnérabilité. • L'utilisation de ces indicateurs a mis en évidence certains contextes dans lesquels les TS avaient besoin de renforcer leur pouvoir d'autoprotection. Par exemple, c'est avec les habitués (<i>babus</i>) que le préservatif est le moins utilisé. Les TS sont souvent dépendantes d'eux pour vivre et pour légitimer leurs enfants afin qu'ils puissent aller à l'école. Les proxénètes et les maquerelles, qui prennent le parti des clients réfractaires, restent des obstacles au port du préservatif. L'environnement de travail milite contre la négociation avec les clients intransigeants. Souvent, les TS partagent une chambre avec des collègues et elles hésitent à se montrer assertives en présence de tiers. 	<p>Encouragement de relations équitables</p>

EXERCICE 2

Cette matrice permet de faire le point des étapes de l'intégration du genre aux programmes présentés dans ce chapitre. La première colonne récapitule les résultats des étapes 1 et 6. La deuxième et la troisième colonnes s'appliquent à la collecte et à l'analyse des données présentées aux étapes 2 et 3. Les interventions mentionnées dans la quatrième colonne correspondent aux activités et aux éléments du programme identifiés dans le cadre de la quatrième étape. La cinquième colonne est réservée aux indicateurs formulés pendant l'étape 5. Revenir à la première colonne pour l'étape 6 quand les objectifs du programme sont modifiés à la lumière des résultats du suivi et de l'évaluation. Rajouter le nombre de rangées nécessaires en fonction des besoins du programme. En remplissant la matrice, il faut vérifier si les objectifs et les indicateurs tiennent compte des contraintes et des possibilités liées au genre qui ont été identifiées comme étant critiques pour l'obtention des résultats escomptés en matière de SR et de VIH/SIDA.

L'INTEGRATION DU GENRE TOUT AU LONG DU CYCLE DES PROGRAMMES

Etapes 1 et 6 Objectifs du projet, objectifs intermédiaires et résultats	Etape 2 Types de données à recueillir — que doit-on savoir au sujet de qui ?	Etape 3 Contraintes/possibilités liées au genre et à même d'affecter la réalisation des objectifs et des résultats	Etape 4 Interventions qui visent les contraintes/possibilités liées au genre	Etape 5 Indicateurs de mesure des incidences des interventions sur le genre (élimination des contraintes ou création de possibilités) et sur la santé

APPENDICE 1

Concepts et terminologie

Le genre s'applique aux caractéristiques et aux possibilités économiques, sociales, politiques et culturelles qui sont associées au fait d'être une femme ou un homme. Le sens que la société confère à la nature féminine ou masculine varie selon les cultures et il évolue au fil du temps.³⁶ Le genre est l'expression socio-culturelle des caractéristiques et des rôles particuliers qui sont associés à certains groupes de personnes en fonction de leur sexe et de leur sexualité.

L'analyse de genre regroupe les méthodologies qui permettent d'identifier et d'interpréter les conséquences socio-économiques des inégalités, des différences et des relations liées aux genres dans la perspective des objectifs de développement. L'analyse de genre fait comprendre l'environnement dans lequel se déroulent les politiques, les programmes et les projets de développement. Elle examine les disparités observées dans les rôles, les activités, les besoins, les contraintes, les possibilités et le pouvoir associés au fait d'être un homme ou une femme dans un contexte donné et elle cherche en quoi ces caractéristiques affectent les interventions et les politiques tout en étant affectées par elles.

L'examen des différences entre les femmes et les hommes sur le plan de l'accès aux ressources et de leur contrôle (terre, travail, capital, denrées, outils, connaissances, institutions, réseaux sociaux) forme une composante essentielle de l'analyse, au même titre que la participation comparative des femmes et des hommes dans l'exercice du pouvoir et de la prise de décisions. La collecte de données quantitatives et qualitatives qui sont ventilées par sexe fournit le fondement empirique de l'évaluation des incidences potentielles des relations de genre sur le programme ainsi que les avantages relatifs qui en découlent tant pour les femmes que pour les hommes.

