

# Résumé du rapport **‘SO WHAT?’**

L'intégration du facteur genre  
dans les programmes :  
a-t-elle une incidence sur les  
résultats ?



**OMS**



**IGWG**



# Résumé du rapport 'SO WHAT?'

L'intégration du facteur genre  
dans les programmes : a-t-elle  
une incidence sur les résultats ?

avril 2006



Organisation  
mondiale de la Santé



## Remerciements

Ce résumé a été préparé par Charlotte Feldman-Jacobs du Population Reference Bureau (PRB) en collaboration avec le Dr. 'Peju Olukoya de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et Michal Avni, de l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID). Nous souhaitons remercier tout spécialement les auteurs du rapport original 'So What?', Carol Boender, Diana Santana, Diana Santillán, Karen Hardee, Margaret E. Green et Sidney Schuler, ainsi que Mai Hijazi et Diana Prieto du Bureau for Global Health de l'USAID et les réviseurs suivants : Manisha Mehta de Engender Health, Jane Cottingham et Manuela Colombini de l'OMS; Waafas Ofosu-Amah et Elizabeth Lule de la Banque mondiale, et Judith Bruce et Saumya Ramarao du Population Council. Nous remercions Shelly N. Abdool de GWH pour sa révision de ce texte ainsi que Carla Salas-Rojas (GWH) pour son soutien technique toute au long du développement de cette version.

Ce document a été publié par PRB pour le Groupe de travail intergouvernemental sur le Genre (IGWG Interagency Gender Working Group), un réseau composé d'organisations non gouvernementales (ONG), d'agences de coopération (AC) et du Bureau for Global Health de l'USAID. Le financement a été apporté par l'agence des États-Unis pour le Développement international (au titre du projet BRIDGE, GPO-A-00-00004-00) et par le département Genre et santé de la femme (GWH) de l'OMS. Les exemples donnés dans ce document incluent les expériences d'organisations autres que l'USAID et l'OMS. Ce document ne constitue ni une directive officielle de l'OMS ni de l'USAID, pas plus qu'il ne cautionne une approche par rapport à une autre. Il présente au contraire des exemples d'approches innovatrices d'intégration du genre dans les programmes de santé reproductive et récapitule les impacts constatés à ce jour.

Les appellations employées dans ce document et la présentation du contenu qui y figure n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La référence à des entreprises spécifiques ou à certains produits de fabricants ne signifie pas qu'ils sont cautionnés ou recommandés par l'OMS de préférence à d'autres de même nature qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, la première lettre des noms des produits propriétaires figure en caractère majuscule.

Toutes les précautions raisonnables ont été prises par l'OMS pour vérifier l'information contenue dans ce document. Le matériel publié est néanmoins distribué sans garantie, implicite ou explicite, d'aucune sorte. La responsabilité de son interprétation et de l'utilisation qui en est faite incombe au lecteur. L'OMS décline toute responsabilité concernant les préjudices occasionnés par son utilisation.



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Département Genre et santé de la femme  
Santé familiale et communautaire



## Table de matières

Introduction.....	1
Grossesses non intentionnelles .....	3
Mortalité et morbidité maternelles .....	6
Infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH/SIDA .....	9
Initiatives de qualité des soins .....	12
Conclusion.....	14
Références .....	16
Annexe : Guide de références rapide .....	18



# I. Introduction

Plus de dix ans se sont écoulés depuis la Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) au Caire. À l'époque, le Programme d'action (PA) qui se concentrait sur l'amélioration de la santé génésique\* et la promotion de l'équité entre les sexes, a marqué un tournant dans les politiques démographiques nationales et les stratégies des bailleurs de fonds du monde entier. Actuellement, les gouvernements et les organisations se posent néanmoins partout une question qui va plus loin : approcher les politiques et la programmation en se basant sur le genre, tel que le propose le PA, a-t-il un effet sur la santé, et en particulier sur les résultats de santé en matière de reproduction ?

