

Édition

Programme VITA, Programme de coopération au développement dans le domaine de la santé en Afrique
Agence espagnole de coopération internationale (AECI)
Avda. Reyes Católicos, 4. Madrid 28040
Tél. + 34 91 583 83 16. Fax. + 34 91 583 82 29
Courriel: programa.vita@aeci.es
www.aeci.es/vita
Traduction: Sophie Courgeon

Responsable de la recherche

Julia Espinosa Fajardo
Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI)
Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Groupe d'experts

Carlos Mediano Ortega
Federación de Asociaciones Medicus Mundi España (FAMME)

Lucía Mazarrasa Alvear

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Casilda Velasco Juez

Asociación Andaluza de Matronas

Visitación Cañizal

Experte Genre et Développement

Nava San Miguel

Direction générale de planification et d'évaluation des politiques de développement.
Secrétariat d'État à la Coopération internationale

Collaborations

Medicus Mundi Andalucía;
AMREF Flying Doctors. Fondation africaine pour la médecine et la recherche;
Federación Española de Planificación Familiar;
Médicos del Mundo;
Enfermeras para el Mundo

© PROGRAMA VITA. AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL 2005
Tous droits réservés.

Ce guide peut être recopié et reproduit par tous les professionnels de la santé et/ou de la coopération devant prendre des décisions et formuler des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive en Afrique. Le présent document, le programme VITA et l'institution responsable de l'édition (AECI 2005) devront être cités. Tout commentaire et toute suggestion relatifs au présent guide seront les bienvenus et pourront être envoyés à l'adresse suivante : programa.vita@aeci.es

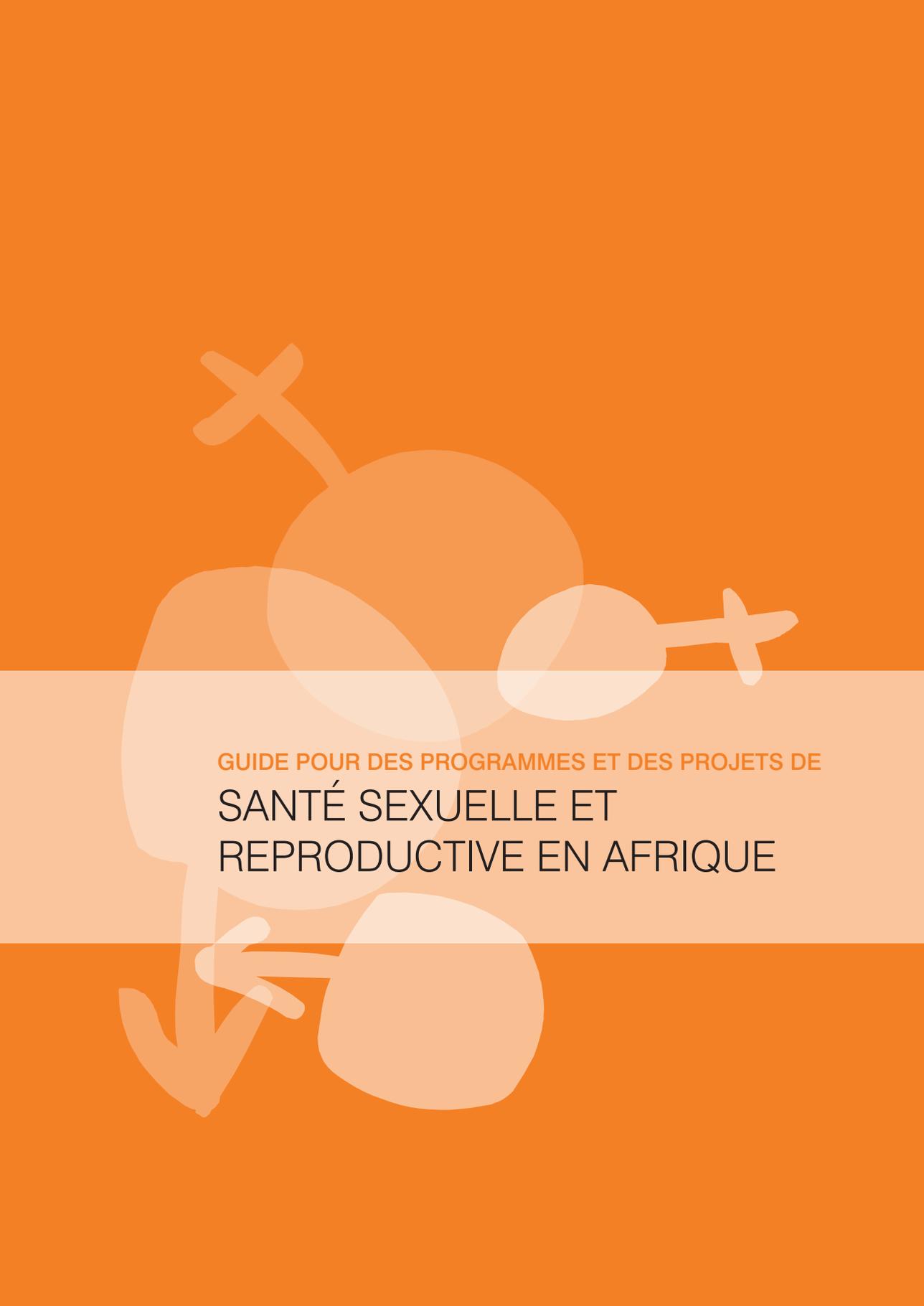
Mise en page et impression

www.baetica.com

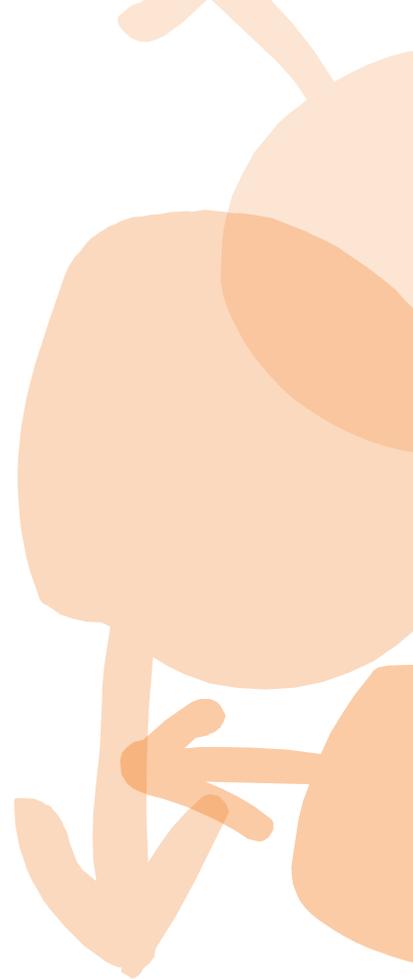
NIPO: 502-05-025-9

Dépôt légal: xxxxxxxxxxxx

Impression: Lerko Print, S.A.



GUIDE POUR DES PROGRAMMES ET DES PROJETS DE
SANTÉ SEXUELLE ET
REPRODUCTIVE EN AFRIQUE



¹ Le programme VITA, programme de coopération au développement dans le domaine de la santé en Afrique, qui a vu le jour en janvier 2004 à l'initiative de l'Agence espagnole de coopération internationale, rattachée au Ministère des Affaires étrangères et de la Coopération, traduit les efforts mis en œuvre pour obtenir une plus grande coordination et complémentarité des acteurs espagnols travaillant au développement du secteur santé en Afrique.

Le programme VITA bénéficie de la participation des ministères de la Santé et de la Consommation, de l'Économie et des Finances, de l'Industrie et de l'Éducation et de la Science, ainsi que de la participation des Communautés autonomes suivantes : Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Gobierno de Cantabria, Región de Murcia, Gobierno de la Rioja, Generalitat Valenciana, Gobierno de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid et Junta de Castilla-León.

www.aeci.es/vita



PROLOGUE

En 2005, l'Organisation mondiale de la santé a consacré la Journée mondiale de la santé à la santé de la femme et de l'enfant. Dans ce cadre, le programme VITA, en collaboration avec la Fondation pour la santé et la coopération internationale Carlos III et le Conseil de l'Ordre des médecins de Madrid, a organisé des journées techniques de coopération sur ce thème, auxquelles ont participé des experts en santé de plus de 20 pays d'Afrique ainsi que plus d'une centaine de professionnels du monde de la santé et de la coopération provenant d'organismes internationaux, d'administrations publiques, d'ONGD, d'universités, etc.

Ces journées avaient pour objectif de parvenir à un consensus sur les points suivants : la situation actuelle en matière de mortalité maternelle et infantile, les nouvelles perspectives de la coopération internationale dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, l'implication de la femme dans les politiques publiques de santé, et les soins de santé primaires. Ce guide pratique est le fruit du travail des personnes ayant participé aux quatre ateliers mis en place lors de ces journées.

L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive est l'un des axes spécifiques et prioritaires du nouveau plan directeur de la coopération espagnole 2005-2008 et du programme VITA¹, en vue d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement.

Le présent guide répond en outre à l'une des priorités horizontales de la coopération espagnole, réaffirmée dans le plan directeur : l'équité de genre, un principe qui implique l'intégration transversale de la perspective de genre, dans le cadre d'une approche Genre et Développement (GED), dans toutes les actions de coopération et autres instruments de planification. C'est là la seule façon de surmonter les problèmes dérivés des relations inégales de pouvoir entre les personnes, qui empêchent les femmes de devenir plus autonomes et perpétuent la pauvreté.

Nous souhaitons assurer la plus grande diffusion possible à ce guide, et accroître la qualité des projets et des programmes de coopération espagnole mis en œuvre dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive sur le continent africain, afin de pouvoir atteindre, en luttant ensemble, les Objectifs du millénaire pour le développement.

Leire Pajín Iraola
Secrétaire d'État à la Coopération internationale

Remerciements

Ce guide a été élaboré grâce à la collaboration de tous les participants aux conférences de la Journée mondiale de la santé, qui se sont tenues les 5 et 6 avril 2005, ainsi qu'à celle des professionnels de la santé et de la coopération provenant de différentes Communautés autonomes, de ministères, d'ONGD, de fondations, d'écoles de santé publique, d'associations d'étudiants, ... Et surtout grâce aux conférenciers et aux participants qui sont venus d'Afrique : Aderemi Adenike Adeyemi¹, Alfonso Herruzo², Alphonse McDonald's³, Anne Karimi Njeru⁴, Cachimo Machude Mulina⁵, Carlos Mediano⁶, Casilda Velasco⁷, Chafik Chraïbi⁸, Charles Nkioka⁹, Diana Sojo¹⁰, Edna Kingazi Matasha¹¹, El Hadi Lamine Dieje¹², Elisabeth P. Makaya¹³, Elsa Jacinto, José María Nehemia¹⁴, Esmat Mansour Ibrahim¹⁵, Esperanza Ferreira de Carvalho¹⁶, Essia Ben Farhat¹⁷, Fanta Sawadogo¹⁸, Guillaume Luyeye Matondo¹⁹, Isilda María Simoes²⁰, Isselmou Ould Bouckary²¹, Joseph Benie-Bi²², Juan Garay²³, Juan Sebastián Mitogo²⁴, Lucía Mazarrasa²⁵, Menna Ould Tolba²⁶, Mercedes Juarez²⁷, Nabiha Gueddana²⁸, Nejmudin Kedir Balil²⁹, Nicole Mouelle Eteki³⁰ et Pascaline Sebgo³¹. Nous remercions également Damiano Sartori³², Javier Maroto³³, Beatriz Vega et Corina Mora³⁴, Ximena Sartori, Oriana Ramírez et Isabel del Castillo³⁵ pour la coordination logistique.

¹ Ministère de la Santé du Nigeria

² Université du Pays basque

³ UNFPA

⁴ Ministère de la Santé du Kenya

⁵ Ministère de la Santé du Mozambique

⁶ Federación de Asociaciones de Medicus Mundi-España

⁷ Asociación Andaluza de Matronas

⁸ Université de Rabat, Maroc

⁹ UNESCO

¹⁰ Médicos del Mundo

¹¹ AMREF Tanzanie

¹² Fundació Barcelona Sida 2002, Sénégal

¹³ Ministère de la Santé du Gabon

¹⁴ Ministère de la Santé du Mozambique

¹⁵ Ministère de la Santé d'Égypte

¹⁶ Ministère de la Santé de Saô Tomé-et-Principe

¹⁷ Ministère de la Santé de Tunisie

¹⁸ Medicus Mundi Andalucía, Burkina Faso

¹⁹ Ministère de la Santé de la République démocratique du Congo

²⁰ Ministère de la Santé d'Angola

²¹ UNICEF Niger

²² Ministère de la Santé de Côte-d'Ivoire

²³ DG DEV Commission européenne

²⁴ FERS. Guinée équatoriale

²⁵ Escuela Nacional de Sanidad

²⁶ Ministère de la Santé de Mauritanie

²⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS)

²⁸ Office National de Population et Famille. Tunisie

²⁹ Ministère de la Santé d'Éthiopie

³⁰ Ministère de la Santé du Cameroun

³¹ Groupe d'appui en Santé, Communication et Développement du Burkina Faso (GASCODE)

³² Medicus Mundi Andalucía

³³ Fundación para Cooperación y Salud Internacional Carlos III (FCSAI)

³⁴ Cabinet de communication de l'AECI

³⁵ Programme VITA de coopération au développement dans le domaine de la santé en Afrique



SOMMAIRE

Introduction	11
1. La santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la coopération internationale	13
1.1. La santé sexuelle et reproductive dans les approches de développement	14
De l'approche Bien-être à l'approche Genre et Développement	14
1.2. Engagements internationaux	18
1.3. La politique espagnole de coopération	22
2. La situation de la santé sexuelle et reproductive. Le cas de l'Afrique	25
3. Stratégies de promotion de la santé sexuelle et reproductive	33
3.1. La transversalité de l'approche de genre («gender mainstreaming»)	36
3.2. Les soins de santé primaires(SSP)	41
3.3. L'éducation pour la santé (EPS)	44
3.4. L'empowerment des femmes	49
4. Lignes d'action. Quatre cas pratiques	53
4.1. Complications au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum	54
4.2. Violence de genre	61
4.2.1. La violence intrafamiliale	62
4.2.2. La mutilation génitale féminine	65
4.3. Pratiques contraceptives	71
4.4. IST. Le cas du sida	76

Tableaux	81
Tableau I. Le rôle des hommes dans la santé sexuelle et reproductive	82
Tableau II. Le travail auprès des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive	83
Tableau III. Techniques participatives pour des programmes de santé sexuelle et reproductive	84
Annexes	87
Annexe I. Engagements de la communauté internationale en matière de santé sexuelle et reproductive	88
Annexe II. États africains représentés aux conférences du Caire et de Pékin	89
Annexe III. Analyse de genre et santé sexuelle et reproductive	91
Annexe IV. Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive	93
Glossaire	97
Sigles et acronymes	98
Bibliographie	99
Sites web utiles	103



INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive est aujourd'hui l'un des principaux domaines d'intervention en matière de coopération pour le développement et la santé, comme en font foi les principaux engagements internationaux et le plan directeur de la coopération espagnole (2005 – 2008).

Réalisé dans le cadre du programme VITA, programme de coopération au développement dans le domaine de la santé en Afrique, le présent guide prétend fournir une approche pratique du travail dans le domaine concret de la santé¹. Les pages suivantes offrent un récapitulatif des connaissances en la matière et reflètent les récents progrès réalisés dans le cadre de programmes et de projets de santé sexuelle et reproductive, afin d'orienter et de former les personnes devant prendre des décisions et formuler des interventions en matière de santé sexuelle et reproductive en Afrique.

Ce guide aborde le thème de la santé sexuelle et reproductive, tel qu'il a été défini dans le cadre de la Plate-forme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), et tel qu'il est envisagé dans le plan directeur de la coopération espagnole. Conçu dans un but pratique, il dresse un tableau des champs d'action prioritaires et des stratégies spécifiques de promotion de la santé.

Dans cet esprit, les deux premiers chapitres présentent les relations entre la question du genre et la santé sexuelle et reproductive, les engagements internationaux en vigueur, et la situation actuelle du continent africain. Quant aux deux derniers chapitres, ils exposent les quatre stratégies principales de promotion de la santé sexuelle et reproductive et fournissent quatre cas pratiques d'application, qui montrent de manière concrète comment les stratégies de transversalité de l'approche de genre, des soins de santé primaires (SSP), d'éducation pour la santé (EPS) et d'empowerment des femmes peuvent être appliquées dans les domaines suivants : grossesse et accouchement difficiles, violence de genre, contraception et VIH/sida.

Julia Espinosa Fajardo

¹ Ce guide est le fruit du travail réalisé par les organisations et les institutions qui ont participé aux « Journées techniques de coopération internationale : santé de la femme et de l'enfant en Afrique », organisées par le programme VITA les 5 et 6 avril dans les bâtiments du Conseil de l'Ordre des médecins de Madrid.



1.

■ LA SANTÉ SEXUELLE REPRODUCTIVE DANS LE CADRE DE LA COOPÉRATION INTERNATIONALE



1.1

LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LES APPROCHES DE DÉVELOPPEMENT

DE L'APPROCHE BIEN-ÊTRE À L'APPROCHE GENRE ET DÉVELOPPEMENT

Les seules différences biologiques ne suffisent pas à expliquer les différences en matière de santé entre les hommes et les femmes. Celles-ci sont également liées en grande mesure à l'inégalité en termes de position sociale et à l'absence de droits des femmes. Même si les femmes ont une espérance de vie plus longue que les hommes dans presque tous les pays du monde, elles souffrent de conditions de vie et de santé dans l'ensemble moins favorables, une réalité qui se reflète clairement dans le domaine de la reproduction et de la sexualité.

Par ailleurs, les problèmes de santé relatifs à la reproduction et à la sexualité sont généralement associés aux seules femmes, dont souvent les caractéristiques biologiques sont utilisées pour essayer d'expliquer ces mêmes problèmes. Cependant, dans le domaine de la reproduction et de la sexualité, il convient de s'intéresser aux deux sexes et de prendre en compte la composante socioculturelle de la santé.

Le concept de «**santé sexuelle et reproductive**» intègre cette composante socioculturelle de la santé, en insistant sur les droits sexuels et reproductifs et en soulignant

également l'importance de travailler autant auprès des hommes que des femmes.

Comme nous le verrons au chapitre suivant, ce concept, né du mouvement féministe des années 70 et 80 qui revendique vigoureusement les droits sexuels, ne sera pas reconnu sur le plan international, ni pris en compte dans les approches de développement, avant la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994). Plus exactement, c'est l'approche Genre et Développement (GED) qui intégrera véritablement le concept de «santé sexuelle et reproductive». Revoyons toutefois les principales caractéristiques des différentes approches –Bien-être, Femme et Développement (FED) et Genre et Développement (GED)–, et comment chacune d'entre elles aborde les thèmes relatifs à la reproduction et à la sexualité.

L'approche Bien-être, développée au cours des premières décennies des Nations Unies, fait référence à la santé materno-infantile, et non à la santé sexuelle et reproductive. Les femmes sont considérées comme des bénéficiaires passives des processus de développement, leur rôle fondamental dans la société étant de mettre au monde des enfants et de s'en occuper. Il n'existe pas d'analyses sur les conditions de santé des femmes en matière de reproduction et de sexualité, si ce n'est les analyses en rapport avec leurs caractéristiques biologiques. Quant à la stratégie d'action, elle se concentre sur le travail reproductif des femmes.

Les années soixante-dix voient l'essor de l'approche **Femme et Développement** (FED), dans le cadre de laquelle, au cours

de cette décennie et de la suivante, trois stratégies sont mises en œuvre: la stratégie «équité», la stratégie «anti-pauvreté» et la stratégie «efficacité». La stratégie «équité» vise à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, la stratégie «anti-pauvreté» à aider les femmes les plus pauvres à accroître leur productivité afin de stimuler le développement, et la stratégie «efficacité» à favoriser un développement plus efficace et effectif en considérant la femme comme un agent économique actif (Moser, 1995).

De façon générale, l'approche FED insiste sur l'importance de la contribution active des femmes au développement, entendu comme croissance économique, et considère que l'incorporation de la femme au secteur productif conduira à l'égalité entre les sexes. Cette approche consiste essentiellement à «analyser les femmes, leurs rôles et leurs activités de façon hautement différenciée, si ce n'est opposée, par rapport aux hommes» (Cirujano Campano, 2004).

Concrètement, en matière de reproduction et de sexualité, les femmes continuent à être considérées séparément. Les lignes d'actions cherchent à visualiser les problèmes de santé des femmes et à mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé qui leur sont particulièrement adressés. La capacité des femmes à tomber enceintes et leur rôle reproductif font l'objet d'une attention spécifique, le rôle des hommes dans tout ce processus n'étant pas pris en compte. La croissance économique passe par la santé des femmes, et l'accent doit être porté sur leurs problèmes spécifiques et différentiels. On considère donc nécessaire de définir et de défendre les «droits

des femmes» qui, dans l'approche Bien-être, étaient assimilés à ceux de la famille.

Pour sa part, **l'approche Genre et Développement (GED)**, lancée dans les années quatre-vingt, s'est consolidée sur le plan international à l'occasion de la Conférence de Pékin (1995) en tant qu'approche de travail en matière de développement et d'égalité hommes-femmes. L'approche GED représente un changement radical de perspective et l'intégration du concept de «santé sexuelle et reproductive». Elle apporte un concept totalement nouveau, le concept de genre «qui fait référence aux rôles, aux responsabilités et aux opportunités liés au fait d'être homme ou d'être femme, ainsi qu'aux relations socioculturelles entre les femmes et les hommes, les petites filles et les petits garçons. Ces caractéristiques, ces opportunités et ces relations sont socialement construites et s'apprennent au travers du processus de socialisation. Ce sont des aspects spécifiques de chaque culture, qui changent au fil du temps, en raison, notamment de l'action politique» (AECI, 2004: 15).

L'inégalité entre les hommes et les femmes, qui se traduit par le rôle subordonné de la femme dans la société, explique les mauvais indicateurs de santé en matière de reproduction et de sexualité féminine.

Par ailleurs, la reproduction et la sexualité ne sont pas seulement une affaire de femmes. Le rôle des hommes en ce domaine, en termes de disponibilité et d'exercice des responsabilités qui leur incombent, est fondamental pour instaurer des relations d'égalité qui puissent permettre de jouir du droit à la santé de façon équitable. Même si



ce sont les femmes qui souffrent le plus des privations et qui sont les premières victimes de l'exclusion des ressources sociales, économiques et politiques, les stratégies qui visent à instaurer des changements durables doivent s'intéresser aux hommes, en renforçant leur responsabilité et en reconsidérant les relations de pouvoir existant entre les deux sexes. Ce sont les «droits sexuels et reproductifs» des hommes et des femmes qui sont revendiqués.

Par conséquent, la stratégie d'action du GED choisit d'élaborer et de mettre en

œuvre les politiques et les programmes en impliquant les deux genres et en tenant compte des inégalités.

En général, les trois approches que nous venons de présenter ont été appliquées au cours des dernières décennies, l'une ou l'autre prédominant en fonction des concepts de développement en vigueur. A l'heure actuelle, l'approche GED est celle qui répond le mieux à la notion de développement axé sur les personnes et, comme nous l'avons précisé, elle est la seule à intégrer le concept de «santé sexuelle et reproductive»

Tableau 1. La santé en matière de reproduction et de sexualité dans les différentes approches de développement.

Approches	Santé en matière de reproduction et de sexualité	Stratégie d'action
Approche Bien-être 1950-1970.	Le terme utilisé est celui de «santé materno-infantile».	Centrée sur la femme en tant que mère, son rôle étant de mettre les enfants au monde et de s'en occuper.
Approche Femme et Développement (FED) À partir de 1970.	La santé sexuelle est ajoutée à la santé reproductive. Cependant, le concept de santé sexuelle et reproductive concerne exclusivement la santé et les droits des femmes.	Axée sur le rôle reproductif des femmes comme bien économique. On peut distinguer trois stratégies: > Stratégie «équité» > Stratégie «anti-pauvreté» > Stratégie «efficacité»
Approche Genre et Développement (GED) Depuis le milieu des années 80	Un lien est établi entre la santé sexuelle et reproductive et les inégalités de genre. Le concept est celui qui a été défini lors de la Conférence du Caire.	Implication des hommes et des femmes dans les politiques et les programmes par le biais de deux stratégies: > Transversalité (mainstreaming de genre). > Pouvoir d'action (empowerment).

Source: Élaboration personnelle



En savoir plus

- > AECl (2004), *Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española*. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > ANTOLÍN, L. (1997) *Cooperación en salud con perspectiva de género*. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUAP.
- > CIRUJANO CAMPANO, P. (2004) *La igualdad de género en el ámbito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. El caso español*. Madrid. UNED (thèse inédite).
- > DE LA CRUZ, Carmen (1998) *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*. Vitoria. Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior. Dirección de Cooperación al Desarrollo. Disponible sur <http://www.emakunde.es>.
- > LÓPEZ MENDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) *Integrando el análisis de género en el desarrollo*. Madrid. IUDC.
- > MARCH, C.; SMYTH, I.; MUKHOPADHYAY, M. (1999) *A Guide to Gender Analysis Frameworks*. Oxford. Oxfam.
- > MOSER, C. (1995) *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*. Lima. Perú. Flora Tristán Editores.
- > SOJO, D.; SIERRA B. y LÓPEZ, I. (2002) *Salud y género*.
- > *Guía práctica para profesionales de la cooperación*. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.



À retenir

- > Les différences en matière de santé entre les hommes et les femmes ne s'expliquent pas uniquement par leurs différences biologiques. Il est nécessaire de prendre également en compte les inégalités sociales, politiques, économiques et culturelles qui existent entre les deux sexes.
- > Il est nécessaire, en matière de reproduction et de sexualité, de travailler à la fois auprès des femmes et des hommes.
- > Le concept de **santé sexuelle et reproductive**, reconnu internationalement depuis la Conférence du Caire (1994), intègre la composante sociale de la santé en insistant sur l'exercice des droits sexuels et de reproduction, et préconise de travailler autant auprès des hommes que des femmes.
- > L'approche Bien-être est axée sur la santé de la femme en tant que mère, et établit un lien étroit entre celle-ci et celle des enfants.
- > Même si elle intègre la dimension de la santé sexuelle, l'approche **Femme et Développement (FED)** centre son action exclusivement sur les femmes.
- > L'approche **Genre et Développement (GED)** est la seule à intégrer le concept de «santé sexuelle et reproductive». Elle souligne l'importance de travailler auprès des hommes et des femmes afin de réduire les inégalités en matière de santé entre les deux sexes, associées à des questions biologiques, mais aussi sociales, culturelles, économiques et politiques.



1.2 ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX

Depuis le milieu du XX^e siècle, la **Déclaration universelle des droits de l'homme** (1948) reconnaît la santé comme l'un des droits fondamentaux de l'être humain et une condition essentielle pour une vie digne. Cette même déclaration, qui est également la première à mentionner directement la santé maternelle et infantile, signale à l'article 25.2 que «la maternité et l'enfance ont droit à une aide et une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage jouissent de la même protection sociale».

Par ailleurs, la **Constitution de l'Organisation mondiale de la santé** (1948) reconnaît que l'une des fonctions de l'organisation est de «faire progresser l'action en faveur de la santé et du bien-être de la mère et de l'enfant et [de] favoriser leur aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation» (article 2.i).

En ce qui concerne la maternité, l'**Organisation internationale du travail**, quant à elle, approuve en 1952 la Convention sur la protection de la maternité, ratifiée par l'Espagne et quelques pays africains².