L'examen des inégalités, des différences et des relations fait partie intégrante de l'analyse socio-économique et il ne saurait être séparé du contexte social élargi. Même à l'intérieur d'une seule culture ou d'un seul pays, ni les hommes ni les femmes ne forment un bloc homogène. D'autres facteurs sociaux, dont la classe, la race, l'ethnicité, le revenu, le niveau d'instruction, la religion et l'emplacement géographique, interagissent avec le genre et ils influencent l'importance que peuvent revêtir les rôles de genre et les relations liées au genre au sein d'un programme donné.

Les agences de développement ont proposé divers instruments d'analyse en vue de guider la collecte et l'analyse d'informations nécessaires à l'intégration de la perspective du genre (« gender mainstreaming ») (cf. les références des manuels supplémentaires cités à l'Appendice 3). Les questions précises qui façonnent une analyse particulière dépendent du secteur et des objectifs de l'agence envers le sujet du genre et des femmes dans le développement. La politique de l'USAID exige que la notion de genre soit prise en compte pour améliorer la condition des femmes et les résultats en matière de développement.

La discrimination liée au genre est le traitement inéquitable, y compris le traitement injuste et inégal, d'une personne ou d'un groupe de personnes en raison de considérations de genre. La discrimination liée au genre est une infraction aux droits de la personne, y compris le droit d'être traité de manière juste et égale par les gouvernements dans le cadre des programmes publics, des politiques et des lois du pays.

L'égalité des genres permet aux femmes et aux hommes de jouir à part égale des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources et des avantages qui découlent du développement. L'évolution des rôles et des identités de genre au fil du temps signifie que la programmation du développement peut avoir des répercussions sur l'inégalité des genres, qu'elle l'accroisse ou qu'elle la fasse reculer.

³⁶ DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Co-operation, 1998 (Paris: OECD, 1998).

L'équité entre les genres consiste à traiter les femmes et les hommes de manière équitable. Pour assurer l'impartialité, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes de fonctionner sur un pied d'égalité avec les hommes. Les stratégies appliquées en ce sens visent à parvenir à l'égalité des genres. L'équité est le moyen ; l'égalité est l'aboutissement de la présence de politiques, de programmes et d'institutions plus équitables ainsi que de la distribution plus équitable des ressources.³⁷

L'intégration du genre implique la prise en considération des différences et des inégalités entre les hommes et les femmes au niveau de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes. Ce que la société attend des femmes et des hommes aussi bien que le pouvoir relatif de chacun affectent les rôles des uns et des autres dans l'exécution des activités, et c'est aussi ce qui détermine qui tirera parti des bienfaits escomptés. Le fait de tenir compte des inégalités et de concevoir des programmes de développement à même de les atténuer devrait contribuer à un surcroît non seulement d'efficacité, mais aussi d'équité/d'égalité sociales. L'expérience a montré qu'on ne parvient pas à des changements durables quand on axe les activités exclusivement sur les femmes ou sur les hommes.

« **Gender mainstreaming** » est le terme utilisé dans le plateau d'action adopté lors de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing en 1995, pour désigner les méthodes et les arrangements institutionnels destinés à réaliser l'égalité des genres. Le concept du « gender mainstreaming » dépasse le cadre de la prise en compte des considérations de genre dans les programmes. Au lieu de considérer les questions de genre comme

des intérêts spéciaux qu'il convient de traiter à part, elle traite les considérations de genre en tant que facteurs essentiels à intégrer à toutes les procédures relatives à la formulation des politiques, à la planification, à l'évaluation et à la prise de décisions.