Depuis la CIPD, le Groupe de travail intergouvernemental sur le genre (IGWG) de l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID) a évalué quelques programmes de santé en matière de reproduction qui intègrent le genre. Dans le rapport détaillé qui étudie ces interventions, publié en 2004 et dénommé *The 'So What ?' Report: A Look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programmes Makes a Difference to Outcomes* (Rapport 'So What?' L'intégration du facteur genre dans les programmes a-t-elle une incidence sur les résultats ?) l'IGWG concluait que **l'on peut affirmer que l'intégration du genre dans les programmes de santé en matière de reproduction a un impact positif sur les résultats obtenus en santé génésique.**

Le résumé de ce rapport détaillé est destiné à présenter aux décideurs et aux administrateurs de programmes une image claire et accessible des résultats de l'intégration du genre dans les programmes de santé en matière de reproduction. Il ne constitue pas une tentative de mise à jour de l'information ou des données contenues dans le rapport original de 2004. Néanmoins, quand des estimations globales plus récentes ont été disponibles, elles sont indiquées dans les notes de bas de page.<sup>1</sup>

## Méthodologie

En 2001, le groupe de travail de l'IGWG a commencé à étudier les preuves démontrant que l'intégration du genre dans les programmes de santé en matière de reproduction entraîne des différences au niveau des résultats — aussi bien des résultats en matière de santé génésique qu'en matière de genre. Cette étude visait quatre composantes des programmes de santé

en matière de reproduction, qui incluaient des interventions destinées à :

- réduire les grossesses non intentionnelles et les avortements ;
- réduire la morbidité et la mortalité maternelles ;
- contrôler les IST/VIH/SIDA ;
- améliorer la qualité des soins.

Après l'examen attentif de près de 400 interventions en santé de la reproduction entreprises par des programmes pour s'adresser aux obstacles liés au genre, le groupe de travail de l'IGWG s'est concentré sur 25 interventions qui répondaient à ses critères. Pour être insérée dans cette étude, l'intervention devait répondre affirmativement aux trois questions suivantes :

1. L'intervention intègre-t-elle le genre ?
2. L'intervention a-t-elle mesuré les résultats de santé en matière de reproduction ?
3. L'intervention a-t-elle été évaluée ?

## Approches de l'intégration du genre

L'intégration du genre se réfère aux stratégies qui tiennent compte des normes sexospécifiques et qui compensent les inégalités basées sur le genre. Dans les ménages et les communautés, les rôles des hommes et des femmes et leur pouvoir relatif modèlent la division du travail, l'attribution des responsabilités et les comportements vis-à-vis de la santé génésique et de l'utilisation des services de santé.<sup>2</sup>

Il y a généralement trois types de stratégies d'intégration du genre : celles qui **exploitent les inégalités entre les sexes**, celles qui **s'adaptent aux différences entre les sexes** et celles qui **transforment réellement les relations entre les sexes**. Toutes les interventions ne cherchent pas à transformer les relations entre les sexes, même si du point de vue du genre, ce serait un résultat souhaitable. Certaines interventions peuvent effectivement exploiter les inégalités entre les sexes à la poursuite d'objectifs de santé en matière de reproduction et démographiques. La situation des femmes est susceptible d'empirer quand, par exemple, l'utilisation de leaders d'opinion

\* En français les expressions «santé génésique», «santé de la reproduction» et «santé en matière de reproduction» sont interchangeables.

1. Ce résumé ne donne pas d'informations détaillées sur chacune des interventions mais les experts en genre et en santé génésique souhaitant des renseignements plus approfondis pourront consulter le rapport original (ci-après dénommé Boender et al., 2004) sur le site Web de l'IGWG, à l'adresse [www.igwg.org/pubstools.htm](http://www.igwg.org/pubstools.htm) ou le commander à : [prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org).
2. Caro et al., 2003.

hommes ou d'images agressives dans les slogans de marketing dirigés aux hommes renforce la domination masculine comme autorité et source de prise de décisions.

Toutefois, d'autres interventions s'adaptent aux différences entre les sexes. Ces interventions facilitent l'accomplissement des tâches assignées aux femmes selon les rôles respectifs de l'homme et de la femme, sans tenter de réduire l'inégalité entre les sexes. Ces stratégies peuvent inclure une répartition basée sur la communauté, la modification des heures de travail, la formation spéciale de prestataires femmes, des services de garde d'enfant dans les centres de santé ou des exonérations de tarifs.

Les interventions qui cherchent à transformer les relations entre les sexes peuvent être plus longues à donner des résultats mais ces changements ont plus de chances d'apporter aux femmes et aux familles des avantages à long terme et durables. Les programmes et politiques peuvent transformer les relations de genre :

- en encourageant la prise de conscience critique des rôles respectifs des hommes et des femmes et des normes sexospécifiques ;
- en promouvant la place des femmes par rapport à celle des hommes ;
- en défiant les déséquilibres de pouvoir, de répartition des ressources et d'attribution des tâches entre les hommes et les femmes ;
- ou encore, en abordant le déséquilibre des pouvoirs dans les relations entre les femmes et les dispensateurs de soins de santé.