Presque trois décennies plus tard, la **Conférence d'Alma-Ata** (1978) insiste sur la relation vitale qui existe entre la santé et le développement et, préconisant une approche intégrale, engage les nations et organismes participants à travailler au développement des soins de santé primaires (SSP) afin d'atteindre l'objectif « Santé pour tous en l'an 2000 ». La Déclaration d'Alma-Ata souligne que les

soins de santé primaires doivent comprendre au minimum, entre autres, «la protection maternelle et infantile, y compris la planification familiale» (Déclaration d'Alma-Ata, VII.C).

Dans le même esprit, un an plus tard, en 1979, la **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes** (CEDAW), fruit d'années de travail de la Commission de la Condition juridique et sociale de la femme, encourage, à l'article 10 «l'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille».

Cependant, ce n'est qu'à l'occasion de la **Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement** (Le Caire, 1994) que l'accent est définitivement mis sur le concept de santé sexuelle et reproductive et sur l'importance de l'exercice des droits sexuels et reproductifs.

Désormais, le terme de santé maternelle et infantile n'est plus utilisé, et le concept en jeu est celui de la santé sexuelle et reproductive. Les décès et les maladies liés à la maternité sont reconnus comme des violations des droits des femmes, étant directement associés au statut social de celles-ci, à leur indépendance économique, leur position politique et, en définitive, à l'absence d'égalité entre les hommes et les femmes, et l'on comprend que le concept de santé maternelle, exclusivement lié à la mortalité et à la morbidité maternelles, doit être envisagé dans cette optique.

² Cette convention (n° 103) a été révisée en 2000 par une nouvelle convention (n° 183). Le Ghana, la Guinée équatoriale et la Jamahiriya arabe libyenne ont signé la convention de 1952

Le concept de **santé reproductive** est défini à l'heure actuelle comme «un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, dans tous les domaines en rapport avec le système reproducteur, ses fonctions et ses processus. Il comprend également la capacité de jouir d'une vie sexuelle satisfaisante et sans risques, ainsi que de procréer, et de décider librement si l'on veut procréer ou non, quand et à quel rythme» (UNFPA, 2004). Dans cette perspective, le terme de santé reproductive présente une conception holistique de la santé associée à la sexualité et à la reproduction.

Services minimums en matière de santé reproductive

- > Services d'information, de conseil, d'éducation et de communication en matière de contraception et de santé reproductive.
- > Éducation et suivi prénatal, accouchements sans risque et post-partum.
- > Soins de santé pour les nouveaux-nés.
- > Accès à des méthodes contraceptives efficaces et modernes.
- > Information sur les infections, y compris les infections sexuellement transmissibles, et traitement desdites infections.
- > Services d'avortement sans risque et traitement des éventuelles complications.
- > Prévention et traitement de la stérilité.
- > Information, éducation et conseil en matière de sexualité, santé reproductive, maternité et paternité responsables, en travaillant notamment auprès des jeunes.
- > Participation de la femme à la direction, la planification, la prise de décisions, etc., dans les services de santé sexuelle et reproductive.
- > Services d'éducation et de protection afin de lutter contre la violence de genre.

Source: Elaboration personnelle à partir de données fournies par Médicos del Mundo (1999)..

Par ailleurs, il est établi que la **santé sexuelle** a pour objectif «le développement de la vie et des relations personnelles, et qu'il ne s'agit pas seulement d'exercer une activité de conseil et de soins en matière de reproduction et d'infections sexuellement transmissibles» (UNFPA, 2004).

La Conférence du Caire met l'accent sur l'importance de la santé sexuelle et reproductive, ainsi que sur celle des droits sexuels et reproductifs en tant qu'éléments essentiels de la lutte contre la pauvreté. Loin du modèle basé sur la croissance démographique et la planification familiale, Le Caire propose un modèle axé sur les droits, au sein duquel le bien-être des personnes est l'élément fondamental. La santé sexuelle et reproductive s'entend comme un droit humain supplémentaire s'inscrivant dans le droit général à la santé. Il s'agit autant d'améliorer la santé que de promouvoir la reconnaissance des droits des hommes et des femmes sur un pied d'égalité. Même s'il est également fait référence à la santé maternelle, cette référence s'inscrit dans une vision plus large de la sexualité et de la reproduction.

Toujours dans la même perspective, un an plus tard, la «Plate-forme pour l'action», adoptée dans le cadre de la **IV Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes** (Pékin, 1995) insiste sur le fait que «les droits humains des femmes comprennent le droit d'exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de reproduction, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine» et reconnaît que «la capacité des femmes à contrôler leur fécondité constitue une base fondamentale pour jouir d'autres droits».



Droits sexuels et reproductifs minimums	
Droits reproductifs	Droits sexuels
<ul style="list-style-type: none">> Décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants et du rythme des grossesses.> Posséder l'information, l'éducation et les moyens nécessaires pour agir de la sorte.> Prendre des décisions sur la reproduction sans aucune contrainte, discrimination ou violence.> Avoir accès à des services de santé primaires de qualité.> Bénéficier de mesures de protection de la maternité.	<ul style="list-style-type: none">> Décider librement et de manière responsable dans tous les domaines en lien avec la sexualité.> Droit à exercer la sexualité sans risques, hors de toute discrimination, contrainte ou violence relatives à la sexualité.> Droit au plaisir physique et émotionnel.> Droit à la libre orientation sexuelle.> Droit à l'information sur la sexualité.> Tout cela sur un pied d'égalité, avec le plein consentement de chacun dans un contexte de respect mutuel, en partageant les responsabilités et les conséquences des relations sexuelles> Droit à avoir accès à des services de santé.

Source: Elaboration personnelle à partir de données fournies par Médicos del Mundo (1999).

De leur côté, en 1996, l'Union européenne et tous ses États membres adoptent formellement le «Plan d'action sur la population et le développement du Caire». Dès lors, la politique de l'Union européenne en matière de santé sexuelle et reproductive s'aligne sur les principes du Caire, comme le souligne le règlement du Parlement européen et du Conseil «concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité des pays en développement» (2003). L'Union promeut «une approche holistique et la reconnaissance de la santé génésique et sexuelle et des droits connexes en matière de reproduction et de sexualité (...) notamment la protection de la maternité et l'accès universel à un éventail complet de soins et de services de santé génésique et sexuelle sûrs et fiables» (article 1.2).

Le **Comité d'aide au développement** (CAD), au sein de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), s'engage dans la voie ouverte au Caire et, considérant que «la santé sexuelle et reproductive est une composante essentielle du bien-être humain», il propose de développer des politiques qui reconnaissent l'existence de relations entre l'égalité et l'exercice des droits sexuels et reproductifs (CAD, 1998).

Enfin, les **Objectifs du millénaire** pour le développement (OMD), adoptés par l'ONU lors du Sommet du millénaire (2000), reprennent, dans le cadre de deux de leurs objectifs, des aspects fondamentaux pour l'amélioration de la santé reproductive à un niveau global: réduire la mortalité maternelle, et promouvoir l'égalité entre les genres tout en renforçant le pouvoir d'action des femmes (empowerment). Les derniers rap-

ports sur ce sujet révèlent ainsi que les indicateurs de ces deux objectifs sont en recul.

Mais, que s'est-il passé au cours des dernières années? **Quelles sont les perspectives actuelles en matière de santé sexuelle et reproductive?** Le consensus global atteint au Caire dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs traverse des moments difficiles, étant donné que le rythme d'accomplissement des engagements ne répond pas aux attentes.

Bien qu'elles aient donné lieu à une révision et à une nouvelle ratification des engagements adoptés en 1994, **les conférences Caire + 5** (1999) et **Caire + 10** (2005) ont révélé les risques auxquels nous devons aujourd'hui faire face en matière de santé sexuelle et reproductive.

Dans le même ordre d'idées, la conférence **Pékin + 10** (2005) a conclu que l'absence de droits en matière de santé sexuelle et reproductive, les indices élevés de violence contre les femmes partout dans le monde et l'incidence croissante de VIH/SIDA au sein de la population féminine témoignent du fait

que, dans de nombreux domaines encore, l'égalité n'est pas une réalité pour la femme³ et qu'il reste un long chemin à parcourir.

En dépit de toutes ces difficultés, les engagements du Caire et de Pékin ont été, dans leurs grandes lignes, de nouveau ratifiés, et le moment est venu de respecter ces engagements assumés par presque tous les pays du monde, parmi lesquels, notamment, l'Espagne et un grand nombre d'États africains⁴.

³ Déclaration de Carolyn Hannan, directrice de la Division de la promotion de la femme de l'ONU à la Conférence Pékin + 10.

⁴ La liste des États africains représentés lors des conférences du Caire et de Pékin est présentée à l'annexe II.



À retenir

- Depuis la Conférence du Caire (1994), le concept en jeu est celui de **santé sexuelle et reproductive**, l'accent étant notamment mis sur le fait que les hommes et les femmes doivent pouvoir exercer pleinement leurs droits sexuels et reproductifs.
- Contrairement au concept de santé materno-infantile, le concept de santé sexuelle et reproductive introduit une **vision holistique** de la santé

dans laquelle s'inscrivent la reproduction et la sexualité.

- Améliorer la santé sexuelle et reproductive signifie promouvoir les services minimums de santé reproductive, ainsi que les droits sexuels et droits reproductifs minimums, en promouvant l'égalité entre les hommes et les femmes.



En savoir plus

- > CAD (1998), Directrices y guía de conceptos del CAD sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Madrid. SECIPI-Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2002), "Los obstáculos que afronta el Plan de Acción de El Cairo". Disponible sur <http://www.fpfe.org/>
- > MÉDICOS DEL MUNDO (1999), Primer Taller sobre Género, Salud Reproductiva y Cooperación. Madrid. MÉDICOS DEL MUNDO.
- > SOJO, D., SIERRA B. y LÓPEZ, I. (2002), Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org
- > Règlement CE n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil, du 15 juillet 2003, concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité des pays en développement.
- > UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
- > WAISMAN, V. (2000), Reproducing Rights 2000: Moving Forward. Center for Reproductive Law and Policy. Disponible sur <http://www.crlp.org>
- > OMS <http://www.who.int/es/index-html>
- > Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- > Pékin + 10 <http://www.un.org/spanish/events/beijing10/>
- > UNFPA <http://www.unfpa.org/>

1.3 LA POLITIQUE ESPAGNOLE DE COOPÉRATION

«Les Espagnols son égaux devant la loi et ne peuvent faire l'objet d'aucune discrimination pour des raisons de naissance, de race, de sexe, de religion, d'opinion ou pour n'importe quelle autre condition ou circonstance personnelle ou sociale»

Article 14 de la Constitution espagnole.

Le positionnement de l'État espagnol en faveur de l'égalité est déjà présent dans la Constitution espagnole, qui interdit la discrimination pour des raisons de sexe. Dans

le cadre de la coopération, la défense de l'égalité homme-femme, érigée en principe de base, et l'intégration sociale de la femme, considérée comme une priorité sectorielle, sont le reflet de ce positionnement (Loi sur la coopération internationale 23/1998).

En matière de santé sexuelle et reproductive, ce positionnement en faveur de l'égalité de genre apparaît également dans le **Plan Directeur de la Coopération Espagnole (2005-2008)**, qui inscrit dans ses lignes stratégiques et ses actions prioritaires «l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et la réduction de la mortalité maternelle».

Concrètement, la politique espagnole de coopération s'aligne sur les principes définis lors de la Conférence du Caire et rejoint

les Objectifs du millénaire pour le développement des Nations Unies.

Ainsi, conformément aux engagements adoptés au Caire, elle reconnaît comme élément structurant de ses politiques «le respect et la défense des droits sexuels et reproductifs des femmes et des hommes (...), en considérant le cycle complet de vie sexuelle des personnes».

Par ailleurs, dans le cadre de l'objectif 5 des OMD, et plus précisément en vue d'améliorer la santé maternelle, elle définit les actions prioritaires suivantes:

- Amélioration du suivi gynécologique des femmes, en reconnaissant leurs besoins en ce domaine tout au long de leur vie.
- Éducation sexuelle et campagnes d'information et de sensibilisation sur la planification familiale, s'adressant aussi bien aux hommes qu'aux femmes et visant à leur fournir l'information nécessaire et l'accès à des méthodes de planification.
- Activités en vue de promouvoir la participation et la coresponsabilité des hommes dans les domaines suivants: santé sexuelle et reproductive, paternité, planification familiale, santé prénatale, maternelle et infantile, prévention d'infections sexuellement transmissibles et éducation.
- Services de contrôle prénatal et suivi néonatal et postnatal.
- Suivi de base dispensé aux mères par un personnel qualifié et accès à des structures de santé performantes.
- Amélioration de l'accessibilité des femmes aux installations de santé.

- Suivi gynécologique en vue de prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) et les diverses complications liées à la grossesse.
- Soutien aux programmes de lutte contre la mutilation génitale féminine.

Le **programme VITA**, programme de coopération au développement dans le domaine de la santé en Afrique, qui se voit renforcé par le nouveau Plan Directeur de la Coopération Espagnole, et qui s'inscrit dans la lignée des Objectifs du millénaire pour le développement, souligne, quant à lui, la nécessité d'agir afin de réduire la mortalité maternelle. La santé materno-infantile constitue ainsi l'un de ses quatre axes prioritaires, et à ce titre il définit les actions suivantes:

- Promouvoir les soins de santé pendant la grossesse et l'accouchement.
- Améliorer la formation des sages-femmes traditionnelles et du personnel de santé.
- Développer la prévention et le traitement des infections sexuellement transmissibles.
- Encourager la bonne utilisation des services de santé et de planification familiale.

Par ailleurs, et conformément au nouveau plan directeur, le programme VITA continuera à coordonner les projets de santé sexuelle et reproductive de la coopération espagnole en Afrique, en promouvant la formation de professionnels de la santé et de la coopération, en favorisant la diffusion de bonnes pratiques dans ce secteur, et en venant compléter d'autres actions menées par des organismes internationaux comme l'UNIFEM et l'UNFPA.



À retenir

➤ Les **engagements du Caire** et les **Objectifs du millénaire pour le développement** constituent l'axe de la politique de coopération espagnole dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.



En savoir plus

➤ Le programme VITA et le plan directeur sont disponibles sur le site de l'AECI:
<http://www.aeci.es/vita>



2. LA SITUATION DE LA SANTÉ
SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.
LE CAS DE L'AFRIQUE



La santé sexuelle et reproductive constitue encore aujourd'hui, les engagements internationaux en sont le reflet, un axe fondamental de la lutte contre la pauvreté. Il reste cependant un long chemin à parcourir, les principaux problèmes en ce domaine étant, notamment:

- **La mortalité et la morbidité maternelles**
- **La violence de genre**
- **Les infections sexuellement transmissibles. Le VIH/SIDA.**

La mortalité et la morbidité maternelles

Les complications obstétricales constituent la principale cause de décès chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement, et elles représentent 18% de la charge mondiale de morbidité. Par ailleurs, malgré les progrès économiques dont ont bénéficié certains pays, la mortalité maternelle stagne depuis dix ans (UNFPA, 2004).

Certes, il est difficile de mesurer la **mortalité maternelle**, et les chiffres ne reflètent pas totalement l'ampleur du problème. Cependant, les données les plus récentes indiquent que, en 2000, 529.000 femmes sont mortes au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours suivant l'accouchement, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse. Toutes les minutes une femme meurt suite à des complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Autrement dit, 1400 mères meurent chaque jour et plus de 500.000 meurent tous les ans.

La plupart de ces décès se répartissent de façon plus ou moins égale entre l'Asie (253.000) et l'Afrique (251.000), et seulement 4% et 1% d'entre eux surviennent, respecti-

vement, dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, et dans le monde développé.

D'après les rapports sur le développement humain du PNUD, élaborés pour un grand nombre de pays, le taux mondial de mortalité maternelle était de 400 décès pour 100.000 nouveaux-nés en 2000. Ce taux révèle également que, même si le nombre de décès liés à la grossesse est à peu près le même en Asie et en Afrique, ce dernier continent est le plus touché par la mortalité maternelle. En effet, tandis qu'en Asie la proportion est de 330, en Afrique elle s'élève à 830 (OMS et alt., 2004).

Ces chiffres montrent que, depuis le milieu des années quatre-vingt-dix jusqu'en 2000, la mortalité maternelle a eu tendance à stagner, le nombre de décès dus à des causes associées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum n'ayant subi que de rares variations.

Par ailleurs, si l'on considère la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié comme un indicateur indirect de la mortalité maternelle, il convient de rappeler que, entre 1995 et 2002, le pourcentage d'accouchements assistés dans le monde se situait autour de 58%. En Afrique subsaharienne, seuls 42% des accouchements sont assistés (PNUD, 2004).

Les **causes de la mortalité maternelle** sont constantes sur l'ensemble de la planète et s'expliquent par la féminisation de la pauvreté et par le rôle secondaire accordé aux femmes par la société. Environ 80% des décès sont directement liés à des complications obstétricales: hémorragies, sepsis, complications d'avortements, prééclamp-

sies et éclampsies, ou encore dystocies. Les 20% restants résultent de causes indirectes, généralement en rapport avec l'anémie, la malaria, l'hépatite et l'augmentation du sida (UNFPA, 2004). Il existe cependant de grandes variations entre les chiffres de mortalité maternelle selon les régions du monde. Ainsi, il est rare que les femmes ayant accès à des services de santé disposant d'un personnel qualifié décèdent suite à des complications pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum.

D'après l'OCDE, le coût de ces services et de ces traitements s'élève à 3 dollars par personne et par an dans les pays à faibles revenus. Une santé maternelle de qualité à coût réduit est possible, comme le montrent les exemples de la Chine, de Cuba et du Sri Lanka qui, en dépit de leurs faibles revenus, «ont réduit la mortalité maternelle par des mesures visant à faciliter l'accès aux soins de santé primaires, renforcer les systèmes de santé et améliorer la qualité des services de santé» (FMI et al., 2000:15).

L'**avortement à risque** est une autre cause de mortalité maternelle et un problème de santé publique. En vertu des engagements du Caire, les femmes doivent pouvoir avoir accès à des services de qualité afin de traiter les complications susceptibles de survenir lors d'un avortement, même si, en aucun cas, celui-ci ne doit être utilisé comme un moyen de contraception.

Il est difficile de donner des chiffres exacts pour les interruptions de grossesse, cette pratique étant illégale dans de nombreux pays. Il s'ensuit une sous-estimation du nombre d'avortements, en particulier des avortements clandestins. D'après l'UNFPA, 45 mil-

lions d'avortements sont pratiqués chaque année, dont 19 millions par un personnel non qualifié et dans de mauvaises conditions d'hygiène. Environ 70.000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, soit 13% des décès survenant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Les causes de l'avortement peuvent être diverses: grossesses non désirées, complications pendant la grossesse, grossesses rapprochées, possibilité de transmission d'IST, y compris le VIH/sida, grossesses à risques chez des femmes trop jeunes ou trop âgées.

Par ailleurs, tous ces facteurs qui ne font qu'accroître la mortalité des mères, sont aussi à l'origine **de maladies et de lésions pendant la grossesse et l'accouchement** qui, après le VIH/SIDA, sont les deuxièmes responsables de la perte d'années de vie en bonne santé chez les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Près de 31 millions «d'années de vie corrigées de l'incapacité» (AVCI)⁵ sont ainsi perdues chaque année (UNFPA, 2004).

Le risque de maladie ou de décès maternel contribue également à l'augmentation de la **mortalité néonatale et infantile**. L'état de santé précaire de la mère et un suivi insuffisant pendant la grossesse, l'accouchement et la période puerpérale peuvent être à l'origine de la mortalité des nourrissons. Les in-

⁵ Une AVCI est définie comme « une année de vie en bonne santé perdue ». Les AVCI calculées pour une maladie sont « la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenus au sein de la population et des années perdues pour cause d'incapacité (AVI) suite à des cas incidents de la maladie en question » (OMS, 2004).



fections, l'asphyxie et les traumatismes à la naissance sont les principales causes de la mortalité néonatale. L'insuffisance pondérale, les complications et les malformations congénitales y contribuent également.

A l'échelle mondiale, la mortalité infantile a progressivement diminué au cours des trois dernières décennies. Selon le PNUD, la mortalité infantile est passée de 96 décès pour mille naissances en 1970 à 56 pour mille en 2002. Même si cette diminution de la mortalité infantile a été générale sur l'ensemble de la planète, elle ne s'est pas produite avec la même intensité selon les régions. C'est en Europe, sur le continent américain et en Asie du Sud-Est qu'elle a le plus reculé, les régions les plus en retard étant l'Afrique et la Méditerranée orientale.

C'est le continent africain qui affiche les taux les plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles, ceux-ci variant cependant en fonction des régions. A cet égard, ce continent reflète une double réalité. « Le risque de mourir pour des causes liées à la grossesse, à l'accouchement et à ses complications est de 1 cas sur 19 en Afrique, de 1 sur 132 en Asie, de 1 sur 188 en Amérique latine, et de 1 sur 2976 dans les pays les plus développés » (Mazarrasa et Montero, 2004: 215). Toutefois, en ce qui concerne le continent africain, il y a de grandes variations de données entre le nord de l'Afrique et l'Afrique subsaharienne. Les indicateurs de mortalité traduisent l'écart qui existe entre ces deux régions, en matière de développement économique et social.

Le nord de l'Afrique, que le PNUD inclut dans les États arabes, affiche des indicateurs de mortalité maternelle très en des-

sous des taux de l'Afrique subsaharienne. En 2000, 4.600 femmes au nord de l'Afrique, et 247.000 en Afrique subsaharienne, sont décédées des suites de la grossesse ou de l'accouchement. La proportion de mortalité maternelle dans les pays du nord de l'Afrique était de 130 décès pour cent mille naissances vivantes. Dans les pays au sud du Sahara, cette proportion s'élevait à 920 décès (OMS et alt., 2004).

Toujours en 2000, en Tunisie, le taux de mortalité maternelle était de 120 décès pour cent mille naissances vivantes, et au Maroc, ce taux était de 220. En revanche, dans des pays situés au sud du Sahara, comme le Ghana et le Burkina-Faso, la proportion s'élevait, respectivement, à 540 et 1000 décès pour cent mille naissances vivantes (PNUD, 2004).

Ces données s'expliquent, notamment, par un faible pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié. Entre 1995 et 2002, ce pourcentage était de 67% dans le nord de l'Afrique et de 42% en Afrique subsaharienne (PNUD, 2004).

Par ailleurs, dans de nombreux pays un grand pourcentage de lits d'hôpitaux est destiné à des femmes qui doivent recevoir un traitement d'urgence suite à un avortement. En Afrique subsaharienne, 50% des admissions hospitalières en gynécologie sont liées à des complications survenues lors d'un avortement (UNFPA, 2004).

Les indicateurs de mortalité infantile reflètent la même division entre le nord et le sud du continent africain. Depuis les années 70, une baisse importante de la mortalité infantile a pu être observée dans le nord de

l'Afrique. Celle-ci a en effet diminué de près de 65%, passant de 128 à 48 décès pour mille naissances. En Afrique subsaharienne la mortalité infantile n'a baissé que de 21%, passant de 139 à 108 décès pour mille naissances, et un recul a été observé durant la dernière décennie à cause du VIH/sida. D'après l'OMS, en Afrique subsaharienne, le VIH/sida a été la cause principale d'environ 8% des décès des enfants de moins de cinq ans en 2001 (OMS, 2004).

La violence de genre

La violence de genre est un autre facteur qui a une incidence sur la santé sexuelle et reproductive des femmes. La violence de genre s'appuie sur un ordre social construit sur l'inégalité hommes-femmes, et c'est une pratique sociale qui a des conséquences tragiques pour la vie sexuelle et reproductive des femmes (Mazarrasa, 2005).

Violence de genre:

«Tout acte de violence basé sur l'appartenance au sexe féminin et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologique y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de la liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée»

Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, Nations Unies.

La violence peut être à l'origine d'une grossesse non désirée, ou bien le châtiment infligé à une femme parce qu'elle est tombée enceinte, elle peut aussi provoquer des dysfonctions sexuelles et des avortements

spontanés: ce ne sont là que quelques-uns de ses aspects. Parmi les manifestations les plus évidentes de violence à l'encontre des femmes et des petites filles, nous pouvons mentionner la violence sexuelle, le trafic sexuel, la préférence accordée aux fils, la discrimination des filles ou la négligence de leurs besoins essentiels, le mariage précoce, le lévirat⁶, l'avortement du fœtus féminin et l'infanticide féminin. Quant à la **mutilation génitale féminine (MGF)**, c'est-à-dire l'extirpation partielle ou totale des organes génitaux féminins, elle compte probablement parmi les violations systématiques des droits humains des femmes et des petites filles les plus répandues.

Sur l'ensemble de la planète, entre 130 millions de petites filles et de femmes ont subi des mutilations génitales, et elles sont deux millions à être mutilées chaque année (OMS, 2000). Cette pratique est courante dans 28 pays d'Afrique. 75% du total des mutilations sont effectuées en Égypte, en Ethiopie, au Kenya, au Nigeria, en Somalie et au Soudan. À Djibouti et en Somalie, 98% des fillettes sont mutilées. Une étude réalisée en 1998 révélait qu'au Kenya 38% des femmes entre 15 et 49 ans avaient subi ce type de mutilations (OMS, 2000).

⁶ Institution de la loi mosaïque obligeant la veuve à épouser le frère de son époux



Les infections sexuellement transmissibles. Le VIH/SIDA

Quelque 340 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) surviennent chaque année dans le monde (notamment syphilis, blennorrhée, chlamydia et trichomonas) chez des personnes âgées de 15 à 49 ans. Si la plupart des cas peuvent être soignés, beaucoup ne sont pas diagnostiqués et ne reçoivent aucun traitement faute de services accessibles. Entre 60 et 80 millions de personnes souffrent de stérilité suite à une IST non traitée.

Les femmes sont plus exposées aux IST que les hommes, et leur dépistage est plus difficile. Tandis que seulement 10% des hommes atteints d'IST ne présentent pas de symptômes, ce pourcentage s'élève à 70% pour les femmes. L'absence de diagnostic et de traitement chez les femmes enceintes augmente le risque de transmission au fœtus, ainsi que le risque d'un accouchement prématuré, d'une insuffisance pondérale à la naissance ou de la cécité du nouveau-né.

Parmi les IST, la pandémie du sida occupe une place de premier plan. Même s'il existe d'autres voies de transmission, environ 75% des 5 millions de nouveaux cas détectés chaque année sont dus à des relations sexuelles à risque. Il existe donc une relation évidente entre sida et santé sexuelle et reproductive (UNFPA, 2004).

Les chiffres d'ONUSIDA révèlent qu'en 2004 39,4 millions de personnes vivaient avec le VIH, et que l'épidémie touche un nombre croissant de femmes et de petites filles. Sur l'ensemble de la planète, un peu moins de la moitié des personnes vivant avec le VIH

sont des femmes. Si l'on compare avec les chiffres obtenus cinq ans plus tôt, on constate que la proportion de femmes et de petites filles vivant avec le VIH est en hausse (ONUSIDA, 2004). Outre le fait que cela met en danger la santé de la femme, cela augmente également le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Le manque d'information, mais aussi la féminisation de la pauvreté et le manque généralisé d'émancipation des femmes, expliquent la vulnérabilité des femmes et des fillettes à l'infection par le VIH. Dans le monde entier, la plupart des femmes contractent le VIH parce qu'elles ne disposent pas de moyens de protection et à cause du comportement à haut risque de leur partenaire, qu'elles ne peuvent pas, ou à peine, contrôler. La situation critique des femmes et des petites filles face au sida souligne la nécessité de mettre en œuvre des stratégies abordant, d'une part, l'interaction entre le sida et l'inégalité de genre, et combattant, d'autre part, la forte stigmatisation dont sont victimes les femmes atteintes du virus.