Le « mainstreaming » implique que le souci d'égalité entre les femmes et les hommes doit être présent dans tous les aspects des politiques, des stratégies et des interventions en faveur du développement. Il ne s'agit pas de se contenter de faire participer les femmes à un programme de développement qui a déjà été arrêté. Au contraire, il faut veiller à ce que les femmes comme les hommes prennent part à l'élaboration des objectifs et à la planification afin que le développement réponde aux priorités et aux besoins des deux sexes. Dès lors, cette approche suppose une démarche soucieuse d'égalité en ce qui concerne les analyses, les politiques, la planification et les pratiques institutionnelles qui définissent les conditions globales du développement. Le « mainstreaming » exige que soit effectuée l'analyse des incidences potentielles, sur les femmes comme sur les hommes, des interventions en faveur du développement dans tous les domaines du développement sociétal. Ce genre d'analyse doit être effectuée *avant* que les décisions importantes ne soient prises en matière d'objectifs, de stratégies et de distribution des ressources.³⁸

La perspective du genre est l'approche théorique et méthodologique qui nous permet de reconnaître et d'analyser les identités, les points de vue et les relations, en particulier entre femmes, entre femmes et hommes, et entre hommes.³⁹

³⁷ CIDA, *A Project-level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

³⁸ SIDA, *A Handbook for Mainstreaming a Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997).

³⁹ Susan Paulson, Maria Elena Gisbert, and Mery Quinton, *A Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health: A Training Manual for Health Care Providers* (Research Triangle Park : Projet d'études sur les femmes (Women Studies Project, WSP) de Family Health International, dans le cadre d'un accord de coopération conclu avec l'USAID en 1999).

Les rôles et les identités de genre varient selon les cultures et les époques. On note souvent des différences entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les activités qu'ils entreprennent, leur accès aux ressources et leur contrôle des ressources, leur participation à la prise de décisions et le pouvoir qu'ils ont de vivre leur vie. Les positions sociales qui sont assignées aux femmes sont définies relativement à celles des hommes, et vice-versa. Dans la plupart des sociétés, les femmes ont moins accès que les hommes aux ressources, aux possibilités et à la prise de décisions. Les institutions sociales, politiques et économiques de la société (la famille, l'école, les industries, les organisations religieuses et les gouvernements) sont elles aussi organisées selon le clivage des genres. Elles ont tendance à incorporer et à renforcer l'inégalité des relations de genre et des valeurs d'une société. Toutefois, les rôles et les identités de genre peuvent subir de profondes mutations.

L'accès aux ressources et le contrôle des ressources englobe les diverses façons dont les ressources sont distribuées entre les femmes et les hommes. **L'accès** est défini comme étant la possibilité ou la capacité d'utiliser une ressource. **Le contrôle** est le pouvoir de décider la façon dont la ressource sera utilisée. C'est la capacité de prendre des décisions au sujet des ressources et d'en retirer des avantages. Souvent, les femmes ont accès aux ressources, mais elles n'en ont pas le contrôle.⁴⁰

Les droits de l'homme⁴¹, ou les droits de la personne, sont des droits universels, indivisibles, interdépendants, solidaires et inaliénables reconnus par le droit international. Ils regroupent les droits

civils, culturels, économiques, politiques et sociaux, dont le droit au développement tel qu'il est exprimé dans un grand nombre de traités internationaux et d'autres documents, par exemple la Plateforme d'action de Beijing. Tous les gouvernements sont contraints juridiquement de respecter un tronc commun de droits de la personne fondés sur les principes universels de la dignité de l'homme, de la liberté et de l'égalité, lesquels sont applicables à tout un chacun. Tous les droits de la personne, en particulier ceux qui touchent aux droits en matière de procréation, doivent être pris en compte à toutes les étapes d'un programme de développement. La perspective du genre en santé publique oriente les programmes de SR et de VIH/SIDA sur le respect des droits. Les démarches de cette nature s'inspirent des dispositions contenues dans des accords internationaux, notamment sur les droits de l'homme, qui protègent le respect, la dignité, l'égalité et l'estime de soi de tous les êtres humains.

La masculinité et la féminité, à l'instar du genre, sont des construits sociaux influencés par une myriade de forces, dont l'histoire, la culture, la religion et l'économie. Des études confirment l'existence de modèles normatifs de masculinité et de féminité, acceptés tant par les hommes que par les femmes, qui sont à l'origine des inégalités dans leurs relations. Des modèles courants de masculinité qui mettent en valeur la supériorité de l'homme suscitent de plus en plus fréquemment toute une gamme de réactions négatives chez les hommes, tels la tension, la gêne, le conflit et le rejet.⁴²

⁴⁰ Adaptation tirée de Oxfam, *A Guide to Gender-Analysis Frameworks* (Oxford: Oxfam, 1999).