De nombreux programmes d'intégration du genre ciblent la participation des hommes dans la santé génésique et plusieurs exemples en sont présentés dans cette étude. La participation des hommes est indispensable à promouvoir l'équité entre les sexes dans les programmes de santé génésique et autres programmes de développement mais ne garantit pas en soi cette promotion.

## Évaluation

Les interventions sélectionnées pour être insérées dans le rapport se limitaient à celles qui avaient été évaluées — en d'autres termes, à celles qui établissaient des critères d'évaluation clairement liés aux objectifs de l'intervention et qui procédaient conformément au modèle d'évaluation, qu'il fut quantitatif, qualitatif ou les deux. Les évaluations des 25 interventions sur lesquelles se base le document sont cependant de qualité et de précision variables. Qui plus est, il est difficile, quand on évalue l'impact

## Méthodes et problèmes d'évaluation

Les membres du groupe de travail se sont heurtés à plusieurs écueils au cours de leur recherche d'interventions correctement évaluées. Dans l'idéal, l'évaluation des effets de l'intégration du genre sur la santé génésique devrait comprendre des modèles de recherche opérationnelle avec des groupes expérimentaux et des groupes témoins, et des mesures a priori et a posteriori des résultats ciblés. Une durée suffisante devrait s'être écoulée entre les interventions et les évaluations. Malheureusement, peu d'études ayant ces caractéristiques avaient été menées quand l'IGWG a entrepris son étude, généralement à cause du manque de ressources.

Néanmoins, les interventions présentées dans l'étude ont été évaluées selon diverses méthodes (qualitatives et quantitatives) incluant un groupe expérimental pré et post-intervention, groupe témoin pré et post-intervention, groupe témoin post-intervention ou essai de contrôle aléatoire, groupe expérimental post-intervention uniquement, et données locales ou nationales utilisées pour comparaison.

de l'intégration du genre d'un programme, d'isoler les effets du point de vue du genre. Tandis que certaines des évaluations pourraient avoir été réalisées sur un mode scientifiquement plus rigoureux, les auteurs ont jugé que les exemples exposés dans le rapport constituaient les preuves les plus tangibles disponibles à ce moment-là sur ce thème.

## Aperçu

Les chapitres suivants sont divisés en problèmes de santé génésique : morbidité et mortalité maternelles, grossesses non intentionnelles, IST/VIH/SIDA et qualité des soins. La plupart des interventions choisies ont cependant eu des effets documentés dans plusieurs de ces domaines. Ces initiatives ont donc été placées dans les chapitres en fonction du résultat le plus significatif qu'elles documentent et des résultats de santé génésique décrits.

Dans la plupart des études, les résultats sur le genre ne sont pas très clairs, probablement parce que ce type de résultats est rarement mesuré. Certains des résultats mentionnés, en particulier dans l'analyse qualitative, sont une plus grande mobilité et alphabétisation des femmes, une confiance et un respect de soi plus élevés chez les femmes et une meilleure communication avec le partenaire (voir liste des résultats sur le type des interventions étudiées en Annexe, Tableau A.2).

## II. Grossesses non intentionnelles

Des méthodes de planification familiale fiables et sans risques et des services en santé génésique pour tous en 2015 sont les objectifs premiers du PA de la CIPD. La fécondité a décliné dans de nombreux pays à partir du moment où les programmes de planification familiale ont répondu aux besoins contraceptifs des couples et des individus afin de réduire la fécondité. Dans le monde en développement, le taux global de fécondité (TGF) ou nombre moyen d'enfants par femme est tombé de 5,7 en 1970 à 3,5 en 2000, à l'exclusion de la Chine.<sup>3</sup> Cependant, un tiers de ces naissances (32 %) viennent en temps non voulu ou sont non intentionnelles, comme en témoignent les estimations des *Enquêtes démographiques et de santé* dans 51 pays en développement.<sup>4</sup>

Les grossesses non intentionnelles nuisent au bien-être des femmes, des enfants et des familles. En réalité, certains experts en matière de santé pensent que les grossesses non intentionnelles menées à terme ont plus de probabilités d'entraîner des complications.<sup>5</sup> Les femmes ayant des grossesses non intentionnelles peuvent être sujettes à une recrudescence de sévices physiques de la part de leurs partenaires pendant leur grossesse.<sup>6</sup> En plus, bon nombre de grossesses non intentionnelles finissent en avortement.<sup>7</sup>

Sur les 46 millions d'interruptions de grossesse réalisées chaque année dans le monde, on estime que, en 2000, 19 millions d'entre elles ont eu lieu dans des conditions de risque. D'après l'OMS, 68.000 femmes meurent chaque année de complications suite à un avortement réalisé par des personnes non qualifiées ou dans de mauvaises conditions d'hygiène, ou les deux ; la plupart des autres souffrent de graves incapacités, souvent irréversibles.<sup>8</sup>

Les grossesses non intentionnelles sont le résultat de nombreux facteurs, parmi lesquels l'impossibilité d'accéder à la contraception. Environ 114 millions de femmes — plus d'une sur six — dans le monde en développement ont des besoins de contraception non couverts, habituellement parce qu'elles n'ont pas accès à la variété des méthodes modernes.