L'Afrique Subsaharienne reste de loin la région la plus touchée, avec 25,4 millions de personnes vivant avec le VIH, soit un peu moins des deux tiers (64%) des personnes vivant avec le VIH dans le monde. Plus des trois quarts (76%) des femmes infectées par le VIH vivent en Afrique subsaharienne. En Afrique du Nord, environ 540.000 personnes sont concernées par l'épidémie du VIH/SIDA (ONUSIDA, 2004).



À retenir

- > La **santé sexuelle et reproductive** constitue un axe de travail fondamental dans la lutte contre la pauvreté.
- > Les **complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum** constituent la cause majeure de décès et la deuxième cause de perte d'années de vie en bonne santé, après le VIH/SIDA, chez les femmes en âge de procréer. Ces complications sont dues à des causes constantes et s'expliquent par la féminisation de la pauvreté et le rôle secondaire assigné aux femmes par la société.
- > La **violence de genre**, qui repose sur l'inégalité hommes-femmes, a des répercussions directes sur la santé sexuelle et reproductive.
- > Les femmes sont plus exposées que les hommes aux **infections sexuellement transmissibles** (IST), notamment le VIH/SIDA. Cette vulnérabilité s'explique en grande mesure par des pratiques sexuelles à risque sur lesquelles les femmes ont un faible pouvoir de décision.



En savoir plus

- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible sur <http://www.pfpe.org>
- > MAZARRASA ALVEAR y MONTERO COROMINAS, M.J. (2004) "La cooperación internacional española en el ámbito de la salud" en Gaceta Sanitaria, vol.18. Madrid. SESPAS.
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública", Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- > Nations Unies/FMI/BANQUE MONDIALE/OCDE (2000) "Un monde meilleur pour tous: Poursuite des objectifs internationaux de développement", FMI, OCDE, ONU et BM.
- > OMS (2000) "Female Genital Mutilation". Disponible sur <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- > OMS (2004) Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire. Disponible sur <http://www.who.int/en/>
- > OMS. UNICEF et UNFPA (2003) Mortalité maternelle en 2000. Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF et de l'UNFPA. Disponible sur <http://www.who.int>
- > ONUSIDA (2004) Situación de la pandemia del sida. Madrid. Disponible sur <http://www.unaids.org>
- > PNUD (2004) Rapport sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié. Disponible sur <http://www.undp.org/>
- > UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
- > OMS <http://www.who.int>
- > ONUSIDA <http://www.unaids.org>
- > PNUD <http://www.undp.org/>
- > UNFPA <http://www.UNFPA.org>

A large, stylized female symbol (a circle with a vertical line and a cross) is rendered in a light orange color. A hand is shown holding the vertical line from below. The symbol is positioned behind a horizontal white band that contains the text.

3.

STRATEGIES DE PROMOTION DE LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE



La promotion de la santé sexuelle et reproductive constitue, comme nous l'avons déjà vu, une question fondamentale pour l'amélioration intégrale de la santé des personnes et, plus particulièrement, des femmes. Cependant, celle-ci doit faire face à de nombreuses limitations, de nature différente en fonction des caractéristiques socioéconomiques et culturelles de chaque pays. Parmi ces principales limitations, nous pouvons mentionner: l'invisibilité des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes, ainsi qu'à leurs causes; le manque de moyens; la faible couverture sanitaire; la difficulté pour les femmes d'accéder aux services de santé; l'information et la participation réduites de la population; ou encore le faible pouvoir de décision des femmes dans les divers domaines de participation sociale, politique et économique, ainsi que dans l'exercice de leurs droits en matière de santé.

La seule façon d'encourager une amélioration intégrale de la santé sexuelle et reproductive de la population, est d'aborder ces limitations dans leur ensemble. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en œuvre, en même temps, **quatre stratégies d'action, complémentaires entre elles**, qui, même si toutes abordent les six limitations précédemment mentionnées, mettent chacune l'accent sur des points concrets (cf. graphique 1).

Ces quatre stratégies d'intervention sont les suivantes:

1. Transversalité de l'approche de genre («gender mainstreaming»): stratégie d'intégration de la perspective d'égalité de genre à tous les niveaux des politiques de santé, adoptée au niveau international lors de la Conférence de Pékin des Na-

tions Unies (1995). Cette stratégie vise à rendre visibles les problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que leurs causes, en s'appuyant sur l'analyse de genre. Elle doit prendre en compte les soins de santé primaires et l'éducation pour la santé, et elle est complémentaire de la stratégie de l'empowerment.

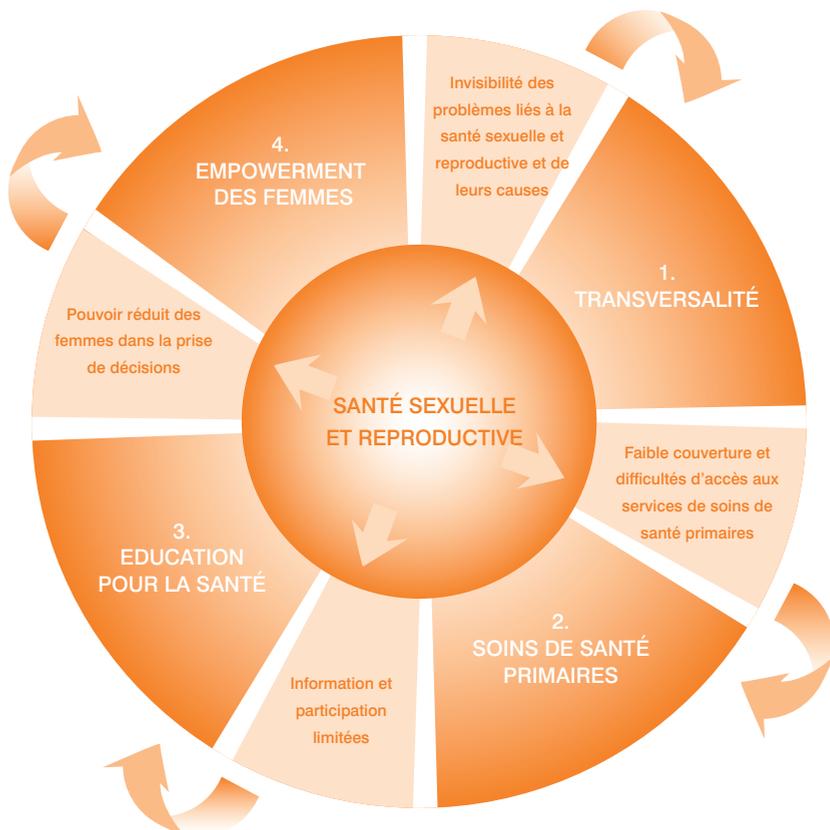
2. Soins de santé primaires (SSP): stratégie mise en œuvre de façon énergique à partir de la Conférence d'Alma-Ata (1978). L'une de ses principales caractéristiques est qu'elle aborde la santé à travers une approche multidisciplinaire, équitable et participative. En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, nous allons nous intéresser à deux aspects: la couverture en matière de soins de santé primaires et l'accès à ces soins, d'une part, et l'éducation à la santé, d'autre part. En raison de son importance, nous avons choisi de traiter dans ce guide l'éducation à la santé comme une stratégie à part entière. La stratégie SSP doit être nuancée par la transversalité de l'approche de genre et est complémentaire de l'empowerment.

3. Éducation pour la santé (EPS): stratégie également mise en œuvre par la Conférence d'Alma-Ata dans le cadre de la stratégie SSP et envisagée comme un élément fondamental de la promotion de la santé. Cette stratégie a pour objectif d'améliorer l'information et la participation de la population en vue de développer sa capacité à prendre des décisions en matière de santé sexuelle et reproductive et à contrôler ces décisions. Étroitement liée à l'empowerment, elle doit également intégrer la transversalité de l'approche de genre.

4. Empowerment des femmes: défini, de même que la transversalité, comme stratégie de développement international lors de la Conférence de Pékin, l'empowerment vise à accroître le pouvoir des femmes dans la prise de décisions

concernant leur santé sexuelle et l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs. Dans une perspective intégrale, elle se voit complétée par la transversalité de l'approche de genre, ainsi que par les stratégies SSP et EPS.

Graphique 1. Stratégies de promotion de la santé sexuelle et reproductive et limitations.



Source: Élaboration personnelle à partir du schéma de A.Llacer, L.Mazarrasa et alt. R.I.S.G-ISCIII..



À retenir

- > La promotion de la santé sexuelle et reproductive présente des limitations qui doivent être abordées dans une perspective intégrale, axée sur les quatre stratégies précédemment mentionnées: transversalité de l'approche de genre, soins de santé primaires, éducation pour la santé et empowerment.
- > Même si toutes ces stratégies abordent ces différentes limitations dans leur ensemble, elles mettent chacune l'accent sur des limitations concrètes:
- > La transversalité de l'approche de genre: l'invisibilité des problèmes liés à la santé sexuelle et reproductive et de leurs causes.
- > Les soins de santé primaires: les difficultés d'accès et la faible couverture des services de soins de santé primaires.
- > L'éducation pour la santé: l'information et la participation limitées de la population.
- > L'empowerment des femmes: le pouvoir réduit des femmes dans la prise de décisions.



En savoir plus

- > AECl (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII – ENS y FNUAP.
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2001) "Estrategias de promoción de la salud" in MIQUEO, C. y otras (Eds.). Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid. Minerva Ediciones.
- > OMS (2001) Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual. Disponible sur <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.html>
- > OMS <http://www.who.int/en/>

3.1

LA TRANSVERSALITÉ DE L'APPROCHE DE GENRE («GENDER MAINSTREAMING»)

Les problèmes de santé sexuelle et reproductive qui touchent les femmes sont souvent invisibles. Il est difficile de les détecter et, quand ils le sont, ils font l'objet de soins minimes et peu spécialisés. Pour commencer,

en raison du statut subordonné des femmes dans la société, bien souvent leurs problèmes de santé ne sont pas considérés prioritaires ou sont jugés secondaires, et leurs causes ne sont pas analysées. Par ailleurs, la société attribuant aux femmes le rôle de s'occuper des enfants, celles-ci portent toute leur attention sur la santé de leur famille et négligent leurs propres besoins en matière de santé. Il s'ensuit une sous-estimation des problèmes de santé des femmes en ce domaine, ceux-ci bénéficiant alors de soins et de traitements peu adaptés, ce qui démon-

tre clairement que la santé de la femme n'est pas encore reconnue de facto comme un droit fondamental de la personne.

L'objectif de la **transversalité de l'approche de genre**, en tant que stratégie de promotion de la santé, est de situer l'étude de l'inégalité de genre au centre de toutes les décisions politiques ayant trait à la santé sexuelle et reproductive, afin d'expliquer les indicateurs déficients qui, en ce domaine, caractérisent une grande partie de la population féminine, notamment en Afrique. Cette stratégie cherche plus particulièrement à introduire l'analyse de genre dans les propositions de programmes et de projets afin de visualiser les problèmes associés à la santé sexuelle et reproductive, ainsi que leurs causes. Elle envisage également la sensibilisation aux questions de genre et la formation des gestionnaires et des bénéficiaires des programmes en cette matière comme un élément fondamental visant à assurer la durabilité des interventions.

L'analyse de genre: instrument clé de la transversalité de l'approche de genre

L'analyse de genre consiste à **identifier** les structures et les processus (législation, institutions sociales et politiques, pratiques de socialisation, politiques et pratiques d'emploi) susceptibles de perpétuer les modèles d'inégalité hommes-femmes, **en vue de déterminer** si des politiques ou des programmes concrets traduisent convenablement les besoins et priorités des hommes et des femmes, et s'il existe des opportunités de réduire ou d'éviter les déséquilibres de genre.

Source: Sojo et al. (2002: 131)

¹ Les étapes fondamentales de l'analyse de genre sont présentées à l'annexe III.

En tant que stratégie générale, la transversalité de genre, approuvée par les Nations unies lors de la Conférence de Pékin (1995), implique « une politique active et visible d'intégration de la perspective de genre dans toutes les politiques et tous les programmes ». Pour ce faire, « avant d'adopter les décisions, il faut procéder à une analyse des effets sur les hommes et sur les femmes, respectivement » (López Méndez, 2000: 72 et 73). Par ailleurs, cela suppose de déplacer « l'attention des politiques d'égalité vers des politiques quotidiennes et vers les activités des acteurs habituellement impliqués dans les processus politiques en jeu » (Instituto de la Mujer, 2001: 26).

La transversalité est donc une stratégie qui doit être appliquée lors de l'identification du programme, et ensuite dans toutes les phases de son cycle. Les différents effets que certains comportements et certaines attitudes ont sur les hommes et sur les femmes doivent être analysés avant de commencer à élaborer et à mettre en place le programme, puis tout au long de sa durée, sans jamais oublier que tous les acteurs sont importants.

En ce qui concerne les programmes de **santé sexuelle et reproductive**, appliquer la stratégie de la transversalité revient à considérer principalement, dès le début, les répercussions négatives des relations inégales de pouvoir entre hommes et femmes sur la santé sexuelle et reproductive de ces dernières. Ainsi, les femmes, de même que leur entourage social et familial, accordent une faible importance aux complications qui peuvent surgir au cours de leurs grossesses, ce qui explique que ces complications soient bien souvent traitées tardivement. De même, les pratiques à risque, sur lesquelles



les femmes ont à peine un pouvoir de décision, peuvent être à l'origine de la transmission du VIH/SIDA. Et ce ne sont là que des exemples. Il convient donc d'observer ces relations de cause à effet. En effet, il n'est possible de mettre en œuvre un programme efficace, avec des résultats durables, qu'en rendant visibles les causes de ces réalités et en renforçant l'égalité de genre.

Toutefois, ce n'est pas là tâche facile, et pour obtenir un changement d'approche réel, qui prenne en compte ces inégalités de genre tout en agissant sur elles, une volonté politique claire est nécessaire, ainsi qu'une méthode d'élaboration de programmes et de projets sensible à la question du genre.

Même s'il existe des engagements clairs en ce qui concerne les inégalités de genre et la santé sexuelle et reproductive, ceux-ci sont très rarement mis en pratique. Il est crucial d'introduire la perspective de genre dans le cycle du projet⁸ si l'on souhaite réellement développer la transversalité. Cinq **instruments** permettent l'intégration des questions de genre dans les programmes et projets, et ils peuvent être utilisés tout au long de la gestion du cycle du projet, en matière de santé sexuelle et reproductive ou dans d'autres domaines:

- 1. Données ventilées par sexe:** dans la première phase d'identification et de diagnostic des besoins.
- 2. Analyse et planification intégrant la perspective de genre⁹:** dans les phases d'élaboration et de mise en œuvre.
- 3. Indicateurs sensibles au genre¹⁰:** essentiellement dans les phases de mise en œuvre et d'évaluation.

4. Activités concrètes axées sur l'égalité de genre: dans la phase de mise en œuvre.

5. Sensibilisation et formation en genre: depuis la première jusqu'à la dernière phase.

Ces instruments doivent toutefois s'accompagner d'un nombre suffisant de ressources humaines spécialisées et de ressources économiques, ainsi que d'une information appropriée. Il convient par ailleurs de prendre en considération les intérêts, les valeurs sociales et les conceptions des personnes concernées, sans jamais cesser de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes (cf. graphique 2).

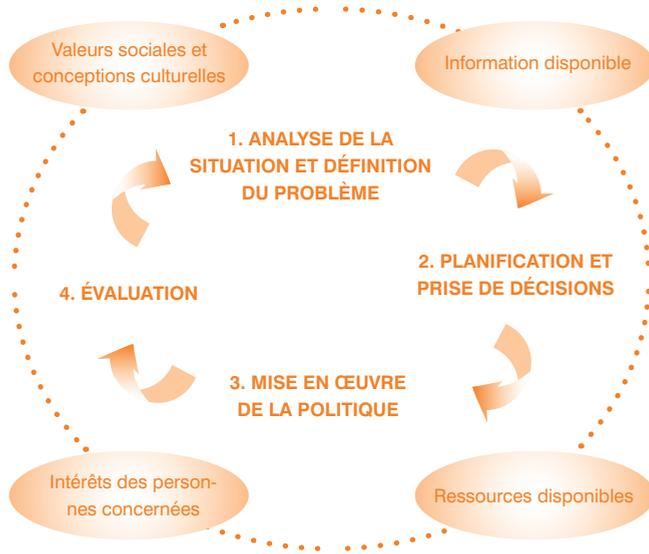
Enfin, il est fondamental de compter, tout au long du processus, sur la participation active d'hommes et de femmes et, comme nous l'avons déjà souligné, de former le personnel de gestion aux questions de genre. Pour que les problèmes de santé sexuelle et reproductive des femmes, ainsi que leurs causes, cessent d'être invisibles, leur existence doit être reconnue par les deux sexes et il est nécessaire de créer un corps de gestionnaires conscients de cette situation d'inégalité.

⁸ La gestion du cycle du projet décrit les différentes phases d'un projet avec des procédures de prise de décision et des activités de gestion bien définies. Ces principales phases sont: l'identification, la formulation ou élaboration, l'exécution ou la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation.

⁹ L'intégration de la perspective de genre dans la planification implique la prise en considération des conclusions obtenues suite à « l'analyse de genre » au moment de définir l'objectif général et spécifique du projet, d'évaluer les résultats et de déterminer les activités à mettre en œuvre. Pour en savoir plus sur l'intégration de la perspective de genre dans la planification: Sojo, D., Sierra, B. y López, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.

¹⁰ Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive sont répertoriés à l'annexe IV.

Graphique 2. Gestion du cycle du projet sensible au genre.



Source: Adaptation de M. Juárez (2005)



Éléments pour développer la transversalité de l'approche de genre en matière de santé sexuelle et reproductive

1. **Analyse des différences en matière de santé sexuelle et reproductive** chez les hommes et chez les femmes, en considérant à la fois les facteurs biologiques (la fécondité) et les facteurs économiques, sociaux et culturels (décision sur le nombre d'enfants, par exemple).
2. **Ventilation par sexe** de toutes les données nécessaires. Par exemple, femmes et hommes présentant des infections sexuellement transmissibles (IST); femmes et hommes informés sur les méthodes contraceptives efficaces.
3. Étude approfondie, à travers **l'analyse de genre**, de la relation pouvant être établie entre l'inégalité de genre et les différences en termes d'indicateurs de santé, moins bons chez les femmes que chez les hommes. Ainsi, les accouchements à des âges précoces, qui ont des répercussions importantes sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, sont dus au fait que de nombreuses femmes ne sont pas indépendantes, pas plus sur le plan social qu'économique, et qu'elles sont uniquement considérées

comme des mères. De même, le faible développement des services de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, qui a de graves conséquences sur la santé des femmes, révèle clairement que celle-ci est perçue comme secondaire.

4. **Sensibilisation de la communauté** à l'existence d'un rapport entre la santé et les questions de genre, et formation spécifique en ce domaine à l'intention des personnes chargées de la gestion des différents programmes et projets. Insister sur le fait qu'une relation égalitaire hommes-femmes conduit à une amélioration des indicateurs de santé sexuelle et reproductive.
5. **Pleine intégration des femmes** sur toute la durée du processus, sans oublier qu'il est important que les hommes participent. Il faut encourager la participation de la population en impliquant énergiquement les femmes, habituellement exclues des espaces de décision, mais aussi les hommes, les unes et les autres étant coresponsables de la santé sexuelle et reproductive de la communauté.



6. Élaboration du programme ou projet, en partant du principe qu'aucun processus politique n'est neutre par rapport au genre, et que, par conséquent, il est essentiel de prendre en considération l'analyse de genre. L'analyse de genre révèle que les différences en matière de santé sexuelle et reproductive chez les hommes et les femmes s'expliquent par les inégalités de genre existantes, et l'élaboration du programme, ses objectifs, ses résultats et ses activités, ainsi que son identification, doivent refléter cette réalité. L'élaboration du programme doit viser à mettre un terme aux inégalités culturelles, lesquelles sont à l'origine, notamment, du peu de soins prodigués à la femme enceinte, des violences à l'encontre des femmes, ainsi que d'une connais-

sance et d'une utilisation inégales de méthodes contraceptives efficaces.

7. Élaboration et utilisation d'indicateurs sensibles au genre pour le suivi et l'évaluation des programmes et des projets. Exemples: population ayant accès aux services de santé par sexe; pourcentage d'hommes et de femmes dans les organes de décision.

8. Soutien budgétaire et présence de **personnel spécialisé en perspective** de genre.

9. Promotion de l'égalité hommes-femmes à travers la communication avec les intéressés et en tenant compte de leurs conceptions sociales et culturelles.



À retenir

- La transversalité de l'approche de genre a pour objectif, à travers **l'analyse de genre**, d'intégrer la perspective de l'égalité de genre aux politiques de santé, et ce à tous les niveaux et dans tous les programmes, pour rendre visibles les causes des mauvais indicateurs de santé sexuelle et reproductive des femmes. Elle encourage également la sensibilisation aux questions de genre.
- Pour ces raisons, elle doit être la **première stratégie à mettre en œuvre**, et elle doit rester présente sur toute la durée du programme ou projet.
- Pour véritablement mettre en œuvre la transversalité, il faut intégrer les questions de genre dans toute la gestion du cycle du projet, et pour ce **faire cinq instruments** peuvent être utilisés: données ventilées par sexe; analyse et planification de genre; indicateurs sensibles au genre; activités concrètes axées sur l'égalité de genre; sensibilisation et formation en genre.
- Pour qu'un programme soit efficace et ait des effets durables dans le temps, des **ressources** et la participation active de la population bénéficiaire sont également nécessaires.



En savoir plus

- ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCII-ENS y FNUAP.
- COMMISSION EUROPÉENNE (1996) "Intégrer l'égalité des chances pour les hommes et les femmes dans toutes les politiques et activités communautaires". Communication de la Commission COM (96) 67 final.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2001) Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas". Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre

los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, n°6. Madrid. IUDC.

- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.
- > JUÁREZ, M (2005) "Health policies: Do women count?" in "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Avril 2005. Madrid. Programme Vita.

Disponible sur <http://aeci.es/vita>

- > OMS (2001) Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual. Disponible sur <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.html>
- > SOJO, D., SIERRA, B. et LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.

3.2 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES (SSP)

Près de 130 millions d'accouchements sont enregistrés à l'année dans le monde, sur lesquels plus de 60 millions ne sont pas assistés. En Afrique du Nord, 33% des accouchements sont assistés, un chiffre qui s'élève à 58% en Afrique subsaharienne (2004, PNUD). Par ailleurs, plus de 350 millions de couples dans le monde, un sur trois, n'ont pas accès à une information complète et à des services de santé sexuelle et reproductive et, dans les pays en voie de développement, un tiers des femmes en âge de procréer n'ont pas accès à des méthodes contraceptives efficaces (Fédération espagnole de planning familial, 2004).

Les soins de santé primaires (SSP) représentent aujourd'hui une stratégie fondamentale pour lutter contre la faible couverture sanitaire et les difficultés d'accès aux soins de santé primaires. Multisectorialité, équité, participation et promotion de la santé sont les principes sur lesquels elle s'appuie pour relever ces défis. Comme nous l'avons déjà précisé, cette stratégie, qui intègre l'éducation pour la santé, doit être nuancée par la transversalité de l'approche de genre et est complémentaire de l'empowerment des femmes.

Dans la lignée du programme d'action du Caire, ainsi qu'en raison des tendances de la mortalité maternelle et néonatale et de l'impact du VIH/SIDA, les actions de soins de santé primaires se sont orientées vers des services de **santé sexuelle et reproductive** envisageant la problématique dans une perspective plus globale que celle des services traditionnels de santé maternelle, ces derniers s'intéressant principalement aux soins prénataux, à l'accouchement et aux soins post-partum. Toutefois, cette conception n'existe pas toujours dans le cadre des politiques de SSP. En ce sens, « les services de soins de santé sexuelle et reproductive, en tant que partie intégrante des soins de santé primaires, doivent être intégraux, financièrement et géographiquement accessibles, et offrir des conditions d'intimité, de confidentialité et de respect de la dignité et du confort de la personne » (Fédération espagnole de planning familial, 2004).

Les actions en matière de soins de santé sexuelle et reproductive intégrées dans la stratégie SSP doivent reprendre **les lignes spécifiques** de cette stratégie d'action. Celle-ci se caractérise par le fait qu'elle s'appuie sur la pratique, l'évidence scientifique, les besoins exprimés par la population et les conditions sociales et économiques du pays. De même, les SSP constituent, au



sein du système de santé, le premier échelon de soins de santé continus et encouragent les services de prévention, de soins et de rééducation. Ils représentent donc le contact initial avec les soins de santé, un contact d'une grande importance pour la santé sexuelle et reproductive.

Une autre caractéristique de la stratégie SSP est sa conception intégrale, horizontale, des différentes problématiques de la santé. Elle intègre tous les acteurs travaillant dans le domaine de la santé; elle doit compter parmi les stratégies nationales recouvrant d'autres domaines de la santé avec lesquels elle entre en relation, comme les soins hospitaliers; elle établit des liens participatifs avec la communauté et le personnel de santé; et, outre les soins, elle assume des fonctions de prévention et de promotion de la santé.

Dans le **domaine de la santé sexuelle et reproductive**, il doit plus particulièrement exister une intention, à la fois politique et communautaire, de développer cette composante au sein des SSP.

Une fois cette condition remplie, une stratégie SSP correcte s'appuie sur un diagnostic approfondi de la région concernée, qui analyse la situation de la santé sexuelle et reproductive ainsi que les comportements et facteurs socioculturels, notamment le genre, ayant une influence sur celle-ci. A partir de ce diagnostic, du personnel compétent, des services et des équipements de qualité, ainsi que des méthodologies appropriées et accessibles d'un point de vue économique, social et culturel sont fournis. La totalité de ce processus doit être mise en œuvre en tenant compte des inégalités hommes-femmes et en renforçant l'égalité de genre.

La stratégie SSP et l'inégalité de genre

La définition de la stratégie des soins de santé primaires présente une conception holistique de la santé qui prend en compte les différents facteurs socioculturels ayant une influence sur celle-ci. Il existe cependant, à l'heure actuelle, une tendance internationale à envisager les SSP dans une perspective réductrice, en s'intéressant uniquement aux aspects sanitaires de cette stratégie.

Par conséquent, il est on ne peut plus urgent que la stratégie SSP s'intéresse de nouveau aux aspects socioculturels ayant une répercussion sur la santé, et notamment l'inégalité de genre. En ce sens, elle se doit d'être une stratégie sensible au genre, reconnaissant les différents rôles de genre¹¹; la nécessité de la pleine participation des hommes et des femmes en ce qui concerne le contrôle des ressources et la prise de décision, et accordant la même importance aux connaissances, aux valeurs et aux expériences des hommes et des femmes.

¹¹ L'expression «rôles de genre» renvoie aux rôles socialement attribués aux hommes et aux femmes, en rapport avec les devoirs, les droits et la position de pouvoir des deux sexes au sein d'une société déterminée.