⁴¹ Les droits de l'homme sont énoncés dans de nombreux instruments internationaux, tels la Charte des Nations Unies (1945), la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme (1985), la Déclaration et le Programme d'action de Vienne de la conférence mondiale sur les droits de l'homme (1993), le Programme d'action de la conférence internationale sur la population et le développement (1994) et la Déclaration et la Plateforme d'action de Beijing de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes (1995), pour ne citer que ces exemples.

⁴² José Olavarría and Teresa Valdés, *Literature Review for the Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms* (New York and Oaxaca: AVSC and IPPF/WHR, 1998).

Les hommes et l'égalité des genres — Pour arriver à l'égalité des genres, il faut appuyer d'autres modèles de masculinité qui ne s'opposent pas nécessairement aux modèles de féminité et qui permettent aux hommes de se comporter de manière à encourager l'égalité entre eux et les femmes. Par exemple, on pourrait apprendre aux hommes à montrer leurs émotions et à partager les responsabilités en matière de reproduction, notamment dans le domaine de la contraception, de la garde des enfants et du bien-être financier.⁴³

Les droits en matière de reproduction regroupent un nombre de droits de l'homme, y compris certains droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels.⁴⁴

Le sexe renvoie aux différences biologiques entre les femmes et les hommes. Les différences sexuelles portent sur la physiologie des femmes et des hommes.

Les droits de la femme font partie des droits de la personne. Lors de la Quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes, tenue à Beijing (Chine) en 1995, la communauté internationale a explicitement reconnu pour la première fois que : 1) les individus ont des droits vis-à-vis des nations en vertu du droit international (concept applicable à tous les droits de l'homme) ; 2) les femmes sont capables de jouir de droits juridiques ; 3) les femmes et les hommes ont des droits égaux. Les droits de la femme comprennent l'égalité en général entre les femmes et les hommes ainsi que des droits qui sont particulièrement pertinents pour les femmes, en matière de procréation par exemple.⁴⁵

⁴³ Olavarría and Valdés, 1998.

⁴⁴ Le gouvernement des Etats-Unis n'a pas pour politique d'appuyer les efforts de plaider pour le droit à l'avortement.

⁴⁵ Felice D. Gaer, "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights," in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

APPENDICE 2

Le Groupe de travail interagences sur le genre, Bureau de la Santé mondiale de l'USAID

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif d'organisations qui regroupent notamment le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID, des agences de coopération financées par l'USAID, des associations de plaidoyer pour la santé et les intérêts des femmes, ainsi que des particuliers. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres⁴⁶ dans le contexte des programmes en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de SR et de VIH/SIDA et de favoriser le développement durable. Les objectifs précis de l'IGWG sont les suivants :

- Faire œuvre de sensibilisation et fédérer les synergies entre les résultats en matière d'équité entre les genres, de santé de la reproduction et de VIH/SIDA ;
- Recueillir des données empiriques et identifier les meilleures pratiques en ce qui concerne le genre, la SR et le VIH/SIDA ;
- Promouvoir les meilleures pratiques et faire passer le message sur terrain ;
- Mettre au point les outils opérationnels pour l'intégration de l'approche « genre » dans les programmes de population, de santé et de nutrition ;
- Assurer le leadership technique et fournir une assistance technique.⁴⁷

Structure organisationnel de l'IGWG

L'IGWG compte entre 60 et 80 membres actifs et il gère un listserv qui regroupe plus de 350 abonnés. Ce groupe a principalement axé ses efforts sur l'éducation en matière de genre, le plaidoyer et la mise au point d'outils opérationnels. Un groupe consultatif technique lui sert d'organe consultatif et de planification stratégique. Ses membres veillent à ce que l'IGWG aborde les questions relatives à la santé de la reproduction au fur et à mesure qu'elles se présentent et qu'ils répondent de même aux besoins qui se font jour. Plus précisément, cet organe consultatif a identifié des domaines techniques prioritaires, à savoir : la violence liée au genre, les jeunes et le genre, le VIH/SIDA et le genre, et l'intérêt continu porté à la participation des hommes et à la double protection.