Parallèlement, la stratégie SSP mise sur l'utilisation de méthodologies participatives en vue de favoriser l'appropriation des services par la population bénéficiaire. Plus concrètement, la stratégie SSP doit encourager la participation réelle des femmes dans tous les processus de gestion et de prise de décisions en matière de santé sexuelle et reproductive, depuis la conception des interventions jusqu'à leur évaluation. De la même façon, il est nécessaire de promouvoir la participation des hommes en ce domaine, dans la mesure où ils sont concernés par ces problématiques et qu'ils jouent un rôle important dans la prise de décisions. Par ailleurs, il faut de toute façon privilégier le travail auprès des populations les plus vulnérables, parmi lesquelles se trouvent les adolescents et les adolescentes. Et enfin, il convient de ne pas oublier que, pour donner une visibilité aux problèmes de santé sexuelle et reproductive et

leur apporter une réponse appropriée, la formation du personnel de santé, ainsi que celle de la communauté en général et de ses dirigeants en particulier, jouent un rôle essentiel.

Le suivi et l'évaluation des processus de la stratégie SSP revêtent une grande importance. Ils favorisent en effet une bonne utilisation des ressources et permettent d'apporter une réponse pertinente aux besoins de la population, ainsi que d'améliorer au fur et à mesure l'intervention.

En général, la stratégie SSP encourage la mise en œuvre d'un large réseau de services de santé sexuelle et reproductive, qui couvre la majeure partie des besoins de santé primaire en ce domaine, masculins et féminins, tout en améliorant l'accès à ces mêmes services. Dans la mesure où elle peut impliquer des changements socioculturels, cette stratégie doit être envisagée comme une **stratégie à long terme**, dont l'identification, l'élaboration et l'évaluation doivent faire l'objet d'un soin particulier.



Éléments pour développer la stratégie SSP dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

- 1. Étude socio-anthropologique** de la région concernée afin d'énumérer et d'analyser les différentes problématiques en matière de santé sexuelle et reproductive, et d'examiner les divers facteurs en lien avec le genre qui ont une répercussion sur celles-ci. En ce sens, il convient notamment de prendre en considération les rôles différents des hommes et des femmes, leurs responsabilités distinctes, les normes culturelles associées à la fertilité, ainsi que les valeurs sociales attachées à la maternité ou encore à la jeunesse.
- Soutien à la création d'un **conseil de santé communautaire** où sont abordés les problèmes de santé sexuelle et reproductive et auquel participent les hommes et les femmes.
- 3. Élaboration de l'intervention:** celle-ci doit être adaptée aux stratégies nationales et à la réalité socioculturelle, disposer de ressources humaines et économiques appropriées et suffisantes, et s'appuyer sur une méthodologie adaptée aux hommes et aux femmes. Les inégalités de genre doivent être prises en considération, et l'accès des femmes aux services et à un diagnostic correct doit être facilité.
- Mise en œuvre de **services intégraux**, respectant l'intimité des personnes, hommes et femmes, et leur droit à décider librement de leur vie sexuelle et reproductive. Mettre l'accent sur les jeunes.
- Favoriser l'accès, des hommes et des femmes, à des **services de qualité**, en matière de prévention et de soins, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.
- Intégrer ces **services à la planification** sanitaire de la région.
- Recours à des **technologies participatives** pour impliquer dans une plus grande mesure les différents/différentes bénéficiaires et encourager la mise en place de services mieux adaptés à leurs besoins.
- Activités visant à accroître la **participation** des femmes et des hommes dans l'exercice de leurs droits et de leurs responsabilités en matière de santé sexuelle et reproductive. Il est nécessaire de considérer les hommes et les femmes de façon relationnelle et non de manière isolée.
- Formation spécifique** du personnel de santé, de la communauté en général et de ses dirigeants en particulier.
- Mise en place d'un **système de suivi et d'évaluation** favorisant l'apprentissage et visant à améliorer l'intervention à long terme.



À retenir

- > La stratégie de soins de santé primaires s'efforce d'apporter une réponse à la **faible couverture sanitaire et aux difficultés** d'accès aux services de santé primaire.
- > Il s'agit de la deuxième stratégie à mettre en œuvre après la transversalité de l'approche de genre, à laquelle elle est totalement liée. Il est nécessaire de promouvoir une stratégie **SSP sensible au genre**.
- > La stratégie SSP encourage la mise en place d'un réseau de services en matière de santé sexuelle et reproductive qui répondent aux **besoins des hommes et des femmes** et qui soient adaptés à leurs **valeurs, à leurs conditions socioéconomiques et aux facteurs socioculturels**.
- > La **participation** de la population constitue une composante essentielle de la stratégie SSP. Elle doit être développée par le biais de techniques participatives favorisant l'adaptation des services aux besoins de la population.



En savoir plus

- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUJAP
- > SANTACRUZ VARELA, F. (2002) "La Atención Primaria de Salud. Viejo compromiso y nuevos retos". Costa Rica. OPS/OMS.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible sur <http://www.fpfe.org/>
- > FPFE <http://www.fpfe.org/>

3.3 EDUCATION POUR LA SANTÉ (EPS)

Le manque d'information sur la santé sexuelle et reproductive ainsi que la faible participation de la population en ce domaine font également partie des limitations indiquées en début de chapitre. **L'éducation pour la santé (EPS)** constitue la principale stratégie qui vise à doter la population de la formation et de l'information nécessaires, afin qu'elle puisse développer sa capacité à prendre des décisions en matière de santé sexuelle et reproductive et à contrôler ces décisions, à la fois sur le plan communautaire et individuel.

À la troisième place des stratégies mentionnées et composante de la stratégie SSP, elle doit intégrer la perspective de genre et est complémentaire de l'empowerment des femmes. Issue de la « stratégie de la santé pour tous », lancée à Alma-Ata et qui a imprégné la stratégie SSP, l'éducation pour la santé sexuelle et reproductive part également d'une conception intégrale de la santé qui prend en considération les facteurs socioculturels, en insistant plus particulièrement sur les questions de genre. Cette proposition d'éducation intégrale s'intéresse ainsi à tous les aspects en rapport avec la reproduction, la sexualité et l'affectivité, afin que les personnes, hommes et femmes, puissent prendre des décisions vitales, relatives notamment à l'exercice de leurs droits

sexuels et reproductifs, de façon véritablement autonome et responsable.

Dans ses grandes lignes, l'EPS « doit se charger de fournir une information élaborée, critique et accessible sur la situation de la santé (...). Cette information comprendra :

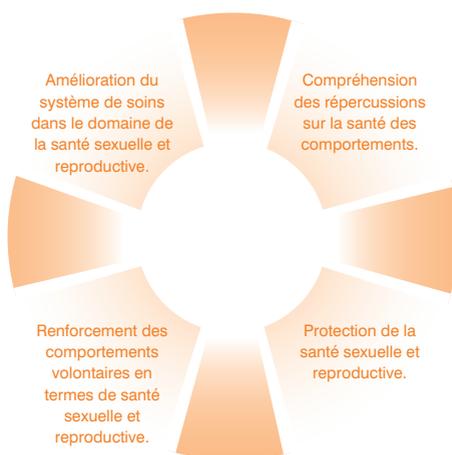
- a. L'identification des déterminants de santé et des facteurs de risque, qu'ils soient liés à l'environnement ou à des pratiques à risque.
- b. Les possibilités de protection, qu'elles soient liées à l'environnement ou personnelles.
- c. Les possibilités de prévention primaire, secondaire ou tertiaire.

Il faudra y ajouter l'information sur les services et sur les programmes sanitaires et sociaux disponibles en matière de protection et de prévention» (Mazarrasa, 2003: 399).

En appliquant ce schéma au domaine spécifique de la **santé sexuelle et reproductive**, quatre types d'activités différentes peuvent être développées pour mettre en place la stratégie d'éducation pour la santé: activités relatives à la compréhension des risques pour la santé; activités en lien avec la protection de la santé; activités visant à renforcer les comportements volontaires; activités visant à encourager l'amélioration du système de soins (cf. graphique 3).

Il convient de développer des **activités en rapport avec la compréhension des risques pour la santé**, afin d'expliquer les risques que certains comportements, liés au genre, représentent effectivement pour la santé. Ces activités peuvent ainsi souligner

Graphique 3. Activités d'éducation pour la santé dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive



Source: Adaptation de L. Mazarrasa (2003)

les répercussions négatives sur la santé des relations sexuelles à risque, de la violence à l'encontre des femmes ou de la négligence à l'égard de la santé de ces dernières.

Ces activités éducatives doivent être destinées à toute la population, et non seulement à la population concernée par le problème en question. L'objectif est de provoquer, dans l'ensemble de la société, des changements susceptibles de transformer à leur tour les comportements individuels. Elles doivent donc s'adresser aux personnes et aux groupes concernés, à leur entourage familial et social le plus proche, aux réseaux sociaux de la communauté (associations, collectifs organisés, etc.), au personnel de santé du programme, ainsi qu'aux gestionnaires et aux responsables des politiques en ce domaine.



Par ailleurs, **les activités relatives à la protection de la santé** informent sur les facteurs environnementaux affectant la santé sexuelle et reproductive. L'importance d'utiliser des moyens de contraception pour éviter des grossesses non désirées, l'intérêt du suivi des femmes enceintes ou encore la nécessité d'instaurer une relation d'égalité hommes-femmes pour prévenir la violence de genre, sont, par exemple, quelques-uns des sujets abordés dans le cadre de ces activités.

Quant aux **activités visant à renforcer des comportements volontaires**, elles ont pour objectif de modifier les conditions de vie et les restrictions sociales qui entravent le libre choix. Elles encouragent l'adoption de modes de vie sains et travaillent au développement de compétences personnelles et sociales, en enseignant, notamment, à s'exprimer, à négocier, à trouver des compromis, ou encore à savoir écouter. En matière de santé sexuelle et reproductive, il est important de développer des activités favorisant l'égalité entre les genres dans le domaine de la prise de décisions concernant le nombre d'enfants, l'utilisation des méthodes contraceptives et les pratiques sexuelles. Ces activités doivent également combattre l'isolement et la marginalisation des femmes par rapport aux services de santé ou aux différentes organisations sociales.

Enfin, **les activités relatives à l'amélioration du système de soins** doivent s'intéresser essentiellement au secteur formel (les services sanitaires et sociaux), mais aussi au secteur informel (c'est-à-dire les soins habituellement prodigués par les femmes). Pour ce qui est du secteur formel, il s'agit de faire

en sorte que les services de santé reflètent les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive de la communauté, et qu'ils offrent des services d'information appropriés. En ce qui concerne le secteur informel, les activités doivent promouvoir, notamment, l'amélioration des soins aux femmes enceintes ou victimes de la violence de genre. La coresponsabilité familiale et apprendre aux femmes à prendre soin de leur propre santé font partie des autres enjeux auxquels ces activités doivent faire face.

Toutes ces activités ne doivent pas cependant être envisagées comme des activités fermées, mais plutôt comme des activités ouvertes à l'apprentissage. « L'éducation pour la santé ne peut être prédéterminée vers un modèle de santé ou un mode de vie » (Mazarrasa, 2003:402). L'éducation pour la santé est un processus participatif au sein duquel la communauté joue un rôle essentiel et où les expériences et les connaissances de ses membres sont fondamentales pour l'apprentissage. L'utilisation d'une méthodologie participative et active, s'appuyant sur l'échange d'idées et le travail personnel, favorise l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive et la création d'un modèle de santé adapté aux besoins de la population. Il faut donc comprendre que les formateurs appelés à travailler dans ce domaine doivent bénéficier de la confiance de la population et connaître en profondeur les réalités et les contextes sociaux, le rôle de la coopération externe étant, dans la mesure du possible, de faciliter ces processus et de former les formateurs locaux.

L'EPS encourage ainsi, entre autres, la participation, le dialogue, la confiance en soi,

l'implication et la cohésion du groupe, le développement d'un esprit critique, ceux-ci étant des points de départ pour introduire des changements dans la façon de vivre la reproduction et la sexualité, et pour promouvoir l'adoption de pratiques saines en ce domaine.

Parmi les instruments pouvant être utilisés pour atteindre cet objectif, il en est un, essentiel: «l'éducation entre pairs». Il s'agit d'insister sur le caractère bidirectionnel de l'EPS: l'information ne circule pas dans un seul sens, et c'est le groupe de pairs lui-même qui procède à l'échange d'informations sur la santé sexuelle et reproductive.

L'éducation entre pairs

L'éducation entre pairs s'appuie sur un modèle horizontal de communication, différent du modèle hiérarchique ou vertical classique. L'accent est mis sur le besoin d'impliquer les communautés dans l'ensemble du processus éducatif, la finalité étant la transmission d'information à un groupe déterminé à travers des personnes de même sexe, même âge, même condition socioéconomique et mêmes caractéristiques culturelles.

Cet instrument a pour avantage de permettre d'accéder à des groupes de population vulnérables, qui présentent par ailleurs des obstacles multiples empêchant une communication fluide, et de diffuser de la sorte parmi eux des messages de prévention culturellement adaptés à leurs besoins, en vue de promouvoir l'adoption de comportements sains susceptibles de réduire cette vulnérabilité.

Il s'agit d'un instrument fondamental pour travailler auprès des adolescents et des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive.

Source: Adaptation de L. Mazarrasa (2005b)



Éléments pour développer la stratégie ESP dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive

1. Connaissance de l'**environnement social et culturel** où le travail va être mis en œuvre.
2. Fournir, aux hommes et aux femmes, une **information accessible, culturellement acceptable et non sexiste**, sur la santé sexuelle et reproductive. Il faudrait commencer par rechercher des documents et des expériences préalables, spécifiques du pays concerné ou pouvant être adaptés à sa réalité.
3. Création d'un environnement favorisant la **participation égalitaire** des hommes et des femmes en vue d'intégrer leurs expériences et leurs connaissances au processus d'apprentissage en santé sexuelle et reproductive.
4. Développement d'activités relatives à la **compréhension des risques** pour la santé, insistant sur les comportements sexuels et reproductifs ayant

des effets négatifs sur la santé, et notamment sur la santé des femmes. Il s'agit, concrètement, de travailler auprès du plus grand nombre possible de groupes sociaux: les personnes directement concernées, leur entourage familial et social le plus proche, les organisations sociales, l'équipe de santé, les responsables politiques et les gestionnaires.

5. Mise en place d'activités en lien avec la **protection de la santé**, informant des facteurs environnementaux qui ont des conséquences sur la vie sexuelle et reproductive.
6. Réalisation d'activités visant à encourager les comportements volontaires afin de renforcer l'égalité de genre et l'intégration. Par exemple, activités encourageant l'égalité de traitement dans les services de santé.



7. Mise en œuvre d'activités ayant pour objectif de promouvoir l'**amélioration du système de soins** en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces activités doivent spécialement renforcer le système de santé formel, et promouvoir une plus grande co-responsabilité familiale et une plus grande qualité des soins.
8. Utilisation d'une **méthodologie participative** dans toutes les activités mises en œuvre.
9. Soutien à «l'**éducation entre pairs**» en tant qu'instrument fondamental visant à encourager la participation et l'apprentissage en matière de santé sexuelle et reproductive.



À retenir

- > En tant que stratégie de promotion de la santé, l'EPS s'inscrit dans la stratégie de soins de santé primaires, intègre la perspective de genre et est complémentaire de l'empowerment des femmes.
- > Plus concrètement, l'éducation pour la santé s'adresse à la **communauté dans son ensemble et à des groupes concrets**. Son objectif étant de provoquer des changements dans les modes de vie et dans les comportements sexuels et reproductifs, elle doit poursuivre à la fois le changement social et individuel.
- > L'EPS envisage le **processus d'apprentissage** comme un processus **ouvert**, au sein duquel la communauté adapte l'information reçue en fonction de son expérience et de ses connaissances.
- > Elle s'appuie sur une **méthodologie participative** et «l'éducation entre pairs» constitue l'un de ses instruments de travail. Ce modèle de communication permet en effet d'avoir accès à des groupes isolés et vulnérables et de leur transmettre des messages en matière de santé sexuelle et reproductive culturellement adaptés.



En savoir plus

- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUJAP.
- > ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/SIDA con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- > MAZARRASA, L. (2005b) "La educación entre iguales. Una estrategia de promoción de la salud para la prevención del VIH/SIDA" in "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Avril 2005. Programme VITA. Disponible sur <http://www.aeci.es/vita>
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2003) "Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de aplicación" in Mazarrasa Alvear, L.; Sánchez Moreno, A.; Germán Bes, C. et al.. Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y enfermería comunitaria I. Madrid. McGraw-Hill e Interamericana.
- > REYES, W.G., ABALO, J.G., et PRENDES LABRADA, M. (1999) "¿Cómo hacer más efectiva la educación para la salud en la atención primaria?" en Revista Cubana de Medicina General Integral, nº15(2).
- > FPFE <http://www.fpfe.org/>

3.4 L'EMPOWERMENT DES FEMMES

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, les femmes ont un rôle subordonné dans la plupart des sociétés actuelles, et, partant, leur pouvoir de décision au sein des différents espaces de participation est pratiquement inexistant. Qu'il s'agisse de décisions relevant du domaine le plus intime, ou de décisions de nature sociale, économique ou politique, les femmes sont en grande mesure conditionnées par les règles sociales qui accordent un plus grand pouvoir aux hommes. Cette réalité a sans aucun doute des répercussions évidentes sur leur santé sexuelle et reproductive. Le faible pouvoir des femmes pour décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir, ou encore la violence de genre, manifestation du pouvoir des hommes sur les femmes, n'en sont que quelques exemples.

La **stratégie de l'empowerment des femmes** vise à encourager « la capacité de la femme à accroître sa confiance en soi dans la vie et à influencer le changement » (López, 2000: 62). Elle ne cherche pas à instaurer la domination des femmes au détriment des hommes, mais à leur donner un pouvoir égal pour transformer la réalité sociale la plus immédiate. La méthode pour atteindre cet objectif consiste à accroître le contrôle des femmes sur les ressources matérielles et non matérielles (Moser, 1991).

La stratégie de l'empowerment vise à doter les femmes de ressources personnelles leur permettant de prendre des décisions sur les questions vitales les plus immédiates et de se positionner au sein des espaces de pouvoir. Il est donc fondamental d'accroître la participation

Qu'est-ce que l'empowerment des femmes?

Il s'agit d'un processus au travers duquel les femmes, sur le plan individuel et collectif, prennent conscience des relations de pouvoir qui interviennent dans leur vie et acquièrent l'assurance et la force nécessaires pour modifier les inégalités de genre, au sein du foyer et de la communauté, ainsi qu'au niveau national, régional et international. Le processus complet s'appuie sur les axes suivants

- > **Cognitif**: les femmes doivent comprendre les conditions et les causes de leur subordination aux niveaux micro et macro.
- > **Économique**: les femmes doivent avoir accès aux ressources productives, et contrôler ces ressources, afin de disposer d'un certain degré d'autonomie financière.
- > **Politique**: les femmes doivent avoir la capacité d'analyser, d'organiser et de mobiliser le changement social.
- > **Psychologique**: les femmes doivent croire qu'elles peuvent exercer une action, au niveau personnel et social, et qu'elles peuvent changer leurs réalités individuelles ainsi que les sociétés dans lesquelles elles vivent.

Source: López Méndez et Sierra Leguina (2001: 34 et 35).

de la femme aussi bien dans les espaces familiaux que politiques et communautaires, ainsi que de développer son niveau d'instruction.

En ce sens, la stratégie de l'empowerment des femmes est étroitement liée à l'éducation pour la santé, puisque celle-ci, par le biais de la participation et de l'information, s'appuie sur l'empowerment de l'ensemble de la population, et pas seulement celui des femmes, afin de promouvoir l'adoption de modes de vie sains, à la fois sur le plan personnel et communautaire. Elle se rattache aussi à la



transversalité de l'approche de genre, dans la mesure où elle poursuit également, ne serait-ce que dans une perspective complémentaire, l'égalité hommes-femmes.

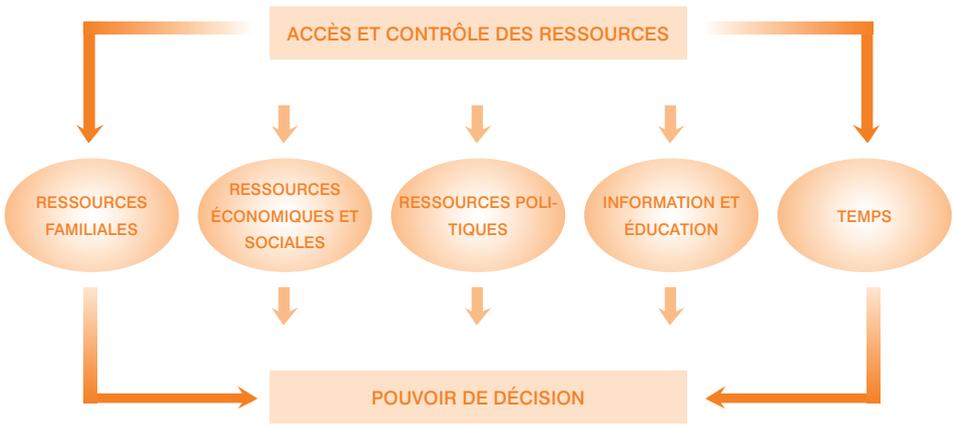
En matière de **santé sexuelle et reproductive**, l'empowerment vise à accroître le pouvoir de décision des femmes dans les différents domaines évoqués plus haut. Pour atteindre cet objectif, il faut développer l'accès des femmes aux ressources familiales, économiques et sociales, politiques, éducatives et temporelles, et accroître leur contrôle sur ces mêmes ressources (cf. graphique 3). En ce sens, l'éducation pour la santé et l'aide à la création d'organisations et de réseaux d'associations de femmes travaillant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive jouent un rôle fondamental.

L'accès aux ressources familiales, et le contrôle de ces mêmes ressources, doivent être renforcés pour que les femmes puissent décider de leur vie sexuelle et reproductive, et choisir notamment le nombre d'enfants qu'elles veulent

mettre au monde et le type de relation sexuelle qu'elles souhaitent, ou utiliser des moyens de contraception. En ce qui concerne les ressources économiques et sociales, il s'agit de rendre accessibles aux femmes les programmes et les services de santé sexuelle et reproductive et d'étudier leurs besoins en vue d'améliorer leur situation. Quant à l'action relative aux ressources politiques, elle doit encourager la participation active des femmes dans les politiques et les programmes de santé sexuelle et reproductive ainsi que dans des associations.

Il faut par ailleurs promouvoir l'accès des femmes aux ressources éducatives, ainsi que leur contrôle sur ces mêmes ressources, en mettant en œuvre une formation qui leur soit spécifiquement adressée et en les impliquant dans l'ensemble du processus éducatif. Enfin, pour ce qui est des ressources temporelles, les programmes et les services de santé sexuelle et reproductive doivent encourager les femmes à consacrer une partie de leur temps à s'occuper de leur propre santé et à jouir de leur sexualité.

Graphique 4. Relations entre le pouvoir de décision et l'accès aux ressources et leur contrôle.



Source: Élaboration personnelle.



Éléments pour développer la stratégie de l'empowerment des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive

1. **Analyse de la santé sexuelle et reproductive** des femmes en identifiant la sexualité comme quelque chose d'inhérent à la femme.
2. Utilisation de **techniques participatives** favorisant un processus de bas en haut: promouvoir la participation des femmes à la prise de décisions ayant des répercussions sur leur vie, et obtenir de la sorte un écho réel et efficace dans les programmes et les projets de développement.
3. Implication des **hommes** dans le processus de changement. Il est important de repérer les implications possibles de l'empowerment pour les femmes et pour les hommes, ainsi que les effets qu'il peut provoquer sur les actes et les comportements. Les hommes doivent être considérés coresponsables en matière de santé sexuelle et reproductive.
4. Renforcement de la **confiance en soi de la femme** par le développement de compétences et de capacités sur le plan individuel, familial et communautaire, permettant d'améliorer la santé sexuelle et reproductive dans son ensemble.
5. Élargissement du concept de «rôle reproductif» des femmes en introduisant leur droit à la santé sexuelle et reproductive. Les femmes ne sont pas seulement des mères, **mais aussi des individus avec des droits** (droit à une sexualité sans risque, droit à décider de leur maternité, à choisir leur partenaire, le nombre d'enfants, entre autres).
6. Mise en place **d'ateliers participatifs** afin de définir les besoins des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive.
7. Mise en œuvre de programmes axés sur la **couverture de besoins** et sur l'élimination de barrières, en fonction des demandes des femmes en ce domaine.
8. Création, dans les services et programmes de santé sexuelle et reproductive, **d'espaces et d'opportunités** afin que les femmes analysent leur situation personnelle.
9. Réalisation d'**activités** visant à promouvoir l'**accès et le contrôle** des femmes sur les ressources: familiales, économiques, politiques et temporaires, entre autres.
10. Renforcement des **associations de femmes** qui travaillent sur la santé sexuelle et reproductive à l'échelle locale en mettant à profit leurs liens avec d'autres associations régionales, nationales ou internationales.



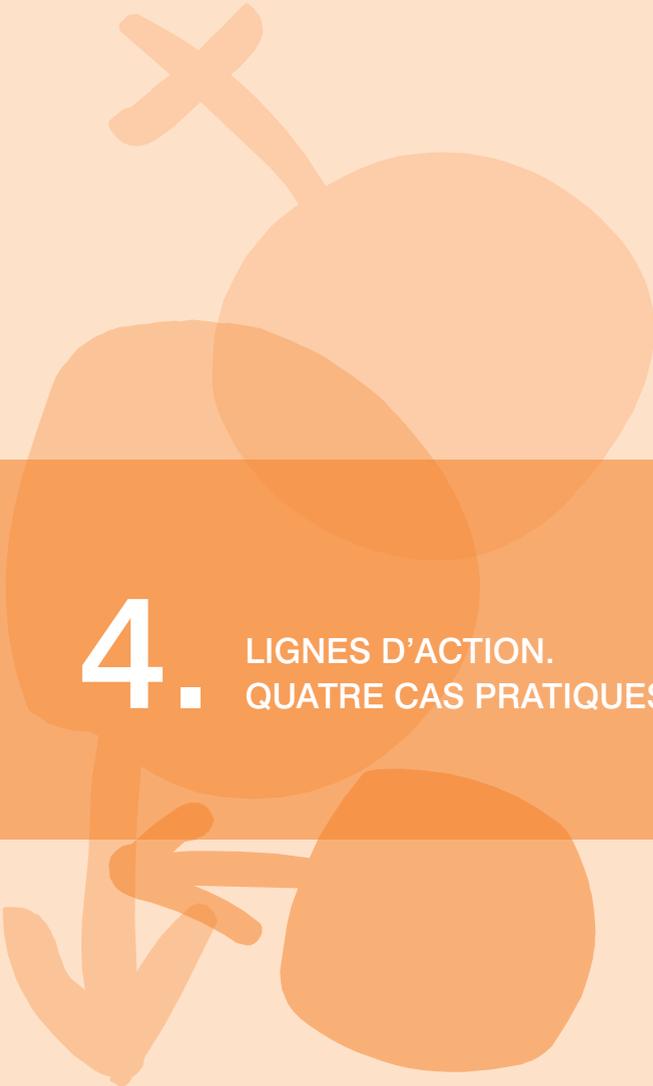
À retenir

- La stratégie de l'empowerment des femmes constitue la quatrième et dernière stratégie à mettre en œuvre. Étroitement liée à l'éducation pour la santé et à la transversalité de l'approche de genre, elle est présente dans toutes les stratégies de promotion de la santé.
- En encourageant la participation et la formation des femmes, l'empowerment des femmes a pour objectif de développer leurs ressources personnelles (familiales, économiques, politiques, etc.) afin d'accroître leur **pouvoir de décision** sur des questions relatives à la reproduction et à la sexualité.



En savoir plus

- > AECl (2004), Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUAP
- > ELLSBERG, M.C. (1998) El camino hacia la igualdad: Una guía práctica par la evaluación de proyectos para el empoderamiento de las mujeres. Managua, Nicaragua. Agence suédoise de coopération internationale au développement, ASDI.
- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº6. Madrid. IUDC.
- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.
- > SOJO, D., SIERRA, B. et LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.



4.

LIGNES D'ACTION.
QUATRE CAS PRATIQUES

Après avoir présenté les quatre stratégies qui nous permettent d'affronter les principales limitations existant en matière de santé sexuelle et reproductive, nous allons aborder leur application pratique à travers quatre cas, choisis en raison de leur grande actualité de leur importance sur le continent africain. Ces cas pratiques prétendent servir de guide pour la mise en œuvre de programmes et de projets dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à consolider les notions de transversalité de l'approche de genre, de soins de santé primaires, d'éducation pour la santé et d'empowerment des femmes, envisagées comme complémentaires dans la promotion de la santé sexuelle et reproductive.

4.1 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POST-PARTO

«Une femme africaine a 500 fois plus de probabilités de mourir pour des causes associées à la grossesse qu'une femme scandinave»

(Fédération espagnole de planning familial, 2000: 31).

Comme nous l'avons déjà expliqué, les complications dérivées de la grossesse et de l'accouchement sont, dans les pays en développement, les deuxièmes responsables de la perte d'années de vie en bonne santé chez les femmes en âge de procréer, provoquant chaque année plus d'un demi-million de décès.

Des services de santé déficitaires et difficiles d'accès, une qualité insuffisante en matière de suivi, un traitement tardif et peu adapté,

ainsi qu'un faible pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié, expliquent cette morbidité et cette mortalité maternelles élevées. Si, à tous ces facteurs, l'on ajoute la médiocre situation des femmes en matière sociale ou en termes de santé, les risques augmentent encore considérablement. Ainsi donc, les taux élevés de morbidité et de mortalité maternelles ne sont pas uniquement liés à la pauvreté et à la situation générale des systèmes de santé, mais aussi au rôle de la femme dans ces sociétés.

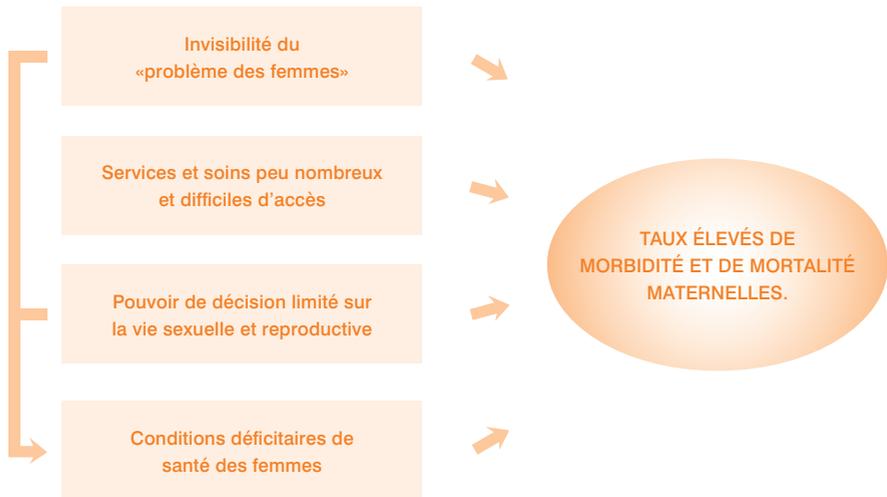
Par ailleurs, il ne faut pas oublier que 13% des décès associés à la grossesse et à l'accouchement sont dus à des pratiques d'avortements à risque, qui ont également de graves conséquences sur la santé des femmes. Un avortement réalisé dans de mauvaises conditions peut en effet entraîner, outre la mort, des infections, des hémorragies, la stérilité et des douleurs chroniques.

Divers **processus parallèles** (cf. graphique 4) expliquent la morbidité et la mortalité maternelles. L'invisibilité en est un. En effet, d'après l'UNICEF, il s'agit du problème sanitaire qui suscite le moins d'intérêt au monde, celui-ci étant considéré comme un « problème de femmes». Le manque de services de santé adaptés et économiquement, socialement, géographiquement et culturellement accessibles, problème que nous avons déjà abordé, en est un autre. Or une technologie simple permet de prévenir la plupart des complications, si celles-ci sont traitées à temps et par du personnel qualifié. Parallèlement, les femmes ont un contrôle limité sur leur santé sexuelle et reproductive, et un faible pouvoir de décision en ce domaine. Bien souvent d'ailleurs, elles lui accordent un intérêt secondaire, et se soucient plus de

la famille et de la communauté que de leur propre santé. Enfin, le dernier processus, mais non le moindre, a trait aux indicateurs généraux de santé des femmes, médiocres

en raison de l'invisibilité et du manque de pouvoir de celles-ci, et qui sont le résultat de leur position subordonnée au sein de la société (Antolín, 1997).

Graphique 4. Causes des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles.



Source: Élaboration personnelle

Dans ce contexte, les interventions doivent notamment promouvoir la visualisation des complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, ainsi que leurs causes, chercher à augmenter les ressources, améliorer l'accès aux services communautaires de base ainsi que la qualité de ceux-ci, et mobiliser les communautés et les femmes. Voyons quels sont les éléments que doit contenir un programme de lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles, en tenant compte de l'ensemble des stratégies de promotion de la santé.

Transversalité de l'approche de genre

Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, la transversalité consiste à intégrer les questions de genre dans les politiques et les programmes

de santé sexuelle et reproductive, quels qu'ils soient, le genre étant envisagé comme une catégorie d'analyse utile à l'identification, l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes ayant pour objectif de réduire les complications susceptibles de surgir au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Cette stratégie a pour finalité de rendre visible l'ampleur de ce problème, en impliquant les femmes et les hommes et en analysant les causes de ces complications et les manières possibles d'atténuer leurs conséquences. Appliquer la transversalité à un programme sur les complications obstétricales suppose de:

1. Former le groupe de travail et les bénéficiaires à l'analyse de genre et les impliquer dans ce processus.

2. Lancer une étude sur la relation entre le rôle subordonné des femmes et les complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Étudier, par exemple, la relation entre ces complications et la difficulté des femmes à accéder aux services de santé, du fait de leur exclusion de cette sphère de services ou de l'utilisation de ces rares ressources pour résoudre des problèmes de santé masculins.
3. Sensibiliser toute la communauté sur la relation entre l'inégalité de genre et les mauvais indicateurs de morbidité et de mortalité maternelles, ainsi que sur l'importance de leurs comportements pour améliorer la santé maternelle.
4. Encourager une participation active des femmes et des hommes au programme. Il faut promouvoir la coresponsabilité des hommes à travers des mesures spécifiques montrant que la grossesse n'est pas exclusivement une affaire de femmes et que les hommes sont également responsables de son déroulement.
5. Impliquer les femmes sur toute la durée du programme, depuis son élaboration jusqu'à son évaluation. Il faut considérer les besoins des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive comme un élément essentiel du programme afin que celui-ci fournisse les réponses les mieux adaptées aux problématiques en jeu.
6. Intégrer, dans toutes les phases du programme, l'analyse de genre des causes de morbidité et de mortalité maternelles. Il s'agit d'un élément essentiel, qui permet de mieux comprendre le problème et d'apporter des solutions plus efficaces.
7. Développer et utiliser des indicateurs sensibles au genre, tels que¹²:
 - > Indice de risque reproductif.
 - > Principales causes de mortalité maternelle.
 - > Principales maladies affectant les hommes et les femmes en âge de procréer.
 - > Proportion de femmes en âge de procréer (15–49 ans) souffrant d'anémie.
 - > Niveaux de nutrition familiale et distribution des aliments, par sexe et par âge.
 - > Pourcentage de femmes ayant accès aux services de santé, par âge.
 - > Pourcentage de femmes faisant partie du personnel de santé.
 - > Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un suivi médical pendant la grossesse et assistées en cas de complications.
 - > Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié.
 - > Accès aux services post-partum pour 100 accouchements.
 - > Nombre de cas d'interruptions volontaires de grossesse enregistrés.

¹² Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive sont répertoriés à l'annexe IV.

- > Indicateur de fécondité des jeunes femmes: nombre de naissances chez des mères de moins de 20 ans, divisé par le total de femmes entre 14 et 19 ans, pour mille.
- > Nombre de grossesses et espacement des accouchements.
- > Indicateur de coresponsabilité familiale: participation du père aux tâches les plus pénibles (transport de l'eau, par exemple).
- > Responsabilités familiales et charge de travail de la femme pendant la période puerpérale: s'occuper des enfants et/ou d'autres membres de la famille, travail rémunéré et non rémunéré.
- > Participation des femmes dans les institutions et organisations politiques opérant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.
- > Politiques de protection de la maternité et pourcentage de femmes protégées par secteur d'activité (salariées, par secteurs d'emploi). Pourcentage de femmes sans protection par secteur d'activité (travailleuses indépendantes, par secteurs d'emploi).

Bien souvent, les données nécessaires à l'élaboration de ces indicateurs ne seront pas disponibles. Il faudra donc mettre en place un système d'enregistrement et adapter les indicateurs à la réalité concrète du contexte africain.

8. Promouvoir l'introduction du concept d'inégalité de genre dans chacune des

traditions culturelles, en insistant sur les effets nocifs pour la santé de certaines pratiques sociales dérivées de cette inégalité. Par exemple: montrer les complications qu'entraînent pour la santé maternelle les grossesses précoces ou les grossesses trop rapprochées.

9. Promouvoir des politiques de protection de la maternité et de coresponsabilité paternelle.

Soins de santé primaires

La stratégie de soins de santé primaires a pour objectif de développer des services de santé de qualité, notamment en matière de prévention et de soins, et de faciliter l'accès à ces services. Elle utilise pour ce faire une approche horizontale: tous les acteurs impliqués sont pris en considération, la méthodologie est adaptée aux usagers et la participation est encouragée. Dans le cadre d'un programme sur la prévention et le suivi des complications de la grossesse et de l'accouchement, la stratégie SSP suppose de:

1. Réaliser une étude socio-anthropologique de la région concernée, reprenant les causes déjà analysées des complications associées à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, ainsi que le nombre de centres / habitants, nombre de personnel / habitants, sages-femmes / habitants, etc.
2. Mettre en place les services nécessaires dans la région (maternités, centres de santé, personnel et matériel disponible), et développer leur qualité et leur accessibilité.

3. Créer / aider le conseil de santé communautaire et introduire dans son programme les problèmes liés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum.
4. Fournir des services de soins obstétricaux d'urgence accessibles pour les accouchements avec complications.
5. Élaborer des services protégeant les droits des femmes. Les services doivent promouvoir leur droit à décider de leur santé sexuelle et reproductive, leur droit à obtenir des informations de qualité, leur droit à choisir leur conjoint et leur droit à ne pas être victimes de violences, entre autres.
6. Fournir des services de suivi pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum, aux femmes en âge de procréer, quel que soit leur état civil.
7. Intensifier la supervision et la formation du personnel, et mettre en place des systèmes de récompense pour encourager la bonne qualité des services de santé prenant en compte la perspective de genre.
8. Améliorer la formation du personnel le plus proche de la population: dirigeantes et dirigeants communautaires, accoucheuses traditionnelles, infirmiers et infirmières de base, sages-femmes.
9. Fournir un personnel suffisamment nombreux et qualifié.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé a pour objectif de créer des changements dans les comportements et les habitudes de l'ensemble de la so-

ciété en matière de sexualité et de reproduction. Comme nous l'avons vu, il s'agit d'une étape fondamentale pour améliorer l'information et la participation de la population et pour contribuer de la sorte à un plus grand contrôle sur la santé sexuelle et reproductive. Cette composante de la stratégie SSP permet notamment de développer l'empowerment des femmes. Dans le cadre d'un programme de santé sexuelle et reproductive, l'éducation pour la santé peut être appréhendée de la façon suivante:

1. Formation de formateurs en matière de santé sexuelle et reproductive.
2. Utilisation d'une méthodologie participative dans la mise en œuvre des différentes activités éducatives, afin d'intégrer de façon active la population au processus d'apprentissage.
3. Information sur les changements, les risques et les maladies qui peuvent être associés à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum.
4. Sensibilisation de toute la communauté, hommes et femmes, à l'égard des complications susceptibles de survenir pendant la grossesse, de leurs causes et de leur traitement.
5. Incorporation dans le processus d'apprentissage des expériences et des connaissances d'hommes et de femmes en rapport avec les complications pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. L'apprentissage doit être envisagé comme un processus ouvert.
6. Information sur les précautions à prendre pendant la grossesse, ainsi que sur la préparation et les conditions de l'accouchement.

7. Éducation à l'importance des relations égalitaires dans la prévention des complications pouvant survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou le post-partum. Activités co-éducatives favorisant le développement de comportements égalitaires.
 8. Éducation à la coresponsabilité et aux précautions à prendre, en insistant sur le rôle du père pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Apprendre également à profiter d'une paternité responsable.
 9. Mise en œuvre d'activités spécifiques à l'intention des groupes les plus vulnérables et isolés en utilisant «l'éducation entre pairs». Par exemple: travail auprès de jeunes femmes sur l'importance de prendre soin de leur propre santé, et auprès d'hommes jeunes sur leurs responsabilités dans le domaine de la sexualité afin qu'ils apprennent à prendre soin de leur propre santé et de celle des femmes (préservatifs, méthodes de contraception, etc.).
1. Informer les femmes des changements qui peuvent être réalisés pour qu'elles puissent vivre une grossesse saine, ainsi que des risques et des maladies susceptibles de survenir pendant la grossesse et l'accouchement.
 2. Développer la confiance en soi des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
 3. Identifier l'importance des soins pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
 4. Encourager les femmes à prendre soin de leur propre santé et à négocier avec les hommes et leurs proches afin qu'ils les soutiennent durant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.
 5. Insister sur l'importance de prendre soin de la santé de la femme, au-delà de la grossesse et de l'accouchement, en vue d'autres accouchements éventuels et, surtout, afin qu'elle puisse jouir d'une vie en bonne santé.

Empowerment des femmes

La stratégie de l'empowerment des femmes vise à accroître le degré de pouvoir des femmes sur leur vie sexuelle et reproductive. Dans le cadre d'un programme sur les complications obstétricales, il s'agit donc de renforcer le pouvoir des femmes pour qu'elles prennent soin de leur santé avant, pendant et après la grossesse. Il s'agit également de renforcer le pouvoir des femmes pour qu'elles jouent un rôle actif dans les politiques, les programmes et les projets en lien avec la santé sexuelle et reproductive. La stratégie d'empowerment, qui dérive des stratégies SSP, EPS et de transversalité, repose sur les axes suivants:

6. Déterminer et exprimer les besoins des femmes avant, pendant et après la grossesse: besoins économiques, sociaux, affectifs, entre autres.
7. Encourager les femmes à se soumettre à un suivi de leur grossesse et à accoucher en étant assistées par du personnel qualifié.
8. Impliquer les femmes dans la gestion des programmes de prévention des complications obstétricales.
9. Impliquer les femmes dans l'élaboration des politiques de protection de la maternité et de coresponsabilité paternelle.



À retenir

- > Un programme intégral sur les complications pendant la grossesse et l'accouchement doit s'appuyer sur les quatre stratégies de promotion de la santé: transversalité de l'approche de genre, SSP, EPS et empowerment des femmes.
- > La transversalité de l'approche de genre permet d'impliquer activement les femmes dans le projet et de renforcer la coresponsabilité des hommes. Et surtout, elle permet d'intégrer l'analyse de genre des complications obstétricales dans toutes les phases du programme.
- > La stratégie des soins de santé primaires permet de mettre en place des services, accessibles et de qualité, répondant aux besoins des femmes en ce domaine.
- > La stratégie de l'éducation pour la santé favorise l'apprentissage participatif sur les risques susceptibles de survenir pendant la grossesse et l'accouchement, ainsi que sur les formes de protection et de prévention. Elle s'appuie également sur la co-éducation.
- > Enfin, un programme intégral sur les complications obstétricales doit également viser à renforcer les compétences et les capacités des femmes avant, pendant et après la grossesse, afin qu'elles jouent un rôle actif dans leur propre développement et dans celui de la communauté. Autrement dit, il faut mettre en œuvre la stratégie de l'empowerment des femmes.
- > À travers ces différentes stratégies, il est très important de promouvoir des politiques de protection de la maternité et de coresponsabilité paternelle.



En savoir plus

- > DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, USA. IPAS.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, n°1. Madrid. FPFE
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > OMS (2004) Beyond the Numbers. Reviewing maternal death and complications to make pregnancy safer. Disponible sur <http://www.who.int>
- > OMS, UNICEF et UNFPA (2003) Maternal mortality in 2000. Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Disponible sur <http://www.who.int>
- > PAI (2001) Dossier PAI 2001. Tout un monde de différence. La santé sexuelle et reproductive et ses risques. Disponible sur <http://www.populationaction.org/>
- > PAI, FCI y IPPF (2005) Informe especial. La CIPD diez años después. ¿Dónde estamos ahora? En Countdown 2015. Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Population Action International. Family Care International y Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- > UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
- > COUNTDOWN 2015, <http://www.countdown2015.org>
- > OMS, <http://www.who.int/en/>
- > POPULATION ACTION INTERNATIONAL <http://www.populationaction.org/>
- > UNFPA, <http://www.unfpa.org/>

4.2 VIOLENCE DE GENRE

Les sociétés d'une grande partie de la planète considèrent encore aujourd'hui que les femmes doivent être soumises aux hommes, légitimant par là même la violence de genre. Celle-ci se traduit dans la vie quotidienne par des agressions physiques et psychologiques (violence au sein de la famille, harcèlement au travail) et se reflète également dans certaines pratiques traditionnelles (mutilation génitale féminine, mariage précoce, discrimination des filles et négligence de leurs besoins essentiels, ou encore infanticide féminin). Cette violence s'exerce aussi bien au sein de la famille que

dans la communauté, quand elle n'est pas le fait de l'État (cf. tableau 2). Tous ces actes de violence trouvent leur légitimation dans des valeurs culturelles basées sur des relations de genre inégales.

S'il est vrai que la violence de genre est aussi le fait de la communauté et de l'État, elle se concentre cependant pour l'essentiel dans la sphère domestique. Les principaux agresseurs et principaux responsables des graves conséquences de cette violence sur la santé physique, mentale et émotionnelle des femmes sont les membres de la famille eux-mêmes, pères, mères, compagnons ou époux. Nous allons aborder deux cas concrets de ce type de violence: la violence intrafamiliale et la mutilation génitale féminine (MGF).

Tableau 2. Types de violence de genre selon l'agresseur.

Famille	Communauté	État
> Violence intrafamiliale	> Viol	> Mauvais accueil dans les services publics, notamment dans les services de santé.
> Infanticide féminin	> Abus sexuel	> Violence perpétuée ou autorisée par l'État dans quelque endroit que ce soit (commissariats, police, établissements militaires, institutions, etc.)
> Négligence envers les filles	> Harcèlement, intimidation sexuelle au travail	
> Abus sexuel de fillettes	> Trafic sexuel	
> Mutilation génitale féminine	> Prostitution forcée	
> Mariage précoce		
> Violence associée à la dot		
> Violence conjugale		
> Viol		
> Violence et exploitation		

Source: L. Mazarrasa (2005)

4.2.1

LA VIOLENCE INTRAFAMILIALE

Comme nous venons de le voir, c'est dans le domaine familial que la plupart des agressions envers les femmes se produisent. La famille est considérée comme un tout harmonieux, au sein duquel la répartition socialement établie du pouvoir familial justifie la violence. La violence de l'époux ou du compagnon à l'encontre de sa femme, et certains types d'agressions du père envers sa fille, sont ainsi entendus comme une manifestation du pouvoir qu'un sexe exerce sur l'autre. Quant aux agressions des mères sur les filles, elles répondent à un partage générationnel du pouvoir, de même que celles exercées par les pères sur les fils. Nous allons nous intéresser à la violence des hommes à l'égard des femmes, ceux-ci étant le plus souvent les agresseurs et les femmes étant les principales victimes de ce type de violence.

Transversalité de l'approche de genre

L'introduction de la transversalité de l'approche de genre dans un programme ou un projet concernant la violence intrafamiliale a pour objectif de rendre visible cette problématique et d'expliquer systématiquement ce type de violence par les inégalités sociales qui existent entre les hommes et les femmes, et ce depuis l'identification du programme jusqu'à son évaluation. Plusieurs actions peuvent être menées en ce sens:

1. Rendre visibles les problèmes de santé sexuelle et reproductive des femmes associés à la violence intrafamiliale, en montrant la nature de ses problèmes, leurs origines et leurs conséquences physiques, psychologiques et sociales.
2. Intégrer en permanence l'analyse de genre à l'étude de la violence familiale, en indiquant les facteurs de nature à augmenter le risque que ce type de violence soit exercé ou subi.
3. Sensibiliser toute la communauté, à travers le conseil de santé communautaire, au sujet des effets pervers de la violence intrafamiliale sur la santé sexuelle et reproductive, notamment celle de la femme, mais aussi celle de l'homme.
4. Offrir une formation spécifique aux responsables du programme et/ou inclure du personnel expert en la matière.
5. Intégrer les femmes dans toutes les phases du programme pour introduire leurs apprentissages et faire participer les hommes en tant que partenaires. Travailler auprès des femmes et des hommes à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du programme. Il s'agit de briser les conceptions culturelles qui justifient, à la fois pour les hommes et pour les femmes, la violence intrafamiliale.
6. Élaborer, exécuter et évaluer le programme en considérant les causes de la violence, leurs effets sur les femmes et le rôle assumé par les hommes coupables de maltraitance.
7. Élaborer un ensemble d'indicateurs¹³ servant à mesurer la violence de genre. Nous signalons ci-après quelques indi-

¹³ Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive sont répertoriés à l'annexe IV.

cateurs pouvant être utiles¹. Cependant, il peut être difficile de les obtenir, et il est recommandé de les adapter au contexte africain ainsi que d'instaurer un système d'enregistrement.

- > Existence d'associations d'aide aux victimes de la violence de genre.
 - > Introduction de la sensibilisation à la maltraitance et de la prévention dans le processus éducatif.
 - > Soutien physique et/ou psychologique aux victimes de la violence de genre au sein des services de santé.
 - > Indicateur de la violence sexuelle exercée contre les personnes.
 - > Indicateur de dommages psychologiques.
 - > Indicateur de morbidité associée au mal-être des femmes.
 - > Indicateur de lésions non mortelles, dommages psychologiques et sociaux compris, et de décès dus à la violence intrafamiliale.
 - > Indicateur de sanctions légales à l'encontre de la violence contre les femmes.
 - > Pourcentage de victimes de la violence, par sexe.
- 8.** Encourager la recherche en matière de violence intrafamiliale et violence de genre.

Soins de santé primaires

Dans ce contexte, la stratégie des soins de santé primaires vise à fournir des services, et à faciliter leur accès, aux femmes victimes de violence intrafamiliale, l'idée étant de prévenir la maltraitance et de proposer des solutions à la fois aux femmes battues et à leurs agresseurs. Appliquer cette stratégie à un programme ou à un projet sur la violence intrafamiliale suppose de:

- 1.** Réaliser un diagnostic socio-anthropologique pour connaître la situation qui favorise la violence intrafamiliale.
- 2.** Étudier le problème à travers le conseil de santé communautaire et mettre en œuvre des systèmes de prévention, de détection précoce et d'identification de la violence de genre.
- 3.** Mettre en place, conformément à la réalité socioculturelle de la région concernée, des services d'accueil aux femmes victimes de la violence en s'attaquant aux valeurs culturelles qui relèguent ces dernières à une place secondaire.
- 4.** Instaurer des services offrant une attention constante et programmée, pour que les femmes puissent se sentir capables de sortir du cercle de la violence. Pour ce faire, il est fondamental de sensibiliser au préalable la communauté au problème de la violence intrafamiliale et de préconiser un engagement politique local contre ce type de violence, en ayant recours à la transversalité et à l'éducation pour la santé.

5. Travailler tout spécialement auprès des professionnels de la santé, qui jouent un rôle important:

- > Formar y sensibilizar a los y las profesionales.
- > Former et sensibiliser les professionnels et les professionnelles.
- > Aider le personnel de santé à développer un comportement ouvert, transmettant une sensation de sécurité et de soutien et garantissant la protection de l'intimité. Le professionnel ne doit jamais juger ni critiquer les victimes de violence de genre, mais les écouter attentivement et faire preuve d'empathie envers les problèmes de violence dont sont victimes les femmes.
- > Promouvoir le respect des droits sexuels et reproductifs des femmes au sein du personnel de santé.

6. Incorporer un système d'enregistrement.

7. Établir, en s'aidant des indicateurs précédents, un système d'évaluation et de suivi du programme afin d'en assurer le bon fonctionnement et de réaliser les ajustements nécessaires.

Éducation pour la santé

Le principal objectif poursuivi par cette stratégie est de faire prendre conscience à l'ensemble de la communauté des conséquences négatives de la violence intrafamiliale sur la santé sexuelle et reproductive, et d'encourager le développement de compétences

et de capacités visant à réduire ce type de violence. En ce sens, les points principaux à prendre en compte sont les suivants:

1. Développer des activités de sensibilisation sur la violence intrafamiliale dans toute la communauté.
2. Informer sur les risques que la violence intrafamiliale entraîne pour la santé sexuelle et reproductive, à la fois des femmes et des hommes.
3. Mettre en œuvre des activités d'éducation pour la santé à l'intention des hommes et des femmes, afin qu'ils puissent identifier les causes de la violence et ses conséquences sur la santé, ainsi que les relations de pouvoir existant entre les hommes et les femmes dans la sphère sociale et familiale.
4. Favoriser l'échange d'expériences et de connaissances sur la violence intrafamiliale pendant tout le processus d'apprentissage et orienter les comportements vers des relations non agressives et égalitaires.
5. Développer des programmes de prévention à l'intention des hommes et des femmes. Celui qui maltraite perpétue l'ordre social qui en fait un agresseur.
6. En tenant compte des caractéristiques socioculturelles de la région concernée (religions ou coutumes héritées, par exemple), promouvoir les attitudes favorisant l'égalité de genre.
7. Travailler auprès des hommes à la prévention de la violence. Éducation à l'afectivité et à l'expression des sentiments.

8. Faire appel à «l'éducation entre pairs» pour travailler auprès des populations les plus vulnérables. Par exemple: mettre en œuvre des activités de formation sur la violence intrafamiliale dans des groupes de femmes, par âges.
9. Mettre en œuvre des programmes de «tolérance zéro» à l'égard de la violence au sein de la communauté.
4. Développer la capacité critique des femmes afin qu'elles remettent en cause la position de subordination et de passivité qui leur est socialement attribuée.
5. Améliorer et développer la confiance en soi, l'épanouissement personnel, la santé mentale, les relations sociales, la maîtrise de sa propre santé, les réseaux sociaux de soutien et l'autonomie.