A l'aide de modestes subventions, des groupes de travail distincts mettent en œuvre des activités de l'IGWG dans les domaines techniques identifiés par l'organe consultatif. La dissémination et la formation sont intégrées aux activités continues de l'IGWG. L'assistance technique sur le terrain est fonction des demandes des pays.

La nature coopérative et participative qui caractérise l'IGWG depuis sa création demeure une priorité. La participation aux groupes de travail d'une vaste gamme d'AC de l'USAID, ainsi que d'agences non financées par cette dernière, est vivement encouragée. De surcroît, des mises à jour techniques sur diverses questions pertinentes seront proposées à tous ces organismes, qu'ils bénéficient ou non de fonds de l'USAID. La première, consacrée à la violence liée au genre, a eu lieu en mai 2002.

⁴⁶ Cf. page 5 pour une discussion complémentaire du concept de l'équité des genres et de l'égalité entre les genres.

⁴⁷ Ces objectifs rappellent ceux qui sont décrits dans le Guide de l'IGWG intitulé *Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs* [Washington, DC : PRB for IGWG, 2000]. Le présent Manuel et le guide DP/AD (RFAs/RFPs) ont été conçus de manière à se compléter mutuellement.

Pour s'abonner au listserve de l'IGWG

Comme déjà mentionné, l'IGWG gère un listserve réservé à ses abonnés. Ceux-ci reçoivent du courriel relatif aux progrès effectués par l'IGWG et des mises à jour sur les produits et les services ainsi que d'autres informations. De plus, le listserve diffuse des articles d'actualité intéressants et il tient ses abonnés au courant de la tenue de conférences, d'ateliers et de communications. Pour un complément d'information sur le listserve de l'IGWG, contacter la modératrice du listserve :

Charlotte Feldman-Jacobs
Population Reference Bureau
Courriel : cfeldmanjacobs@prb.org.
Téléphone : 202.483.1100

Pour tout renseignement supplémentaire sur l'IGWG, prière de contacter IGWG@usaid.gov ou de téléphoner au 202.712.0662.

APPENDICE 3

Ressources et références sur le genre

SITES WEB

Genre et développement

Analytical Tools for Human Development:
www.undp.org/hdro/

Beijing: www.un.org/womenwatch/confer/beijing5/

BRIDGE online resources,
www.ids.ac.uk/bridge/reports_gend_CEP.html

Canada and development: www.acdi-cida.gc.ca/equality

Gender Equity Group, OECD, Development Assistance Committee:
www.oecd.org/dac/gender/index.htm

United Nations Development Program: www.undp.org/gender

USAID Office of Women in Development: www.usaid.gov puis cliquer sur « gender » ; ou www.genderreach.com et www.genderreach.com/links/genderlinks.htm

Genre et santé de la reproduction

ICPD: www.unfpa.org/icpd/index.htm

IGWG: www.igwg.org

MANAGER'S ELECTRONIC RESOURCE CENTER: Managing Reproductive Health Services with a Gender Perspective, <http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=2.2.8.htm&language=English&module=chs>

SOURCES IMPRIMEES

Publications de l'IGWG, USAID (www.igwg.org)

Exploring Gender Perspectives in Population and Health Programs: Workshop Findings and Recommendations, document établi sur la base d'ateliers tenus en 1999.

A Framework to Identify Gender Indicators for Reproductive Health and Nutrition Programming, pour incorporer le genre à la conception et à l'évaluation des programmes de Population, de santé et de nutrition.

Gender and Reproductive Health Training Curriculum contient des modules relatifs à l'intégration des considérations liées au genre dans divers aspects de la programmation en matière de santé.

Gender-Based Violence and Reproductive Health & HIV/AIDS: Summary of a Technical Update, document établi sur la base de la mise à jour technique en date du 1^{er} mai 2002.