Empowerment des femmes

La stratégie de l'empowerment des femmes est fondamentale pour réduire la violence intrafamiliale, celle-ci étant associée en grande mesure au pouvoir limité des femmes et à leur manque de confiance en soi. En s'appuyant en grande partie sur l'EPS, l'empowerment vise à développer chez les femmes des capacités leur permettant de faire face à la violence intrafamiliale. Parmi les lignes d'actions à mettre en œuvre, nous pouvons mentionner les suivantes:

1. Travailler de façon participative auprès des femmes en général, et auprès des femmes en situation de risque en particulier. En étudiant quels sont les groupes les plus à même d'être victimes d'agressions, il est possible de réaliser auprès d'eux des activités spécifiques.
2. Fournir une assistance aux femmes victimes de la violence, en favorisant la formation de groupes d'entraide en milieu urbain et en milieu rural.
3. Créer des espaces destinés à l'échange d'idées et d'expériences entre femmes victimes de la violence.

6. Fournir des alternatives de ressources sociales, policières, psychologiques susceptibles d'aider les femmes.
7. Développer leurs capacités pour qu'elles puissent participer activement à la prise de décisions politiques.
8. Mettre en œuvre des réseaux de soutien entre associations et groupes de femmes pour lutter contre la violence intrafamiliale.

4.2.2

LA MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

Même si, comme nous l'avons déjà signalé, la mutilation génitale féminine –ou ablation– est sanctionnée par la communauté internationale, deux millions de fillettes sont mutilées chaque année dans le monde et cette pratique est généralisée dans de nombreux pays africains.

La mutilation génitale féminine (MGF) constitue à l'heure actuelle l'une des violations les plus flagrantes des droits de la personne, et elle est le reflet d'un ordre social hiérarchique qui établit le pouvoir des hommes sur les femmes, dans la mesure où elle représente un mécanisme de contrôle sur la sexualité des femmes depuis leur plus jeune âge. Toutefois,

il s'agit également d'un des problèmes de santé les plus difficiles à affronter, étant donné qu'elle est associée à des «traditions culturelles» profondément enracinées dans les sociétés où elle est pratiquée. Pour cette raison, un programme de réduction intégrale de la MGF doit pouvoir comprendre, outre les mesures de lutte contre la violence intrafamiliale exposées plus haut, d'autres types d'actions.

Transversalité de l'approche de genre

Dans le cadre d'un programme visant à éradiquer la MGF, la transversalité vise à rendre visible les structures sociales existantes et les types de relations qui en découlent. La transversalité montre les causes sociales de la MGF en procédant à une analyse de genre systématique des facteurs favorisant ce type de pratiques. Dans ce contexte, la stratégie de la transversalité implique, en plus des actions de lutte contre la violence intrafamiliale précédemment mentionnées, d'agir dans la direction suivante:

1. Analyser les facteurs de genre favorisant la pratique de la MGF en réalisant une étude de la région concernée.
2. Sensibiliser le personnel de l'équipe et la communauté dans son ensemble à la problématique de la MGF.
3. Intégrer les hommes et les femmes en analysant le rôle de chacun dans la MGF. En ce cas, la violence est très souvent le fait d'autres femmes.
4. Élaborer, exécuter et évaluer le programme en prenant en considération les facteurs sociaux et culturels qui entraînent l'élimination de la MGF, et en tenant

compte des différents rôles de genre et de la façon dont ceux-ci conditionneront la réussite de l'intervention.

5. Négocier pour que les organismes politiques locaux, régionaux et nationaux considèrent la MGF comme un problème de santé prioritaire.

Soins de santé primaires

Dans ce contexte, la stratégie SSP vise à fournir des services accessibles capables de traiter les problèmes de santé affectant tout au long de leur vie les femmes ayant subi une mutilation génitale (hémorragies, infections pelviennes, complications lors de l'accouchement, etc.). En aucun cas, la médicalisation de la MGF ne doit être soutenue. Autrement dit, il doit être interdit de mettre en place des services de santé pour réaliser la mutilation. Voici quelques-uns des aspects à prendre en compte dans un programme ou projet de cette nature:

1. Analyse socio-anthropologique afin de comprendre les causes et les conséquences sociales de la MGF, en vue d'introduire le débat au sein de la population et d'adapter l'intervention.
2. Formation du personnel de santé sur les conséquences et séquelles possibles de la MGF afin qu'il puisse les traiter.
3. Ouverture du débat sur la MGF au sein du conseil de santé communautaire.
4. Mise en place de services de santé pour traiter les séquelles physiques et psychologiques de la MGF.

Éducation pour la santé

Dans le cadre d'un programme contre la MGF, le volet le plus important est, peut-être, l'éducation pour la santé. En effet, le principal problème à résoudre est un problème de coutumes nuisibles, et c'est notamment sur ce point que travaille la stratégie EPS. Les lignes d'action suivantes peuvent ainsi être envisagées:

1. Informer la population à travers des campagnes sur les conséquences négatives de la MGF pour la santé et pour les droits des femmes. Il est fondamental de s'appuyer sur l'expérience et le travail des réseaux locaux qui, dans le pays, luttent déjà contre la MGF, quand ils existent.
2. Établir des liens entre la MGF et d'autres thèmes de santé comme la maternité, les infections sexuellement transmissibles ou le VIH/SIDA.
3. Fournir une information véridique et non sexiste défendant la sexualité comme inhérente aux femmes.
4. Ouvrir le débat au sein de la population et susciter des attitudes critiques, en insistant sur les effets négatifs de la MGF sur la santé sexuelle et reproductive, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.
5. Procéder à l'échange de connaissances et d'expériences, de la part d'hommes et de femmes, sans oublier que si, effectivement, la femme est la victime de la mutilation, les deux sexes sont impliqués activement dans cette pratique. La MGF est presque toujours réalisée par la mère ou par une femme.
6. Se concentrer sur l'éducation de groupes de population déterminés: personnel de santé, responsables de la communauté, policiers, politiques, accoucheuses traditionnelles, femmes et hommes. Il est possible de travailler auprès des groupes les plus vulnérables en faisant appel à «l'éducation entre pairs». Après de la jeunesse, l'éducation entre pairs peut contribuer à une meilleure compréhension des effets négatifs de la MGF sur la santé et faire naître déjà chez elle une attitude contraire à cette pratique.
7. Impliquer les hommes dans cette question, considérée comme une «affaire de femmes». Il s'agit d'envisager la MGF comme un problème de santé publique.

Empowerment des femmes

La stratégie de l'empowerment des femmes joue également un rôle clé dans l'élimination de la MGF. Même si la MGF n'est pas exclusivement une «affaire de femmes», il est capital que les femmes obtiennent du pouvoir dans ce domaine, sans que cela suppose toutefois de ne pas impliquer les hommes dans ce processus de changement. Quelles seraient les principales lignes d'action à mettre en œuvre?

1. Informer les femmes, et plus particulièrement les jeunes femmes, sur la MGF.
2. Promouvoir la réflexion et encourager en permanence une attitude critique à l'égard de la mutilation génitale féminine, afin que les femmes développent un esprit critique.
3. Développer la confiance en soi des femmes et faire en sorte qu'elles se voient comme des êtres sexuels.

4. Impliquer les femmes dans les campagnes d'élimination de la MGF et former des dirigeantes.
5. Appuyer les réseaux de femmes travaillant à l'élimination de la MGF, et inviter d'autres réseaux à l'échange d'opinions sur la MGF.
6. Encourager la participation des femmes dans des politiques et des programmes pour l'élimination de la MGF, à niveau national et local.

DEUX PROJETS DE LUTTE CONTRE LA VIOLENCE DE GENRE. LES LEÇONS DE MEDICUS MUNDI ET D'AMREF-FLYING DOCTORS.

Peu nombreux sont les projets qui luttent directement contre la violence de genre en Afrique. Cependant, les expériences de Medicus Mundi, au Burkina Faso, et d'AMREF-Flying Doctors, en Tanzanie, nous montrent qu'il est possible de travailler dans ce domaine et d'obtenir des résultats positifs.

Medicus Mundi, en collaboration avec le Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (CNLPE), a mis en place un projet de lutte contre la MGF dans les régions du Gulmu et du Yatenga, au Burkina Faso. Théâtre, ateliers radio et débats animés par des moniteurs ont pour objectif de sensibiliser les populations à la MGF dans les endroits où celle-ci est une pratique acceptée par les communautés. Medicus Mundi et le CNLPE ont également élaboré des matériels de sensibilisation spécifiquement à l'intention des régions difficiles d'accès.

L'une des clés de la réussite de la sensibilisation à travers les représentations théâtrales réside dans le fait que celles-ci bénéficient de la participation de membres d'associations locales, très proches de la communauté, qui s'expriment dans leur propre langue et utilisent des éléments de la culture traditionnelle, comme la musique et les masques artisanaux.

Plusieurs leçons peuvent être tirées de ce projet, notamment les suivantes:

- > Les activités mises en œuvre dans le cadre du projet sont prévues dans les plans d'action des comités provinciaux de lutte contre la MGF. Autrement dit, elles s'inscrivent dans le cadre de l'action nationale menée dans ce domaine.
- > La représentation théâtrale est un véhicule efficace de transmission de messages, plus encore quand les interprètes sont des membres de la communauté et qu'ils sont partie prenante de la réalité sociale représentée sur scène.

Le programme Jijenge ! (Fais-toi toi-même! en swahili) d'AMREF-Flying Doctors a pour objectif général de mettre en œuvre et de diffuser des initiatives permettant d'améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes dans la région du Lac Victoria, en Tanzanie, en insistant sur la sensibilisation contre la violence de genre.

AMREF-Flying Doctors travaille à trois niveaux: communautés, centres de santé et société civile, à travers des activités de formation, de sensibilisation, de mobilisation et de diffusion des droits des femmes. Jijenge ! utilise la musique, les ateliers théâtre ou encore les campagnes de sensibilisation pour promouvoir les droits sexuels et reproductifs. Parmi ses principales initiatives, nous pouvons aussi mentionner la formation de responsables et de personnes s'impliquant dans la promotion de ces droits au sein de la communauté (promoteurs communautaires), l'accent étant mis sur le potentiel multiplicateur de consortiums et d'organisations exigeant des politiques favorables à l'égard des droits des femmes.

Plusieurs leçons peuvent être tirées du programme Jijenge!, notamment les suivantes:

- > Il est fondamental que des membres importants de la communauté s'impliquent dans la promotion des droits des femmes. Cet engagement jette les bases pour la formulation de lois communautaires contre la violence de genre et pour le changement de traditions préjudiciables pour la santé des femmes, comme la MGF.
- > Il faut sensibiliser à la violence de genre les prestataires de services de santé, sociaux et légaux, et leur fournir les instruments dont ils ont besoin pour engager des actions à son encontre.
- > C'est en travaillant de manière parallèle et complémentaire dans les trois domaines d'intervention (communautés, réseau de centres de santé, société civile) qu'on obtient les résultats ayant les plus grandes répercussions.

Bien qu'ils soient très récents, ces deux projets ont déjà donné des résultats tangibles. Dans les régions concernées par le projet de Medicus Mundi, il est possible désormais de parler ouvertement de la problématique que suppose la pratique de la MGF. Les membres des communautés sont prêts à débattre sur la violence de genre et à agir en ce domaine, chose impensable il y a vingt ans.

Quant au programme Jijenge !, cinq ans après son lancement, les membres de la communauté acceptent de débattre sur les droits des femmes, notamment sur la violence de genre, et de lutter contre ce phénomène. Les cas de violence de genre dans la région concernée par le projet sont répertoriés et enregistrés: chaque trimestre, 350 femmes reçoivent un traitement médical dans un centre de santé, et 250 femmes s'adressent aux promoteurs communautaires et aux bénévoles formés dans le cadre du projet, en quête de soutien et de conseil.

Source: AMREF-Flying Doctors et Medicus Mundi Andalousie.



À retenir

- > Un programme visant à réduire la violence **intrafamiliale** et la mutilation génitale féminine, en apportant une réponse intégrale à ces problématiques, doit avoir recours aux quatre stratégies proposées: transversalité de l'approche de genre, SSP, EPS et empowerment des femmes.
- > La stratégie de la **transversalité** vise à intégrer la perspective de genre dans toutes les politiques et actions associées à la violence contre les femmes. Dans un programme concret, il s'agit d'aborder l'inégalité de genre comme étant un élément d'explication essentiel permettant de comprendre et de combattre ce type de violence. Dans cette optique, l'analyse de genre doit être présente dans toutes les phases du programme.
- > La stratégie **SSP** a pour objectif de fournir des services traitant les conséquences de la violence sur la santé physique et mentale des femmes. Il est spécialement important de former les spécialistes pour qu'ils sachent comment accueillir ces personnes.
- > La tâche la plus importante est de sensibiliser la population sur la nécessité de modifier les comportements violents, et c'est sur ce point que travaille **l'éducation pour la santé**.
- > **L'empowerment** des femmes joue un rôle fondamental. Cette stratégie travaille en effet à la restauration de l'estime de soi endommagée des femmes, renforce leur rôle social et politique au sein des communautés, et lutte en faveur de la disparition de la MGF tout en soutenant les femmes qui l'ont subie.



En savoir plus

- > DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, USA. IPAS.
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública", Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- > MAZARRASA ALVEAR, L., BOTELLA CAÑAMARES, N. y ACNUR (1999) "Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud: Informe del ACNUR", in Suplementos de OFRIM. Madrid. OFRIM.
- > OMS (2000) "Female Genital Mutilation Disponible sur <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- > SOJO, D., SIERRA B. et LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org
- > VELASCO JUEZ, C. (2002) "La mutilación genital femenina" in Martín, A., Velasco, C. et García, F. Las mujeres en el África subsahariana. Barcelona. Ediciones del Bronce.
- > OMS: <http://www.who.int/en/>
- > UNIFEM: <http://www.unifem.org/>

4.3 PRATIQUES CONTRACEPTIVES

“Le droit des femmes à décider librement et de façon responsable du nombre d’enfants qu’elles désirent et de l’intervalle entre les naissances, ainsi qu’à avoir accès à l’information, à l’éducation et aux moyens qui leur permettent d’exercer ces droits, est un droit de la personne fondamental”

(Fédération espagnole de planning familial, 2000:28)

En général, les femmes sont encore aujourd’hui les principales utilisatrices des méthodes contraceptives¹⁴ modernes, tandis que les hommes assument une part de responsabilité encore très réduite dans la prévention des grossesses. Plus concrètement, « la pilule et le stérilet sont les méthodes modernes les plus utilisées dans les pays les plus avancés d’Afrique » (Fédération espagnole de planning familial, 2000:29).

Bien que la plupart des pays aient augmenté l’accès aux méthodes contraceptives et leur utilisation au cours des dernières années, dans les pays en voie de développement un tiers des femmes en âge de procréer n’emploient pas encore de méthodes modernes de contraception. Parallèlement, la plupart des personnes qui utilisent des méthodes contraceptives ne disposent pas de l’information suffisante sur leur utilisation ni sur la méthode répondant le mieux à leurs besoins, et les systèmes de suivi et de surveillance en ce domaine sont encore très limités.

En ce sens, le principe 8 du programme d’action de la CIPD reconnaît que « tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l’espacement de leurs naissances, et de disposer de l’information, de l’éducation et des moyens voulus en la matière».

Dans les grandes lignes, une distinction peut être établie entre la contraception, associée au droit des hommes et des femmes à prévenir les grossesses et à se protéger des IST dans le cadre de relations sexuelles responsables, et la planification familiale, liée aux décisions familiales sur le nombre d’enfants désirés et l’intervalle entre les naissances. La contraception implique donc une perspective plus générale à partir de laquelle il est possible de travailler sur la prévention des grossesses et la protection contre les IST, même en l’absence d’unité familiale.

Transversalité de l’approche de genre

Dans le cadre d’un programme sur la contraception ou, plus spécifiquement d’un programme de planification familiale, la transversalité de l’approche de genre s’efforce de rendre visible les différents accès aux méthodes contraceptives pour les hommes et pour les femmes, ainsi que le contrôle de ces méthodes, et d’analyser leurs liens avec la santé sexuelle et reproductive des unes et des autres. Cette stratégie implique donc d’analyser l’accès des

¹⁴ Les méthodes contraceptives modernes sont: la pilule contraceptive, les injections, le dispositif intra-utérin (stérilet), les tablettes vaginales, les spermicides, les diaphragmes et les stérilisations masculines et féminines.

hommes et des femmes à l'information et aux méthodes contraceptives efficaces, leur capacité à décider en ce qui concerne l'utilisation de ces méthodes, et les besoins spécifiques de chaque sexe en la matière. L'objectif est de parvenir à ce que les choix relatifs à la contraception soient le fruit d'un commun accord entre les deux sexes, et pour ce faire il est fondamental d'encourager le développement de relations personnelles égalitaires. Afin de s'assurer qu'un programme sur la contraception intègre la perspective de genre, il convient de vérifier les points suivants:

1. Analyse en profondeur du pourquoi des différences existant entre les hommes et les femmes quant à l'accès aux méthodes contraceptives et quant à la décision de les utiliser.
2. Étude des besoins des hommes et des femmes en ce qui concerne les méthodes de contraception. Par exemple, nécessité d'un travail spécifique auprès des hommes sur l'utilisation du préservatif.
3. Information à l'intention des gestionnaires, et de la communauté en général, sur les répercussions qu'entraînent sur la santé les inégalités entre hommes et femmes en ce qui concerne l'accès à la contraception et quand il s'agit de décider de l'utilisation de moyens contraceptifs. Il faut insister sur les effets négatifs des relations sexuelles à risque, en brisant certains mythes culturels associés à la masculinité.
4. Élaboration du programme en tenant compte de l'importance que revêt l'égalité de genre en ce qui concerne l'accès à la contraception et la capacité à l'utiliser, et ce dans la perspective d'une vie sexuelle et reproductive saine.
5. Impliquer les hommes et les femmes dans ce type de programmes. Ceux-ci s'adressent souvent aux femmes en tant que principales bénéficiaires. S'il est vrai que, traditionnellement, elles sont celles qui ont été le plus dépourvues de ressources et du pouvoir de décision en matière de contraception, il convient de ne pas oublier la coresponsabilité des hommes en ce domaine.
6. Suivi et évaluation du programme en fonction des indicateurs sensibles au genre mentionnés ci-dessous et en fonction d'autres indicateurs pouvant être élaborés pour ce cas concret¹⁵:
 - > Taux d'utilisation de moyens contraceptifs chez les hommes et chez les femmes.
 - > Accès et participation aux services d'information sur la contraception, en fonction de l'âge et du sexe.
 - > Intégration de l'éducation à la contraception à l'intention des jeunes, hommes et femmes, dans le processus éducatif.
 - > Degré de connaissance des différentes techniques contraceptives, par sexe.
 - > Nombre idéal d'enfants exprimé par les hommes et les femmes par rapport au nombre total d'enfants.

¹⁵ Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive sont répertoriés à l'annexe IV.

Soins de santé primaires

En mettant en œuvre la stratégie SSP, il s'agit de rendre accessibles, aux hommes et aux femmes, des services d'information et des méthodes de contraception efficaces. Les soins de santé primaires abordent les problèmes dus à ces déficiences dans une perspective intégrale, en considérant tous les facteurs socioculturels susceptibles d'intervenir et en encourageant la participation de la population. Voyons quelles sont les caractéristiques générales qui doivent être présentes dans un programme sur la contraception intégrant la stratégie SSP :

1. Étude socio-anthropologique de la région concernée pour définir les causes qui rendent difficile l'accès aux méthodes contraceptives et leur utilisation, en insistant sur les notions culturelles associées à la maternité, la paternité, la famille et la sexualité, et en rendant visibles les stéréotypes de la sexualité féminine et les restrictions qui lui sont imposées.
2. Création d'un conseil de santé communautaire, auquel participent les hommes et les femmes, afin d'aborder les thèmes de la contraception et du droit des hommes et des femmes à vivre leur sexualité.
3. Élaboration d'un programme, en fonction des politiques nationales et de la réalité socioculturelle, favorisant l'accès à la contraception et aux services de consultation et d'information. Fournir la contraception d'urgence.
4. Formation spécifique à l'intention du personnel de santé afin qu'il puisse informer comme il se doit les personnes.
5. Mise en place de services intégraux respectant l'intimité des personnes, hommes et femmes, ainsi que leur droit à choisir tel ou tel moyen de contraception, en s'efforçant plus particulièrement de supprimer les barrières qui empêchent les jeunes garçons et les jeunes filles d'avoir accès à la contraception.
6. Création de services spécifiques à l'intention des adolescents, visant à promouvoir l'utilisation réelle de moyens contraceptifs par le groupe cible.
7. Intégration de ces services dans la planification sanitaire de la région.
8. Mise en œuvre de méthodologies participatives impliquant les hommes et les femmes dans le développement du programme.

Éducation pour la santé

L'éducation pour la santé contribue à créer des habitudes de vie saine. Dans le cadre d'un programme sur la contraception, sa fonction est d'encourager des pratiques sexuelles saines et responsables, à travers la promotion de l'égalité hommes-femmes. Les lignes d'action suivantes présentent en ce sens un grand intérêt :

1. Créer un espace approprié pour favoriser l'échange d'expériences et de connaissances, de la part d'hommes et de femmes, en matière de contraception, en vue d'informer sur les méthodes efficaces. Utiliser la méthodologie participative.
2. Accorder la même importance aux apports des hommes et des femmes tout au long du processus d'apprentissage.

3. Réaliser des activités visant à faire comprendre les risques qu'entraîne l'absence de contraception, en tenant compte des conceptions culturelles associées à la sexualité et à la reproduction. Par exemple: campagnes à l'intention de toute la communauté sur la nécessité d'utiliser des moyens de contraception modernes pour prévenir les grossesses non désirées.
4. Mettre en œuvre des activités visant à promouvoir la protection contre les risques de grossesse ou d'infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'à développer des compétences personnelles et sociales. Il est important, par exemple, d'en finir avec les trois «I» des jeunes, qui se croient «inféconds, immunisés et immortels», et encourager le développement de comportements les aidant à se protéger.
5. Réaliser des activités encourageant les femmes à prendre soin de leur propre santé, et les hommes à prendre soin de la santé d'autrui. La femme doit se protéger, mais l'homme a aussi la responsabilité d'éviter la grossesse ou la transmission d'IST.
6. Avoir recours à «l'éducation entre pairs», notamment pour le travail auprès des jeunes et des adolescents. Ceux-ci commencent en effet leur vie sexuelle, mais ils manquent d'information fiable sur la contraception.
7. Aborder toutes les activités en insistant à la fois sur les aspects purement biologiques de la sexualité et de la reproduction et sur les aspects associés à l'affectivité et à l'égalité entre hommes et femmes.

Empowerment des femmes

L'empowerment des femmes est une composante fondamentale d'un programme sur la contraception ou d'un programme de planification familiale. Etant donné que cette stratégie vise à promouvoir l'acquisition de pouvoir par les femmes dans la prise de décisions, que ce soit dans le domaine intime ou dans la sphère sociale et communautaire, elle aide celles-ci à se positionner à l'égard de leur propre protection contre les grossesses non désirées, les IST et le VIH/SIDA. L'empowerment contribue ainsi à réduire les conséquences de l'absence de mesures contraceptives. Pour arriver à ce résultat, cette stratégie repose sur les axes suivants:

1. Utilisation de techniques participatives visant à impliquer les femmes en tant qu'acteurs fondamentaux en matière de protection.
2. Développement de compétences et de capacités individuelles, familiales et communautaires. Par exemple: développement de la compétence de négocier l'utilisation de moyens de contraception pendant les relations sexuelles.
3. Identification du rôle reproducteur des femmes, mais aussi de leur droit à une sexualité saine et satisfaisante.
4. Élaboration du programme en tenant compte des besoins exprimés par les femmes en ce domaine et des obstacles qu'elles disent rencontrer.
5. Création d'espaces et d'opportunités pour que les femmes analysent leur situation personnelle vis-à-vis de la contraception et qu'elles envisagent des solutions possibles.

6. Consolidation des associations de femmes travaillant dans le domaine de la contraception, et mise en place de réseaux avec d'autres associations de même nature opérant dans la région, le

pays ou dans d'autres pays.

7. Participation dans les politiques facilitant l'accès universel à une contraception efficace.



À retenir

- > Un programme sur la **contraception** ou un programme de planification familiale exigent une approche intégrale, s'appuyant sur ces quatre stratégies de promotion de la santé: transversalité de l'approche de genre, SSP, EPS et empowerment des femmes.
- > La stratégie de la **transversalité** permet d'analyser le pourquoi des différences entre hommes et femmes quant à l'accès aux moyens de contraception et quant à la décision de les utiliser, ainsi que d'élaborer le programme, ses objectifs, ses résultats et ses activités en tenant compte de l'inégalité de genre.
- > La stratégie de **soins de santé primaires** permet

de fournir à la population, hommes et femmes, des services de consultation et d'information, ainsi que des méthodes contraceptives efficaces.

- > Quant à la **stratégie EPS**, elle favorise le développement de relations sexuelles saines, affectives et égalitaires.
- > **L'empowerment** contribue au développement de compétences et de capacités chez les femmes, leur permettant de se protéger elles-mêmes contre les risques de grossesse ou d'IST, ainsi que d'accroître leur pouvoir au sein d'organismes et d'institutions travaillant dans le domaine de la contraception.



En savoir plus

- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible sur <http://www.fpfe.org>
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, n°1. Madrid. FPFE
- > GREENE, M.E., RASEKH, Z, AMEN, K., CHAYA N. et DYE, J. (2002) La génération actuelle et les politiques de santé sexuelle et reproductive dans un monde jeune. Washington, USA. Population Action International.
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > SOJO, D., SIERRA B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y

género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.

- > UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
- > WAISMAN, V. (2000), Reproducing Rights 2000: Moving Forward. CRLP
Disponible sur <http://www.crlp.org>
- > UNFPA <http://www.UNFPA.org>
- > FPFE <http://www.fpfe.org/>
- > IPPF (Fédération internationale de planification familiale), <http://www.ippfwhr.org>

4.4

LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

LE VIH/SIDA

Comme nous l'avons déjà indiqué, environ 340 millions de nouveaux cas d'infections sexuellement transmissibles (IST) sont détectés chaque année. La pandémie du VIH/SIDA, dont la transmission est due dans 75% des cas à des pratiques sexuelles à risque, a en particulier de fortes répercussions sur la santé de nombreux hommes et femmes du continent africain, notamment en Afrique subsaharienne.

En général, les femmes et les jeunes filles sont plus vulnérables aux IST, et plus spécialement au VIH/SIDA, à la fois pour des raisons biologiques et psychosociales. La probabilité de la transmission du VIH/SIDA de l'homme à la femme par voie sexuelle est jusqu'à 12 fois plus élevée que dans le sens inverse, en raison des facteurs biologiques suivants :

- >- Le sperme contient une plus haute concentration de VIH que le liquide vaginal.
- En cas de pénétration vaginale, la surface de muqueuse exposée au virus est plus fragile chez la femme que chez l'homme, et il est plus probable qu'elle subisse de petites lésions.
- Certaines IST sont très fréquentes chez les femmes et ne font l'objet d'aucun traitement pendant longtemps, comme celles qui affectent le col de l'utérus. Or les IST augmentent le risque d'infection (Instituto de la Mujer, 2002a:45).

Quant aux causes psychosociales, la vulnérabilité des femmes et des jeunes filles à l'infection du VIH s'explique par le manque d'information et, surtout, parce qu'elles ne sont pas suffisamment émancipées. Les femmes qui acceptent les rôles de genre traditionnels risquent plus d'être infectées, et ce sont les mêmes qui opposent une plus grande résistance à la pratique de rapports sexuels sans danger. Elles assument leur rôle subordonné à l'égard de l'homme, et ont des relations sexuelles avec des hommes qui, pour des raisons culturelles, n'utilisent pas de protection, que ce soit avec des partenaires ponctuels ou dans le cadre d'une relation stable. Par ailleurs, le contrôle réduit qu'elles exercent sur les moyens de prévention, leur isolement social et leur dépendance affective et économique, accroissent encore leur risque de contracter le VIH (Instituto de la Mujer, 2002a:49).

Mais, à ce risque, il faut ajouter la stigmatisation sociale dont sont victimes de nombreuses femmes quand elles sont infectées par le VIH, et qui est le fruit de structures culturelles et sociales qui relèguent la femme à un second plan. Ainsi, bien souvent, la faible valeur attribuée aux femmes conduit à leur marginalisation sociale et familiale, et, étant donné leur autonomie économique limitée, elles se retrouvent totalement abandonnées à leur sort.

Il est donc nécessaire de mettre en œuvre des programmes et des projets qui agissent sur les causes biologiques du VIH/SIDA, mais qui prennent aussi en considération l'influence du genre sur sa transmission et ses effets. Nous allons voir tout de suite plusieurs modèles d'intervention inspirés de nos quatre stratégies de promotion de la santé.

Transversalité de l'approche de genre

«Nous ferons du "mainstreaming" de genre quand nous influencerons sur les politiques et les techniques afin que le genre soit pris en compte au moment de planifier et de développer un programme de prévention et de suivi du VIH/SIDA, en vue de détecter les besoins en fonction du sexe et d'agir sur les conditionnements socioculturels associés au genre et ayant une influence sur le risque plus ou moins grand d'infection ou de vulnérabilité des hommes et des femmes, et ce tout en élaborant des mesures visant à modifier ces facteurs qui nuisent à la prévention» (Instituto de la Mujer, 2002b:34).

Par conséquent, pour appliquer la transversalité de l'approche de genre à un programme de prévention et/ou de suivi du VIH/SIDA, il faut:

1. Faire prendre conscience à l'institution ou à l'organisation chargée d'élaborer le programme qu'il existe une relation entre le genre et le VIH/SIDA.
2. Différencier les besoins des hommes et des femmes, et mettre l'accent sur le travail auprès des jeunes et des adolescents, à la fois en matière de prévention et de suivi.
3. Établir des systèmes d'analyse de genre pour étudier la transmission du VIH/SIDA et la façon dont celui-ci est vécu, en vue de déterminer les aspects sociaux et culturels qui donnent lieu à différents modèles, en fonction du genre.
4. Fixer des objectifs, des résultats et des activités visant à obtenir un changement en ce qui concerne les influences et les conséquences associées au genre.

5. Utiliser des indicateurs sensibles au genre pour la conduite et l'évaluation du programme. Parmi ces indicateurs, nous pouvons mentionner¹⁶:

- > Taux de variation du nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA enregistrées, en fonction du sexe.
- > Proportion de cas de virus d'immuno-déficience humaine chez les adultes, par sexe.
- > Proportion de cas de VIH chez les femmes enceintes ayant entre 15 et 24 ans.
- > Pourcentage d'hommes et de femmes utilisant un préservatif dans toutes leurs relations sexuelles, en fonction de l'âge.

Soins de santé primaires

La stratégie de soins de santé primaires doit aborder le VIH/SIDA dans une perspective intégrale, en analysant ses causes sociales et en impliquant la population, ce qui nécessite à la fois une méthodologie appropriée et des ressources suffisantes. Voici quelques éléments qui peuvent orienter les interventions concrètes en matière de prévention et/ou de suivi:

1. Réaliser une étude socio-anthropologique du VIH/SIDA dans la région concernée, en vérifiant si les personnes malades et porteuses du VIH sont victimes d'ostracisme et si le nombre de femmes séropositives augmente.

¹⁶ Pour en savoir plus sur les indicateurs sensibles au genre, voir l'annexe IV: Les principaux indicateurs sensibles au genre en matière de santé sexuelle et reproductive.

2. Mettre en œuvre à l'intention du personnel de santé des activités de formation et de spécialisation sur le VIH/SIDA intégrant la perspective de genre, en vue de fournir des soins de qualité.
3. Garantir l'accessibilité aux services d'information et promouvoir la mise en place de réseaux de santé afin d'assurer le suivi et les soins requis par les personnes infectées par le VIH.
4. Garantir l'accès à un diagnostic et à un traitement appropriés.
5. Faciliter l'accès aux préservatifs et promouvoir leur utilisation.
6. Impliquer les hommes et les femmes dans toutes les phases du programme afin de tirer profit de leurs connaissances.
7. Établir une relation entre le personnel de santé et la personne séropositive ou malade, afin de modifier le comportement de cette dernière en ce qui concerne les précautions qu'elle doit prendre vis-à-vis de sa propre santé et pour protéger son/sa (ses) partenaire(s).
8. Transmettre des informations personnalisées et confidentielles sur la chaîne épidémiologique de transmission.

Éducation pour la santé

La stratégie EPS vise à promouvoir, d'une part, la protection, en encourageant l'adoption de pratiques saines, et, d'autre part, l'intégration des personnes infectées par le VIH/SIDA. Les activités suivantes peuvent

être mises en œuvre dans le cadre d'un programme de prévention et/ou de suivi:

1. Travailler le VIH/SIDA à l'échelle communautaire: expliquer ses modes de transmissions, les méthodes de prévention et les conséquences de l'infection, tout en combattant l'ostracisme et en favorisant l'intégration sociale des personnes séropositives, notamment des femmes, celles-ci étant victimes d'une plus grande marginalisation.
2. Sensibiliser sur les éventuelles pratiques sexuelles à risque, et informer sur les pratiques sans risque («safe sex») dès l'adolescence.
3. Fournir des moyens pour la mise en place d'un pacte «sexe sans risque», en surmontant les difficultés engendrées par la soumission aux rôles traditionnels de genre. Encourager les femmes à négocier l'utilisation du préservatif.
4. Informer les hommes et les femmes de la plus grande vulnérabilité, physique et sociale, des femmes au virus.
5. Être à l'écoute de la population et l'impliquer activement dans tout le processus d'apprentissage, en encourageant le développement de compétences et d'une attitude critique à l'égard du VIH/SIDA et de sa transmission.
6. Mettre en œuvre des activités visant à promouvoir le système de soins. Par exemple: expliquer comment s'occuper d'une personne malade du sida, et faire en sorte que les soins soient aussi assurés à parts égales par les hommes.

7. Réaliser des activités spécifiques «d'éducation entre pairs» avec les groupes les plus vulnérables.

Empowerment des femmes

Pour être efficace, un programme de prévention et/ou de suivi du VIH/SIDA doit réussir à modifier les comportements associés aux différents rôles de genre. Comme nous l'avons déjà fait remarquer, le rôle subordonné de la femme constitue l'un des facteurs explicatifs des différences observées entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la transmission et les effets du VIH/SIDA. Pour transformer cette situation, il est nécessaire de travailler sur deux fronts: renforcer le pouvoir des femmes sur leur propre corps et leur donner du pouvoir pour qu'elles participent à l'élaboration de politiques et aux programmes de prévention et de suivi. Il s'agit donc de développer autant l'estime de soi des femmes que leur rôle au sein des organisations politiques, des services de santé et des ONG. Parallèlement, pour que le projet soit une réussite, il est capital que les hommes participent à ce processus de changement et qu'ils acceptent la transformation des relations de pouvoir. La mise en œuvre de la stratégie d'empowerment dans le cadre d'un programme ou d'un projet spécifique doit insister sur les points suivants:

1. Informer sur la transmission du VIH/SIDA et sur les pratiques à risque, en mettant l'accent sur la plus grande vulnérabilité des femmes.
2. Réaliser une critique des stéréotypes sexuels à l'origine de comportements non désirés et susceptibles de représenter un risque pour la santé sexuelle et reproductive.

3. Renforcer le droit des femmes à décider de leur sexualité et à exprimer leurs propres décisions dès l'adolescence.
4. Négocier l'utilisation du préservatif.
5. Former les femmes en matière de VIH/SIDA.
6. Combattre la stigmatisation des femmes infectées par le VIH/SIDA.
7. Renforcer la présence des femmes dans les institutions et organisations politiques où sont définies les lignes d'action en matière de VIH/SIDA.
8. Créer des réseaux de communication entre femmes, associations et institutions travaillant dans le domaine du VIH/SIDA.
9. Impliquer les hommes dans le processus d'empowerment des femmes, en les informant sur les pratiques à risque et sur les valeurs associées au genre.



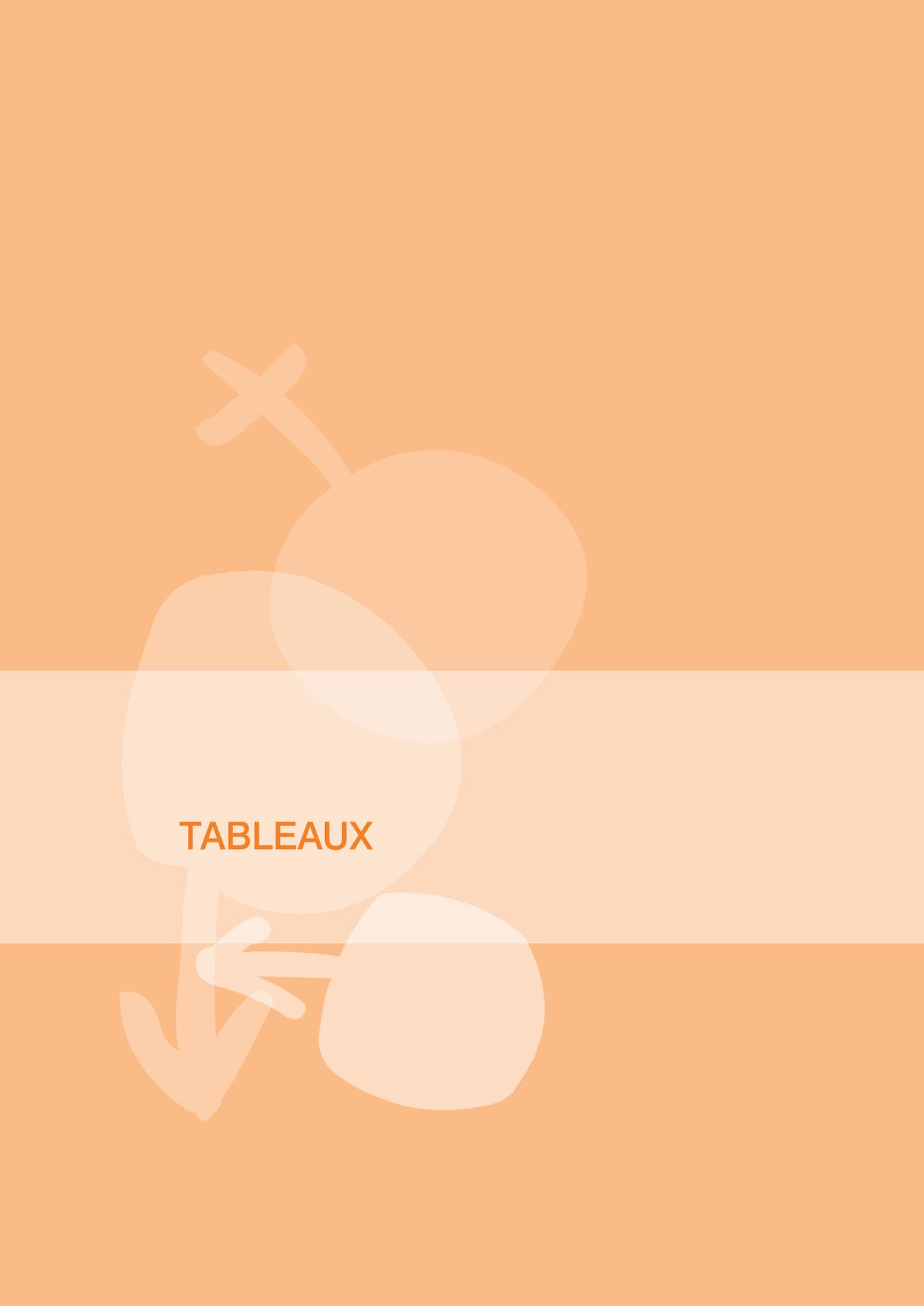
À retenir

- > Comme pour les autres cas pratiques que nous avons analysés, la prévention et/ou le suivi du **VIH/SIDA** exigent d'être abordés dans une perspective intégrale, à travers un programme s'appuyant sur les quatre stratégies de promotion de la santé proposées: transversalité de l'approche de genre, SSP, EPS et empowerment des femmes.
- > La stratégie de la **transversalité de genre** permet de détecter quels sont les besoins et les risques d'infection en fonction du sexe, en vue de définir des mesures concrètes d'intervention.
- > La **stratégie SSP** fournit des services spécifiques de suivi personnalisé ainsi qu'une information de qualité.
- > **L'éducation pour la santé** aide à en finir avec les préjugés sur le VIH/SIDA en travaillant à l'intégration sociale des malades. Elle contribue également à faire connaître les pratiques et les comportements qui peuvent aider à prévenir la maladie.
- > **L'empowerment des femmes** a pour objectif d'en faire des sujets actifs dans la lutte contre le VIH/SIDA, en leur apprenant à négocier des pratiques sexuelles sans risque et en renforçant leur présence dans les organes de décision des institutions travaillant dans ce domaine.



En savoir plus

- > ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/SIDA con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- > GREENE, M.E., RASEKH, Z., AMEN, K., CHAYA N. et DYE, J. (2002) La génération actuelle et les politiques de santé sexuelle et reproductive dans un monde jeune. Washington, USA. Population Action International.
- > INSTITUTO DE LA MUJER (2002a) La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- > INSTITUTO DE LA MUJER (2002b) Relaciones de género y subjetividad. Métodos para programas de prevención. Colección Salud, nº5. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- > ONUSIDA (2004) Situación de la pandemia del sida. Madrid. Disponible sur <http://www.unaids.org>
- > UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
- > OMS, <http://www.who.int/en>
- > ONUSIDA, <http://www.unaids.org>

The background is a solid orange color with a horizontal white stripe across the middle. A faint, stylized illustration of a person is visible, sitting on a large orange circle. The person's legs are spread out, and their arms are resting on their knees. The word "TABLEAUX" is written in orange capital letters on the white stripe.

TABLEAUX

TABLEAU I

Le rôle des hommes dans la santé sexuelle et reproductive	
<p>L'information et les services de santé sexuelle et reproductive s'adressent habituellement aux femmes, les hommes étant laissés de côté. Or, l'épidémie du sida a mis en évidence les répercussions que certains comportements sexuels masculins ont sur la santé. De même, la violence à l'égard des femmes et l'absence de responsabilité masculine en matière de reproduction exigent un plus grand degré d'engagement de la part des hommes vis-à-vis de l'égalité de genre.</p> <p>Les enquêtes, surtout en Afrique, révèlent que les hommes s'intéressent plus que ce que l'on croit à la santé reproductive. D'après Nzioka (2005), les hommes peuvent contribuer à mobiliser des ressources et à les redistribuer de façon équitable entre les hommes et les femmes. Ils peuvent modifier les institutions culturelles rigides en renforçant le pouvoir de la femme,</p>	<p>en réduisant les inégalités entre les sexes en matière de santé sexuelle et reproductive et en institutionnalisant l'égalité de genre comme une priorité.</p> <p>La question est donc la suivante: comment impliquer les hommes dans les programmes de santé sexuelle et reproductive? Les tabous et les normes culturelles entravent la communication entre les hommes et les femmes sur ces sujets. Parallèlement, en raison des relations de pouvoir inégales, il est impossible d'envisager une plus grande égalité entre les sexes. Il s'agit par conséquent d'ouvrir des voies de communication et des espaces permettant de construire l'égalité. Afin d'atteindre ces deux objectifs, il convient de mettre en œuvre les actions suivantes:</p>
<ul style="list-style-type: none"> > Adresser au public masculin les messages appropriés en utilisant les médias publics disponibles et en insistant plus particulièrement auprès des jeunes et des adolescents. > Inciter les hommes à assumer une plus grande responsabilité dans leur comportement sexuel. > Informer sur les identités de genre et sur les valeurs associées à la masculinité impliquant des conduites sexuelles à risque. > Informer sur les préservatifs et la vasectomie. Offrir une variété de services de santé. > Faciliter l'accès des hommes à des services de 	<p>santé sexuelle et reproductive.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Sensibiliser les hommes à l'importance de communiquer au sein du couple et de décider ensemble en matière de contraception et de pratiques sexuelles, en soulignant le caractère essentiel de l'influence du genre. > Aborder les besoins en matière de santé reproductive tant des individus que des couples.

Source: Élaboration personnelle à partir de Drenan (1998), UNFPA (2000) et Nzioka (2005).

TABLEAU II

Le travail auprès des jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive

Les jeunes représentent aujourd'hui une partie importante de la population mondiale. D'après Population Action International, sur les 6,3 milliards d'habitants de la planète, 1,7 milliards ont entre 10 et 24 ans, et ces jeunes constituent la génération la plus nombreuse de l'histoire de l'humanité. Il s'agit par ailleurs d'une population particulièrement vulnérable aux problèmes de santé sexuelle et reproductive. En effet, bien qu'ils soient au début de leur vie sexuelle et reproductive, il est difficile de les informer et de leur fournir des connaissances et des ressources leur permettant de développer une attitude responsable et saine alors qu'ils avancent vers l'âge adulte. Ces difficultés, liées à des croyances culturelles associées à la reproduction, la sexualité et le genre, ont souvent pour conséquence la non-inclusion des jeunes en tant que groupe bénéficiaire dans les programmes et les projets.

Parmi les principaux problèmes de santé auxquels doit faire face la population jeune, nous pouvons mentionner, entre autres: le nombre élevé de grossesses non désirées chez les adolescentes, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions, le pourcentage élevé de jeunes contaminés par le VIH/SIDA – environ 50% des personnes infectées l'année dernière – ou par des IST en général, les risques que représentent pour la santé des femmes les mariages et les grossesses précoces, ou encore les conséquences psychologiques et physiques de la mutilation génitale féminine,

opération généralement pratiquée juste avant l'entrée dans l'adolescence.

Le paragraphe 7.44 du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994) souligne la nécessité «de résoudre les problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction des adolescents, notamment les grossesses non désirées, les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et les maladies sexuellement transmissibles (...) en encourageant un comportement procréateur et sexuel responsable et sain, y compris l'abstinence, et en fournissant des services et une orientation particulièrement adaptés à ce groupe d'âge».

Pour mettre en œuvre cette tâche, «la reconnaissance des jeunes en tant qu'individus habilités à jouir de droits et acteurs essentiels de leur propre développement» est capitale (Greene et alt., 2002: 6). Par ailleurs, afin de répondre à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, il convient de travailler, à partir d'un «environnement propice», à la transmission d'**information** et de capacité, en entendant par «**capacité**» le fait que ces jeunes soient capables d'assumer des responsabilités dans le domaine de leur santé et de leurs relations sexuelles. Un projet concret doit donc travailler dans les directions suivantes:

- > Définir les domaines clés pour la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes, garçons et filles.
- > Encourager l'éducation sexuelle et développer des aptitudes pour la vie, en promouvant l'égalité de genre comme un moyen de réduire les risques sexuels et reproductifs. Ainsi, les relations de genre inégales expliquent par exemple que les jeunes filles soient forcées de pratiquer l'acte sexuel. Ou encore, elles sont à l'origine de pratiques sexuelles à risque qui, bien souvent, sont perçues comme des signes de la «virilité» du jeune homme.
- > Sensibiliser les parents, les éducateurs, les prestataires de soins de santé, les dirigeants de la communauté, les responsables politiques et religieux, ainsi que les personnes âgées, sur l'importance de la santé des jeunes.
- > Renforcer les lois établissant l'élimination de la discrimination et de l'abus sexuel. Plus particulièrement, garantir la continuité des adolescentes enceintes au sein du système éducatif et appuyer les lois relatives à l'âge minimum du mariage.
- > Impliquer les jeunes sur toute la durée du projet et adapter les services et les normes à leurs besoins spécifiques.
- > Impliquer activement les pères et les mères, ainsi que les familles, dans la mesure où ils exercent une influence capitale sur les attitudes et le comportement sexuel des jeunes.
- > Mettre en place des réseaux entre les organisations travaillant auprès des jeunes.

Source: Élaboration personnelle à partir de Greene (2002) et OMS, UNFPA et UNICEF (1997).

TABLEAU III

Techniques participatives pour des programmes de santé sexuelle et reproductive

La participation de la population est un élément fondamental pour qu'un projet soit viable et qu'il ait des effets s'inscrivant dans la durée. Il existe toutefois de nombreux degrés de participation, depuis la simple

présence symbolique de la population jusqu'à sa participation active pendant toute la durée du programme (cf. tableau 3).

Tableau 3. Échelle de participation

8	Programme mis en œuvre, développé et géré par le groupe bénéficiaire. Décisions assumées par d'autres institutions.
7	Programme mis en œuvre, développé et géré par le groupe bénéficiaire. Les agents extérieurs introduisent des modifications dans le projet.
6	Programme mis en œuvre par des agents extérieurs et décisions partagées par le groupe bénéficiaire.
5	Le groupe bénéficiaire est informé et consulté.
4	Le groupe bénéficiaire est informé des décisions prises à l'extérieur.
3	Participation symbolique, apparence.
2	Participation purement «décorative» ou «pour les apparences».
1	Manipulation du groupe bénéficiaire.

Source: Adapté de l'échelle d'Arnstein, S.R. (1969) "Eight runs on the ladder of citizen participation" in Cahn Citizen participation: effecting, community changes. Editorial Praeger Publishers. New York.

Comment mettre en oeuvre des processus de participation dans un programme de santé sexuelle et reproductive? Nous vous proposons ci-après trois techni-

ques participatives pouvant faciliter la participation de la population dans les phases d'identification, de planification, de suivi et d'évaluation des programmes.

Source: Garay (2001) et Geifus (1997)

Remue-ménages

Cette méthode permet de travailler avec un nombre limité de personnes (7 à 10), directement impliquées dans la problématique étudiée, afin de connaître les besoins de la population et les lignes d'interventions susceptibles d'être développées.

Marche à suivre:

1. Sélectionner 10 à 12 personnes ayant des connaissances et de l'expérience dans le domaine.
2. Engager la dynamique avec une question ouverte sur le sujet qui nous intéresse.
3. Écrire ou visualiser la question.
4. Les participants doivent exprimer toutes leurs idées sur des cartons vierges (une idée par carton, 3 lignes maximums). Ceux qui savent mieux écrire aident les autres.
5. L'animateur reprend tous les cartons, les mélange et les affiche au tableau, en lisant chaque idée à voix haute. Aucun carton n'est éliminé.
6. Les cartons exprimant une même idée sont regroupés. Aucun carton n'est retiré du tableau sans consensus.
7. Les cartons exprimant des idées directement associées sont regroupés.
8. Décider du travail à réaliser à partir du résultat. Selon les cas, nouveau remue-ménages sur l'un des sujets dégagés. Exercices d'analyse et de définition de priorités.

Dialogue avec des groupes de travail ou méthode du groupe nominal

Cette méthode permet de travailler avec un nombre limité de personnes (7 à 10), directement impliquées dans la problématique étudiée, afin de connaître les besoins de la population et les lignes d'interventions susceptibles d'être développées.

Marche à suivre:

1. Préparer un guide d'entretien, définissant les thèmes essentiels (6 ou 7 thèmes max.).
2. Sélectionner les membres du groupe.

3. Expliquer clairement l'objectif de l'entretien: expliquer pourquoi il a lieu, pourquoi les participants ont été sélectionnés, quelle est l'institution responsable, comment l'information sera utilisée et à quelles actions ce travail peut donner lieu.

4. Dialogue. Les réponses peuvent être écrites au tableau ou sur des cartons pour encourager la discussion.

5. L'information obtenue doit être comparée avec d'autres sources: autres dialogues, résultats d'autres exercices sur le même thème.

Dialogue avec les membres de la famille

Le travail s'adresse à tous les membres d'un groupe familial. Cette méthode est utilisée quand il est nécessaire d'aborder des problèmes ou des sujets ayant trait aux stratégies de vie dans une perspective regroupant les points de vue de tous les membres de la famille. En établissant un dialogue avec le groupe familial, la vision obtenue est beaucoup plus complète qu'en s'adressant uniquement au chef de famille.

Marche à suivre:

1. Préparer un guide d'entretien (6 – 7 thèmes max.) résumant avec clarté les points fondamentaux sur lesquels on souhaite travailler.
2. Sélectionner le groupe familial. Les groupes familiaux doivent être représentatifs des différentes catégories présentes dans la communauté.
3. Présentation: expliquer clairement l'objectif de l'entretien. Expliquer pourquoi il a lieu, pourquoi les participants ont été sélectionnés, quelle est l'institution responsable, comment l'information sera utilisée, et à quelles actions ce travail peut donner lieu. Il faut choisir un moment qui convienne aux personnes et s'assurer que tous les membres actifs du foyer seront présents (père, mère, enfants qui travaillent).
4. Bien impliquer tous les membres de la famille dans le dialogue et éviter que le chef de famille ne monopolise les réponses. Utiliser pour cela des questions ouvertes du type: «Pourriez-vous m'en dire plus sur ce sujet?»
5. L'information obtenue doit être comparée avec d'autres sources: autres dialogues, résultats d'autres exercices sur le même sujet.



ANNEXES

ANNEXE I. ENGAGEMENTS DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Conférence	Engagements
Organisation internationale du travail (1952 et 2000)	Convention sur la protection de la maternité (C103) approuvée en 1952 et révisée en 2000 par une nouvelle convention (C183)
Conférence d'Alma-Ata (Alma-Ata, 1978) Organisation mondiale de la santé (OMS) et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)	Engagement d'atteindre « la santé pour tous en 2000 » en préconisant une approche intégrale des soins de santé primaires (SSP), comprenant la protection maternelle et infantile, ainsi que la planification familiale.
Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes -CEDAW- (1979) Commission de la Condition juridique et sociale de la femme, Nations Unies (ONU)	Inspirée de la Déclaration sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes des Nations Unies, elle définit le concept de discrimination à l'égard des femmes et détermine une série d'engagements visant à sa suppression. Elle établit un lien entre la santé et la famille.
Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) Nations Unies (ONU)	Accord concernant l'accès universel aux soins, à l'information et aux services en matière de santé reproductive d'ici 2015, ainsi que la reconnaissance des droits en matière de sexualité et de reproduction.
Conférence de Pékin (Pékin, 1995) Quatrième conférence mondiale sur les femmes, Nations Unies (ONU)	Droit des femmes à jouir du plus haut degré possible de santé, à tous les niveaux, pendant toute leur vie.
Sommet du millénaire (2000) Nations Unies (ONU)	Adoption des Objectifs du millénaire pour le développement, fruits d'un accord entre les pays du Nord et du Sud, et reconnus par les principaux organismes multilatéraux. Objectifs concernant la santé sexuelle et reproductive: 3. Promouvoir l'égalité de genre et renforcer le pouvoir des femmes. 5. Réduire de trois quarts la mortalité maternelle. Objectif concernant la santé infantile: 4. Réduire de deux tiers la mortalité infantile.
Le Caire + 5 (1999) et Le Caire + 10 (2004)	Révision des résultats et ratification des accords de 1994.
Pékin + 10	Révision et évaluation de la Plate-forme d'action de Pékin. Ratification de la CEDAW, des conférences du Caire et de Pékin, et révision des Objectifs du millénaire en fonction du Caire et de Pékin.