Guide for Incorporating Gender Considerations in USAID's Family Planning and Reproductive Health RFAs and RFPs, instrument pour la conception des programmes de l'USAID en matière de santé de la reproduction conformément aux lignes directrices de l'ADS sur le genre.

Helping Involve Men (HIM), CD-ROM sur la recherche et la documentation programmatique relative à la participation des hommes en matière de santé de la reproduction.

Involving Men in Sexual and Reproductive Health: guide d'orientation sous forme de CD-ROM.

Involving Men to Address Gender Inequities: Three Case Studies, fait ressortir des interventions novatrices visant à faire participer les hommes aux programmes en matière de santé de la reproduction.

Research Gaps Related to Gender Issues and Population, Health, and Nutrition Programs: An Analysis, données fondamentales du genre et de la recherche en matière de santé de la reproduction, fondées sur les principes de la CIPD et de la Conférence de Beijing (un résumé de cette analyse est également disponible).

Manuels sur l'intégration du genre et le « gender mainstreaming »

The Centre for Development and Population Activities, *Gender Equity: Concepts and Tools for Development* (Washington, DC: CEDPA, 1996). Document accessible au : www.cedpa.org.

Morris, Patricia, *The Gender Audit: A Process for Organizational Self-Assessment and Action Planning* (Washington, DC: InterAction, 1999).

Save the Children, *Best Practices in Gender Relations Analysis. From Analysis to Action: Integrating Gender into Programs* (Washington, DC: Save the Children, 1996).

United Nations Development Programme, *Gender Mainstreaming Programme and Project Entry Points: Learning and Information Pack* (New York: United Nations, January 2001). Document accessible au : <http://learning.undp.org>.

Manuels sur le genre et la santé de la reproduction

Davison, Peter, Roger Davis, and Andrew Safer, *Healthy Relationships Violence Prevention Curriculum* (Halifax, Nova Scotia: Men for Change, 1997). Document accessible au : www.m4c.ns.ca/

Gender and Health Group, *Guidelines for the Analysis of Gender and Health* (Liverpool: Department for International Development [DFID] and the Liverpool School of Tropical Medicine, January 1999). Document accessible au : www.liv.ac.uk/lstm/.

International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region, *Manual to Evaluate Quality of Care from a Gender Perspective* (New York: IPPF/WHO, January 2000). Document accessible au : www.ippfwhr.org.

Ipas and HD Networks, *Gender or Sex: Who Cares? Skills-Building Resource Pack on Gender and Reproductive Health for Adolescents and Youth Workers* (Chapel Hill, NC: Ipas, 2001). Document accessible au : www.ipas.org.

Paulson, Susan, Maria Elena Gisbert, and Mery Quitón, *Guide for Rethinking Differences and Rights in Sexual and Reproductive Health:*

A Training Manual for Health Care Providers (Research Triangle Park, NC: Women Studies Project of Family Health International through a Cooperative Agreement with USAID, 1999).

Program for Appropriate Technology in Health, *Promoting a Healthy Alternative to Female Genital Mutilation: A Tool for Program Implementers* (Washington, DC: PATH, 2001). Document accessible au : www.path.org.

Sorenskin, Freya, Kelly Stewart, Laura Duberstein Lindberg, Marta Pernas, and Sean Williams, *Involving Males in Preventing Teen Pregnancy; A Guide for Program Planners* (Washington, DC: The Urban Institute). Document accessible au : www.urban.org/family/invmales.html.

Swedish International Development Cooperation Agency, *Handbook for Mainstreaming: A Gender Perspective in the Health Sector* (Stockholm: SIDA, 1997). Document accessible au : www.sida.se.

Welbourn, Alice, *Stepping Stones: A Training Package on HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills* (London, UK: ACTIONAID, 1995). Disponible auprès de TALC Publications, www.talcuk.org/stratshope/order.html.

World Health Organization, *Transforming Healthy Systems: Gender and Rights in Reproductive Health* (A Training Manual for Health Managers) (Geneva: WHO, 2000). Document accessible au : <http://who.int/reproductive-health/>.