ANNEXE II. ÉTATS AFRICAINS REPRÉSENTÉS AUX CONFÉRENCES DU CAIRE (1994) ET DE PÉKIN (1995)

États africains représentés à la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), à l'issue de laquelle a été approuvée la Plate-forme d'action du Caire.	États africains représentés à la IV Conférence mondiale sur les femmes (1995), à l'issue de laquelle a été approuvée la Plate-forme d'action de Pékin.
Afrique du Sud Algérie Angola Bénin Botswana Burkina Faso Burundi Cameroun Cap-Vert Comores Congo Côte d'Ivoire Djibouti Égypte Erythrée Ethiopie Gabon Gambie Ghana Guinée Guinée-Bissau Guinée-Équatoriale Kenya Lesotho Libéria Libye Madagascar Malawi Mali Maroc Maurice Mauritanie Mozambique Namibie Niger Nigeria	Afrique du Sud Algérie Angola Bénin Botswana Burkina Faso Burundi Cameroun Cap-Vert Comores Congo Côte d'Ivoire Djibouti Égypte Erythrée Ethiopie Gabon Gambie Ghana Guinée Guinée-Bissau Guinée-Équatoriale Kenya Lesotho Libéria Libye Madagascar Malawi Mali Maroc Maurice Mauritanie Mozambique Namibie Niger Nigeria

États africains représentés à la Conférence internationale sur la population et le développement du Caire (1994), à l'issue de laquelle a été approuvée la Plate-forme d'action du Caire.	États africains représentés à la IV Conférence mondiale sur les femmes (1995), à l'issue de laquelle a été approuvée la Plate-forme d'action de Pékin.
<p>Ouganda République centrafricaine République démocratique du Congo Rwanda Sao Tomé-et-Principe Sénégal Seychelles Sierra Leone Swaziland Tanzanie Tchad Togo Tunisie Zambie Zimbabwe</p>	<p>Ouganda République centrafricaine République démocratique du Congo Rwanda Sao Tomé-et-Principe Sénégal Seychelles Sierra Leone Soudan Swaziland Tanzanie Tchad Togo Tunisie Zambie Zimbabwe</p>

ANNEXE III. ANALYSE DE GENRE ET SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE¹⁷

L'analyse de genre est un instrument clé pour inscrire la transversalité de genre dans un programme ou un projet. Cette analyse permet d'identifier les structures et les processus sociaux qui contribuent à maintenir les inégalités entre les hommes et les femmes. Les étapes suivantes peuvent nous aider dans le cadre d'un programme de santé sexuelle et reproductive. Chacune d'entre elles peut être travaillée en groupe, avec la population bénéficiaire et le personnel de l'organisation.

1. Profil d'activités des hommes et des femmes: rôles et analyses de la répartition du temps. Il s'agit de s'intéresser aux différents rôles et tâches des hommes et des femmes au sein de la société, afin de mieux comprendre les causes des mauvais indicateurs de santé sexuelle et reproductive des femmes. Dans le cadre de cette première étape, les questions qui doivent être posées sont les suivantes:

- > Qui fait quoi?
- > En combien de temps?
- > Où?
- > Quand?
- > Avec qui?
- > Ces tâches sont-elles reconnues et ont-elles une valeur sociale?
- > Dans quelle mesure les tâches des hommes et des femmes ont-elles des répercussions sur leur santé sexuelle et reproductive?
- > Combien de temps consacre-t-on à prendre soin de sa propre santé?

Il est important d'établir une distinction entre travail reproductif, productif et communautaire. Le travail reproductif renvoie aux tâches domestiques et au soin des membres de la famille, le travail productif à la production de biens et de services destinés à la vente et à la consommation, et le travail communautaire à l'organisation collective d'événements et de services sociaux.

2. Accès aux ressources et aux bénéfices et contrôle exercé sur ceux-ci. À travers l'étude d'un ensemble d'espaces (le foyer, la communauté, le marché et l'État), l'analyse de genre définit les obstacles auxquels doivent faire face les femmes quand il s'agit d'exercer leur droit à la santé sexuelle et reproductive sur un pied d'égalité avec les hommes. Ces obstacles peuvent être associés à des règles, des coutumes, des obligations, des ressources, des bénéfices, des tâches et des rôles, ainsi qu'au pouvoir de décision. En ce cas, les principales questions qu'il faut se poser sont les suivantes:

- > Qui prend les décisions au sein du foyer? Sur quels sujets?
- > Qui décide de la répartition des revenus et des aliments?
- > Qui, au sein du foyer, décide qu'il faut aller chez le médecin, avec quels moyens de transports?
- > Qui vend et achète au marché? Est-ce qu'une différence est établie entre les activités commerciales des hommes et celles des femmes?

¹⁷ Pour en savoir plus sur l'analyse de genre, consulter Sojo et alt. (2002) et López et Sierra (2001).

- > Existe-t-il des limitations spécifiques pour les uns et les autres en ce qui concerne l'accès au crédit, le transport de la marchandise, la négociation pour la fixation des prix?
- > Qui décide dans des domaines concernant la communauté?
- > L'État encourage-t-il des règles qui, dans certains domaines, imposent des barrières à certains groupes, notamment les femmes, au sein de la communauté? Par exemple: les politiques en matière de contraception s'adressent-elles seulement aux couples mariés?

3. Identification des besoins et des intérêts des hommes et des femmes. Nous l'avons déjà signalé, il existe des différences en matière de santé entre les hommes et les femmes, et ce pour des raisons biologiques et culturelles. Le programme doit répondre aux besoins spécifiques des uns et des autres. Il faut donc réfléchir sur les points suivants:

- > Quelles différences existe-t-il entre les profils de santé des hommes et des femmes?
- > Quels sont les besoins des femmes?
- > Quels sont les besoins des hommes?
- > Quels besoins identifie le projet (pratiques ou stratégiques)?
- > Comment les identifier?

Pour identifier les besoins, il convient d'établir une distinction entre les besoins pratiques, qui présentent un caractère immédiat et sont associés aux obligations quotidiennes, et les besoins stratégiques, qui « visent à réduire les inégalités qui dégradent la santé, l'autonomie corporelle et le désir de se sentir mieux physiquement et moralement» (Sojo et alt., 2002: 139).

4. Participation des hommes et des femmes. L'analyse de genre nous permet par ailleurs d'identifier les relations de pouvoir inégales, qui limitent la participation des femmes dans des programmes de développement, afin de pouvoir encourager une participation équitable des deux sexes. Nous devons nous poser les questions suivantes:

- > Qui participe au programme?
- > À quel degré, où, avec qui, comment, quand, dans quel but?
- > Quel contrôle vont exercer les participants et les participantes sur le résultat du programme?

5. Capacité des organisations responsables pour travailler dans une perspective de genre. Il est également essentiel que l'organisation responsable du programme ait elle-même intégré la perspective de genre dans ses politiques et qu'elle ait sensibilisé son personnel à cette approche. La sensibilisation du personnel chargé du programme constitue la première étape de la mise en œuvre d'un programme de santé sexuelle et reproductive. La question est la suivante:

- > Les organisations responsables ont-elle intégré la perspective de genre dans leurs politiques, dans leur structure et dans leur culture?

ANNEXE IV.

LES PRINCIPAUX INDICATEURS SENSIBLES AU GENRE EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE.

Un indicateur sensible au genre est un indicateur qui prend en compte les principaux facteurs favorisant l'inégalité en matière de santé sexuelle et reproductive entre les hommes et les femmes. Nous répertorions dans ces pages un ensemble d'indicateurs sensibles au genre pouvant aider à l'élaboration, au suivi et à l'évaluation de programmes de santé sexuelle et reproductive.

Bien souvent, les données de ces indicateurs ne seront pas disponibles. Il faudra donc élaborer un système d'enregistrement et adapter les indicateurs à la réalité concrète du contexte africain. Pour adapter les indicateurs ou en imaginer de nouveaux, il convient de définir clairement ce que l'on cherche à mesurer, afin de pouvoir le faire ensuite de la façon la plus claire et la plus concrète qui soit, en tenant compte de la variable à mesurer ainsi que des caractéristiques spécifiques de la région concernée.

Indicateurs généraux

1. Espérance de vie à la naissance, par sexe.

Nombre moyen d'années que pourrait vivre un nouveau-né si toutes les années de vie des enfants nés la même année se répartissaient de façon égale entre eux.

2. Taux global de fécondité.

Nombre moyen d'enfants à la fin de la période de procréation d'une cohorte hy-

pothétique de femmes qui, pendant leur étape reproductive (15 – 49 ans), auraient la fécondité par âge de la population étudiée et ne seraient pas soumise à la mortalité depuis leur naissance jusqu'au terme de leur période féconde.

3. Pourcentage du budget de santé destiné à la santé sexuelle et reproductive.

4. Pourcentage de population ayant accès aux services de santé sexuelle et reproductive, par sexe.

5. Existence d'associations de santé sexuelle et reproductive.

6. Pourcentage d'hommes et de femmes dans les organes de décision.

7. Pourcentage d'hommes et de femmes sur le marché formel du travail.

8. Temps consacré à la réalisation de tâches non rémunérées, par sexe.

9. Indicateur de l'intégration de l'éducation sexuelle et reproductive dans le processus éducatif.

Référence à la présence de l'éducation sexuelle dans les programmes officiels, à quel niveau d'enseignement et sur combien d'heures de cours.

10. Pourcentage de femmes et d'hommes scolarisés par degrés d'enseignement: primaire, secondaire, tertiaire ou universitaire.

Complications associées à la grossesse, à l'accouchement ou au post-partum

1. Indice de risque reproductif:

Indice comprenant la fécondité des adolescentes, la prévalence de l'utilisation de moyens contraceptifs, le suivi prénatal, la proportion d'accouchements assistés par du personnel qualifié, la prévalence de l'anémie chez les femmes enceintes, la prévalence du VIH/SIDA chez les femmes adultes, la prévalence du VIH/SIDA chez les hommes adultes, la politique en matière d'avortement, le taux global de fécondité et le taux de mortalité maternelle.

2. Principales causes de mortalité maternelle.

3. Principales maladies affectant les hommes et les femmes en âge de procréer.

4. Proportion de femmes en âge de procréer (15 – 49 ans) souffrant d'anémie.

5. Niveaux de nutrition familiale et distribution des aliments, par sexe et par âge.

6. Pourcentage de femmes ayant accès aux services de santé, par âge.

7. Pourcentage de femmes faisant partie du personnel de santé.

8. Pourcentage de femmes enceintes bénéficiant d'un suivi médical pendant la grossesse et assistées en cas de complications.

9. Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié.

Nombre d'accouchements effectués dans les services de santé divisé par le nombre total de naissances enregistrées dans les statistiques vitales, exprimé en pourcentage.

10. Accès aux services post-partum pour 100 accouchements.

Nombre de femmes qui consultent après l'accouchement, exprimé en pourcentage.

11. Nombre de cas d'interruptions volontaires de grossesse enregistrés.

12. Indicateur de fécondité des jeunes femmes:

Nombre de naissances chez des mères de moins de 20 ans, divisé par le total de femmes entre 14 et 19 ans, pour mille.

13. Nombre de grossesses et espacement des accouchements.

14. Indicateur de coresponsabilité paternelle:

Participation du père aux tâches les plus pénibles (transport de l'eau, par exemple).

15. Participation des femmes dans les institutions et organisations politiques opérant dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.

16. Politiques de protection de la maternité et pourcentage de femmes protégées par secteur d'activité (salarisées, par secteurs d'emploi). Pourcentage de femmes sans protection par secteur d'activité (travailleuses indépendantes, par secteurs d'emploi).

Violence de genre

1. Existence d'associations d'aide aux victimes de la violence de genre.

2. Introduction de la sensibilisation à la maltraitance et de la prévention dans le processus éducatif.

3. Soutien physique et/ou psychologique aux victimes de la violence de genre au sein des services de santé.

4. Indicateur de la violence sexuelle exercée contre les personnes.

Nombre de femmes, de jeunes filles et de fillettes victimes de violences sexuelles (viols et abus sexuels) ayant porté plainte sur une année, divisé par le nombre total de femmes de tous âges, exprimé en pourcentages.

Nombre d'hommes et de garçons victimes de violences sexuelles (viols et abus sexuels) ayant porté plainte sur une année, divisé par le nombre total d'hommes de tous âges, exprimé en pourcentage.

5. Indicateur de dommages psychologiques.

6. Indicateur de morbidité associée au mal-être des femmes.

7. Indicateur de suicides et de tentatives de suicide chez les femmes.

8. Indicateur de lésions non mortelles, dommages psychologiques et sociaux compris, et de décès dus à la violence intrafamiliale:

Nombre de femmes, de jeunes filles et de fillettes victimes de lésions non mortelles

dus à la violence intrafamiliale, divisé par le nombre total de femmes de tous âges, exprimé en pourcentage.

9. Indicateur de sanctions légales à l'encontre de la violence contre les femmes:

Liste des lois prévoyant des actions pénales spécifiques contre la violence intrafamiliale, le harcèlement sexuel, les viols, le commerce sexuel.

10. Nombre de victimes de la violence.

Nombre de femmes victimes de violences au cours de l'année, divisé par le nombre total de femmes.

Dans les registres de santé (dossiers cliniques des patientes), il conviendrait de détailler l'histoire du phénomène de maltraitance: temps, durée, dommages psychologiques, physiques, sexuels et sociaux produits tout au long de la vie de la femme victime de maltraitance.

Pratiques contraceptives

1. Taux d'utilisation de moyens contraceptifs chez les hommes et chez les femmes:

Rapport du nombre de femmes adultes (généralement entre 15 et 49 ans) utilisant un quelconque moyen contraceptif efficace, sur le nombre total de femmes de cette tranche d'âge, exprimé en pourcentage.

Rapport du nombre d'hommes adultes (généralement entre 15 et 49 ans) utilisant un quelconque moyen contraceptif efficace, sur le nombre total d'hommes de cette tranche d'âge, exprimé en pourcentage.

2. **Accès et participation aux services d'information sur la contraception, en fonction de l'âge et du sexe.**
 3. **Intégration de l'éducation à la contraception à l'intention des jeunes, hommes et femmes, dans le processus éducatif.**
 4. **Degré de connaissance des différentes techniques contraceptives, par sexe.**
 5. **Nombre idéal d'enfants exprimé par les hommes et les femmes par rapport au nombre total d'enfants.**
- registrés sur une période déterminée (par exemple, 1 an), divisé par le nombre total de femmes enceintes suivies au cours de cette même période, exprimé en pourcentage.
4. **Pourcentage d'hommes et de femmes utilisant un préservatif dans toutes leurs relations sexuelles avec pénétration, en fonction de l'âge.**

Les IST. Le cas du VIH/SIDA.

1. **Taux de variation du nombre de personnes infectées par le VIH/SIDA enregistrées, en fonction du sexe.**

Nombre de femmes séropositives enregistrées au cours de la dernière année, divisé par le nombre de l'année précédente, exprimé en pourcentage, et nombre d'hommes séropositifs enregistrés au cours de la dernière année, divisé par le nombre de l'année précédente, exprimé en pourcentage.

2. **Proportion de cas de VIH/SIDA chez les adultes, par sexe.**

Rapport entre le nombre cumulé de cas de VIH/SIDA enregistrés, par sexe et à partir d'une limite d'âge déterminée (15 ans, par exemple) et la population totale de ce sexe et de cette tranche d'âge, exprimé en pourcentage.

3. **Proportion de cas de VIH chez les femmes enceintes ayant entre 15 et 24 ans.**

Nombre de cas de femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans et séropositives en-



GLOSSAIRE

■ SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE:

Stratégie se caractérisant par le fait qu'elle s'appuie sur la pratique, l'évidence scientifique, les besoins exprimés par la population et les conditions sociales et économiques du pays, dans une approche intégrale des différentes problématiques de santé. Les SSP constituent, au sein du système de santé, le premier échelon de soins de santé continus et encouragent les services de prévention, de soins et de rééducation.

■ DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS:

Droits fondamentaux de la personne relatifs au libre exercice de la sexualité sans risque, au plaisir physique et émotionnel, à la libre orientation sexuelle, au libre choix du nombre d'enfants ou encore à la protection de la maternité, entre autres. Ils ont été définis comme tels lors de la Conférence du Caire en 1994.

■ INÉGALITÉ DE GENRE:

Absence d'égalité découlant des relations qui existent entre les hommes et les femmes et qui, en raison de conceptions sociales et culturelles sur la répartition des pouvoirs, placent ces dernières dans une position désavantageuse par rapport aux hommes.

■ ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (EPS):

Stratégie s'appuyant sur des activités d'éducation et d'information conçues pour élargir les connaissances de la population en matière de santé, pour développer la compréhension et les compétences personnelles susceptibles de promouvoir la santé, et pour accroître la participation à la prise de décisions à tous les niveaux, y compris dans le domaine politique.

■ EMPOWERMENT DES FEMMES:

Stratégie mettant en œuvre le processus à travers lequel les femmes, individuellement et collectivement, prennent conscience de l'influence des relations de pouvoir sur leurs vies, et acquièrent la confiance en soi et la force nécessaire pour changer les inégalités de genre au sein du foyer et de la communauté, aux niveaux national, régional et international. Une définition complète de l'empowerment intègre des composantes cognitives, psychologiques, politiques et économiques, toutes reliées entre elles.

■ GENRE:

Identification des caractéristiques socialement construites qui définissent la masculinité et la féminité, les domaines d'activités des hommes et des femmes et les relations entre eux, dans des contextes spécifiques. Le genre renvoie au réseau de symboles culturels, concepts normatifs, modèles institutionnels et éléments d'identités subjectifs qui, à travers un processus de construction sociale, différencie les sexes tout en établissant entre eux des relations de pouvoir ayant une incidence sur le contrôle des ressources et sur la prise de décisions.

■ TRANSVERSALITÉ DE L'APPROCHE DE GENRE:

Stratégie plaçant les questions relatives à l'égalité des genres au centre des structures institutionnelles, des décisions politiques les plus importantes et de l'affectation des ressources les plus significatives, en tenant compte des points de vue et des priorités des hommes et des femmes dans la prise de décisions concernant les processus et objectifs de développement.

▪ **RELATIONS DE GENRE:**

Type de relations sociales déterminées par le genre des personnes, qui établissent des différences entre les hommes et les femmes et définissent leur position relative de façon spécifique dans chaque contexte. Cette position relative se reflète dans un ensemble de droits, d'obligations et de responsabilités réciproques, reliés entre eux de façon dynamique, et, partant, susceptibles de changements. Si les conditions politiques ou économiques sont modifiées, les droits et les responsabilités délimitant les champs d'ac-

tion des hommes et des femmes sont redéfinis conformément à ces changements.

▪ **SEXE:**

Identification des différences biologiques entre les femmes et les hommes perçues comme universelles et immuables.

▪ **SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE:**

Approche intégrale visant à analyser les besoins des hommes et des femmes en matière de sexualité et de reproduction en vue d'y répondre.

SIGLES ET ACRONYMES

- **SSP:** Soins de santé primaires.
- **CAD:** Comité d'aide au développement.
- **CEDAW:** Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.
- **CIPD:** Conférence internationale sur la population et le développement.
- **EPS:** Éducation pour la santé.
- **FPFE:** Fédération espagnole de planning familial.
- **UNFPA:** Fonds des Nations Unies pour la population.
- **GED:** Genre et Développement.
- **IST:** Infections sexuellement transmissibles.
- **FED:** Femmes et Développement.
- **OCDE:** Organisation de coopération et de développement économique.
- **OMD:** Objectifs du millénaire pour le développement.
- **OIT:** Organisation internationale du travail.
- **OMS:** Organisation mondiale de la santé.
- **ONUSIDA:** Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA.
- **PAI:** Population Action International.
- **PNUD:** Programme des Nations Unies pour le développement.
- **SIDA:** Syndrome d'immunodéficience acquise.
- **UNIFEM:** Fonds de développement des Nations Unies pour la femme.
- **VIH:** Virus de l'immunodéficience humaine.



BIBLIOGRAPHIE

- AECI (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUAP.
- ARNSTEIN, S.R. (1969) "Eight runs on the ladder of citizen participation" in Cahn Citizen participation: effecting, community changes. Editorial Praeger Publishers. New York.
- CAD (1998) Directrices y guía de conceptos del CAD sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Madrid. SECIPI – Ministerio de Asuntos Exteriores.
- CIRUJANO CAMPANO, P. (2004) La igualdad de género en el ámbito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. El caso español. Madrid. UNED (thèse inédite).
- COMMISSION EUROPÉENNE (1996) "Intégrer l'égalité des chances pour les hommes et les femmes dans toutes les politiques et activités communautaires". Communication de la Commission COM (96) 67 final.
- DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, USA. IPAS.
- DE LA CRUZ, Carmen (1998) Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo. Vitoria. Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior. Dirección de Cooperación al Desarrollo. Disponible sur <http://www.emakunde.es>
- DRENAN, M. (1998) Reproductive Health: new Perspectives on men's Participation. Population Report, Series J., No. 46. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- ELLSBERG, M.C. (1998) El camino hacia la igualdad: Una guía práctica para la evaluación de proyectos para el empoderamiento de las mujeres. Managua, Nicaragua. Agence suédoise de coopération internationale au développement, ASDI.
- ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/SIDA con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible sur <http://www.fpfe.org>
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2002), "Los obstáculos que afronta el Plan de Acción de El Cairo". Disponible sur <http://www.fpfe.org/>
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, nº1. Madrid. FPFE.

- FMI/Nations Unies/BANQUE MONDIALE/OCDE (2000) "Un monde meilleur pour tous: Poursuite des objectifs internationaux de développement", FMI, OCDE, ONU et BM.
- GARAY, J.E. (2001) Manual del médico cooperante. Madrid. Fundación CESM y Comunidad de Madrid.
- GEILFUS, F. (1997) 80 herramientas para el desarrollo participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación. San Salvador, El Salvador. Prochamate-IICA.
- GREENE, M.E., RASEKH, Z, AMEN, K., CHAYA N. et DYE, J. (2002) La génération actuelle et les politiques de santé sexuelle et reproductive dans un monde jeune. Washington, USA. Population Action International.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2001) Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas". Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002a) La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002b) Relaciones de género y subjetividad. Métodos para programas de prevención. Colección Salud, nº5. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- JUÁREZ, M (2005) "Health policies: Do women count?" in "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Avril 2005. Madrid. Programme Vita. Disponible sur <http://aeci.es/vita>
- LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº6. Madrid. IUDC.
- LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.
- LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública", Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- MAZARRASA, L. (2005b) "La educación entre iguales. Una estrategia de promoción de la salud para la prevención del VIH/SIDA" in "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Avril 2005. Madrid. Programme VITA. Disponible sur <http://www.aeci.es/vita>
- MAZARRASA ALVEAR, L. (2003) "Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de aplicación" in Mazarrasa Alvear, L.; Sánchez Moreno, A.; Germán Bes, C. et alt.. Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y enfermería comunitaria I. Madrid. McGraw-Hill e Interamericana.

- MAZARRASA ALVEAR, L. (2001) "Estrategias de promoción de la salud" en MIQUEO, C. y otras (Eds.). *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid. Minerva Ediciones.
- MAZARRASA ALVEAR y MONTERO COROMINAS, M.J. (2004) "La cooperación internacional española en el ámbito de la salud" in *Gaceta Sanitaria*, vol.18. Madrid. SESPAS.
- MAZARRASA ALVEAR, L., BOTELLA CAÑAMARES, N. y ACNUR (1999) "Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud: Informe del ACNUR", in *Suplementos de OFRIM*. Madrid. OFRIM.
- MÉDICOS DEL MUNDO (1999), *Primer Taller sobre Género, Salud Reproductiva y Cooperación*. Madrid. MÉDICOS DEL MUNDO.
- MOSER, C. (1991) "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género" en Guzmán, V., Portocarrero, P. y Vargas, V. (eds). *Una nueva lectura: Género en el desarrollo*. Lima. Perú. Flora Tristán Ediciones.
- MOSER, C. (1995) *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*. Lima. Perú. Flora Tristán Editores.
- NZIOKA, C. (2005) "Men in Gender Health-Care Policy" in "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Abril 2005. Madrid. Programa Vita. Disponible sur <http://www.aeci.es/vita>
- OMS (2004) *Rapport sur la santé dans le monde 2004. Changer le cours de l'histoire*. Disponible sur <http://www.who.int/en/>
- OMS (2000) "Female Genital Mutilation". Disponible sur <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- OMS (2005) *Make every mother and child count*. Disponible sur <http://www.who.int>
- OMS (2004) *Beyond the Numbers. Reviewing maternal death and complications to make pregnancy safer*. Disponible sur <http://www.who.int>
- OMS (2001) *Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual*. Disponible sur <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.html>
- OMS. UNICEF et UNFPA (2003) *Mortalité maternelle en 2000. Évaluations de l'OMS, de l'UNICEF de l'UNFPA*. Disponible sur <http://www.who.int>
- OMS, UNICEF et UNFPA (1997) *Action for Adolescent Health. Towards a Common Agency*. Disponible sur <http://www.who.int>
- ONUSIDA (2004) *Situación de la pandemia del sida*. Madrid. Disponible sur <http://www.unaids.org>
- PAI, FCI y IPPF (2005) *Informe especial. La CIPD diez años después. ¿Dónde estamos ahora?* in *Countdown 2015. Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas*. Population Action International. Family Care International y Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- PAI (2001) *Dossier PAI 2001. Tout un monde de différence. La santé sexuelle et re-*

- productive et ses risques. Disponible sur <http://www.populationaction.org/>
- PNUD (2004) Rapport sur le développement humain 2004. La liberté culturelle dans un monde diversifié. Disponible sur <http://www.undp.org/>
 - Règlement CE n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil, du 15 juillet 2003, concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé et aux droits en matière de reproduction et de sexualité des pays en développement.
 - REYES, W.G., ABALO, J.G., y PRENDES LABRADA, M. (1999) "¿Cómo hacer más efectiva la educación para la salud en la atención primaria?" in Revista Cubana de Medicina General Integral, n°15(2).
 - SANTACRUZ VARELA, F. (2002) "La Atención Primaria de Salud. Viejo compromiso y nuevos retos". Costa Rica. OPS/OMS.
 - SOJO, D., SIERRA B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible sur www.medicosdelmundo.org.
 - UNFPA (2004), État de la population mondiale 2004. Le consensus du Caire dix ans après: population, santé en matière de reproduction et effort mondial pour éliminer la pauvreté. Disponible sur <http://www.unfpa.org/>
 - UNFPA (2000) Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health, Technical Paper, n°3. New York. UNFPA.
 - VELASCO JUEZ, C. (2005) "Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas" in Matronas Profesión. Madrid.
 - VELASCO JUEZ, C. (2002) "La mutilación genital femenina" in Martín, A., Velasco, C. et García, F. Las mujeres en el África subsahariana. Barcelona. Ediciones del Bronce.
- WAISMAN, V. (2000), Reproducing Rights 2000: Moving Forward. CRLP. Disponible sur <http://www.crlp.org>



SITES WEB UTILES

- AECI <http://aeci.es/>
- CRR (CENTRE POUR LES DROITS REPRODUCTIFS) <http://www.crlp.org>
- COUNTDOWN 2015 <http://countdown2015.org>
- FPFE <http://www.fpfe.org/>
- INSTITUTO DE LA MUJER <http://www.mtas.es/mujer>
- IPPF (Fédération internationale de planification familiale) <http://www.ippfwhr.org>
- OIT <http://www.ilo.org>
- OMS <http://www.who.int/en/>
- ONUSIDA <http://www.unaids.org>
- PNUD <http://www.undp.org/>
- POPULATION ACTION INTERNATIONAL <http://www.populationaction.org/>
- PROGRAMME VITA <http://www.aeci.es/vita>
- UNIFEM <http://www.unifem.org/>
- UNFPA <http://unfpa.org/>