Autres manuels de planification (multisectorielle) sur le genre

Chambers, R., "Participatory Rural Appraisal (PRA): Challenges, Potentials and Paradigm," *World Development* 22, no.10 (1994): 1437-1454.

Connell, D., "Participatory Development: An Approach Sensitive to Class and Gender," *Development in Practice* 7, no. 3 (1997): 248-259.

European Union, *A Guide to Gender Issues in Managing European Community Cooperation with Latin American, Asian, and Mediterranean Countries* (Brussels: EU, 1993).

Lingen, A. with R. Brouwers, *Gender Assessment Studies: A Manual for Gender Consultants* (The Hague: ISSAS/NEDA, 1997).

Moser, Caroline, *Evaluating Gender Impact: New Directions for Evaluations* 67 (1995): 105-117.

Overholt, C., K. Cloud, M. Anderson, and J. Austin, *Gender and Development: A Framework for Project Analysis* (Rome: FAO, 1991).

Rao, A., M. Anderson, and C. Overholt, *Gender Analysis in Development Planning: A Case Book* (West Hartford: Kumarian Press, 1985).

World Bank (nd.), *Checklist of Current Interventions to Incorporate Gender into the Project Cycle* (Washington, DC: The World Bank). Document accessible au : www.worldbank.org/gender.

Ressources sur le genre en matière de suivi et d'évaluation

Canadian International Development Agency, *Guide to Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1995).

Canadian International Development Agency, *A Project Level Handbook: The Why and How of Gender-Impact Indicators* (Ottawa: CIDA, 1996).

Hardon, A., A. Mutua, S. Kabir, and E. Engalkes, *Monitoring Family Planning and Reproductive Rights: A Manual for Empowerment* (London: Zed Press, 1997).

Osterhaus, Juliane and Walter Salzer, *Gender Differentiation throughout the Project Cycle: Pointers for Planning, Monitoring and Evaluation* (Eschbom: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 1995). Document accessible au : www.gtz.de/home/english.

Approches en matière d'intégration aux politiques des considérations liées au genre

Gherardi, S., *Gender, Symbolism and Organisational Cultures* (London: Sage Publications, 1995).

MacDonald, M, E. Sprenger, and I. Dubeel, *Gender and Organisational Change — Bridging the Gap between Policy and Practice* (Amsterdam: Royal Tropical Institute, 1997).

Murthy, R., "Power, Institutions, and Gender Relations: Can Gender Training Alter the Equation?" *Development in Practice* 8, no. 2 (1998): 203-211.

The World Bank, *Engendering Development — Through Gender Equality in Rights, Resources, and Voice* (Washington, DC: World Bank, 2001). Document accessible au : www.worldbank.org/gender/prr/.

Autres références

Alberti, Amalia, Deborah Caro, Jill Posner, Sidney Schuler, and Anna-Britt Coe, *Strengthening ReproSalud's Monitoring and Evaluation Strategies* (Washington, DC: POPTech Project, 1998).

Alsop, R., "Whose Interests? Problems in Planning for Women's Practical Needs," *World Development* 21, no. 3 (1993): 367-377.

Bruce, Judith, and Debbie Rogow, *Alone You Are Nobody, Together We Float: The Manuela Ramos Movement* (New York: Population Council, 2000). Document accessible au : www.popcouncil.org.

The Centre for Development and Population Activities, *Adolescent Girls in India Choose a Better Future: An Impact Assessment* (Washington, DC: CEDPA, September 2001).

The Center for Reproductive Law and Policy, *Reproductive Rights 2000: Moving Forward* (New York: CRLP, 2000). Document accessible au : www.crlp.org.

_____, *Reproductive Rights are Human Rights* (New York: CRLP, 1999).

Coe, Anna-Britt, *Health, Rights, and Realities: An Analysis of the ReproSalud Project* (Takoma Park, MD: Center for Health and Gender Equity, April 2001).

de Bruyn, Maria, Helen Jackson, Marianne Wijermars, Virginia Curtin Knight, and Riet Berkvens, *Facing the Challenges of*

HIV/AIDS/STDs: a gender-based response (Amsterdam: KIT, SAfAIDS, World Health Organization, 1995/8).

The Federation for Women and Family Planning, *Advocacy for Women's Reproductive Health and Rights: Developing a Grassroots Strategy in Poland* (Washington, DC: CEDPA and PROWID/ICRW, 1999).

Gaer, Felice D., "And Never the Twain Shall Meet. The Struggle to Establish Women's Rights as International Human Rights," in *The International Human Rights of Women: Instruments of Change* (Chicago: American Bar Association, 1998).

Galdos, Susana and Barbara Feringa, *Creating Partnerships at the Grassroots Level: The REPROSALUD Project, Peru* (Lima: Movimiento Manuela Ramos, sans date).

Hawkesworth, M., "Policy Studies Within A Feminist Frame," *Policy Sciences*, 27 (1994): 97-118.

Kabeer, Naila, "Gender-Aware Policy and Planning: A Social Relations Perspective," in M. Macdonald (ed.), *Gender Planning In Development Agencies* (Oxford: Oxfam, 1994): 80-97.

Men, Masculinities and Gender Relations in Development. Document accessible au : www.brad.ac.uk/acad/dppc/gender/mandmweb/contents.html.

Molyneux, M., "Mobilization without Emancipation/Women's Interests, State and Revolution in Nicaragua," *Feminist Studies*, 11, no. 2(1985): 227-254.

Moser, Caroline, *Gender Planning and Development. Theory, Practice and Training* (London: Routledge, 1993).

Moser, Caroline, "Gender Planning in the Third World: Meeting Practical and Strategic Gender Needs," *World Development* 17, no. 11 (1989): 1799-1818.

Murison, Sarah, "Some Thoughts on Capacity and Leadership for Gender Mainstreaming," communication présentée lors du Third Change Agents Workshop (Washington, DC: InterAction, November 29, 2001).

OECD, *DAC Guidelines for Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation* (Paris: OECD, 1998).

Oyediran, Kola and Charles Teller, *Linkages between Women's Participation in Democratic Activities and Reproductive Health Behaviors: A Case Study of Plateau State, Nigeria* (Washington, DC: CEDPA, August 2003).

Population Council, *Power in Sexual Relationships: An Opening Dialogue Among Reproductive Health Professionals* (New York: Population Council, 2001).

Razavi, S., "Fitting Gender Into Development Institutions," *World Development* 25, no.7 (1997): 1111-1125.

Secretary General of the United Nations, *Road Map towards the Implementation of the United Nations Millennium Declaration* (New York: UN, September 6, 2001).

Tostan, *Breaking through in Senegal: The Process that Ended Female Genital Cutting in 31 Villages* (New York: Population Council, 1999).

Tostan, *Senegalese Women Remake Their Culture*, (sans date). Document accessible au : www.tostan.com/.

Truong, T., "Gender And Human Development: A Feminist Perspective," *Gender, Technology And Development* 1, no. 3 (1997): 350-370.

United States Agency for International Development, *From Commitment to Action: Meeting the Challenges of ICPD* (Washington, DC: USAID, 1999).

Wieringa, S., "Women's Interests and Empowerment: Gender Planning Reconsidered" *Development and Change* 25, no.4 (1994): 829-848.

Young, K., "Reflections on Meeting Women's Needs," in K. Young (ed) *Women and Economic Development: Local, Regional And National Planning Strategies* (Paris: UNESCO, 1988): 1-30.

Le Groupe de travail interagences sur le genre (IGWG), établi en 1997, est un collectif qui regroupe des organisations non gouvernementales, l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), des agences de coopération et le Bureau de la Santé mondiale de l'USAID. L'IGWG encourage l'équité/l'égalité des genres dans le contexte des programmes de population, de santé et de nutrition en vue d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé de la reproduction et de VIH/SIDA et de favoriser le développement durable. Pour tout renseignement complémentaire, consulter le site www.igwg.org.

**Pour obtenir des exemplaires supplémentaires,
prière de s'adresser à :**

**Population Reference Bureau
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520
Washington, DC 20009-5728
Site web : www.prb.org
Téléphone : (202) 483-1100
Courriel : prborders@prb.org**