### Obstacles à la baisse des grossesses non intentionnelles liés au genre

De nombreux obstacles liés au genre contribuent à l'existence de grossesses non intentionnelles ; certains

se situent au niveau institutionnel et politique, d'autres au niveau de la famille et de la communauté. Les femmes sont souvent traitées comme une cible dans les programmes de planification familiale, plutôt que comme partenaire et bénéficiaire des soins de santé de la reproduction. Les normes sexospécifiques leur interdisent bien souvent de demander et de recevoir de l'information en santé génésique et, en même temps, le stéréotype qui veut que la planification familiale soit un problème de femmes est l'une des raisons pour laquelle les programmes ont été lents à impliquer les hommes.

L'équilibre de pouvoir entre hommes et femmes dans le ménage influe sur l'emploi de contraceptifs et réduit le nombre de grossesses non intentionnelles. Les femmes sans sources de revenus personnelles n'ont pas toujours la possibilité de recourir à des services de planification familiale payants.<sup>9</sup> Les hommes décident souvent de l'accès des femmes aux services de santé en contrôlant les finances, la mobilité des femmes, les moyens de transport et les décisions en matière de soins de santé.<sup>10</sup>

Quand les femmes ont accès aux services de santé, elles doivent parfois affronter des rapports d'inégalité avec les prestataires de services de planification familiale qui jouent souvent un rôle autoritaire et attendent que les patientes restent passives.<sup>11</sup> Les femmes clientes ne se manifestent pas, ne posent pas de questions et n'exposent pas les problèmes qui peuvent nuire à la bonne utilisation des méthodes de planification familiale.<sup>12</sup> Le projet *Études des femmes dans huit pays*, mené à bien par Family Health International (FHI) a constaté que “ les femmes... veulent plus de prestataires femmes, un meilleur soutien émotionnel, de l'aide en rapport avec les effets secondaires et plus d'information sur les méthodes de contraception ”.<sup>13</sup>

3. Nations Unies, 2000.

4. Westoff, 2001.

5. Institute of Medicine, 1988.

6. Goodwin et al., 2000.

7. Il est interdit d'utiliser les fonds de l'USAID pour payer la pratique d'avortements comme méthode de planification familiale ou pour inciter ou contraindre une personne à pratiquer l'avortement. Les travaux de l'OMS dans le domaine de l'avortement vont dans le sens de l'accord consensuel de la CIPD+5 selon lequel “ quand l'avortement n'est pas illégal, les systèmes de santé doivent former et équiper les prestataires de services de santé et prendre des mesures pour garantir que le dit avortement soit sans risque et accessible.”

8. OMS, 2004.

9. Schuler et al., 2002b.

10. Robey et al., 1998; Goldberg et Toros, 1994.

11. DiMatteo, 1994.

12. Schuler et al., 1985; Schuler and Hossain, 1998.

13. Barnett et Stein, 1998: xiii

Les normes sexospécifiques forment souvent un autre obstacle en établissant que les femmes — en particulier les jeunes femmes — sont ignorantes en matière de sexualité.<sup>14</sup> Les femmes qui vont au dispensaire pour obtenir des contraceptifs peuvent être classées comme étant des femmes faciles ou trop indépendantes, en particulier quand leur mobilité physique hors du foyer est limitée.<sup>15</sup> Certaines femmes doivent utiliser secrètement leur moyen de contraception si le mari y est hostile.<sup>16</sup> Ceci est particulièrement vrai pour les femmes qui vivent dans la peur des sévices physiques de leur partenaire. Les jeunes femmes peuvent se trouver prises dans un cercle vicieux : le manque d'information conduit à la grossesse chez les adolescentes, qui mène à son tour à l'abandon de la scolarité et à la dépendance économique.

## Interventions liées à la grossesse non intentionnelle

Les programmes de planification familiale ont développé des stratégies pour franchir les obstacles qui s'interposent à l'utilisation des contraceptifs, souvent en les adaptant aux différences entre les sexes. L'une de ces stratégies est la distribution communautaire qui fournit les services de planification familiale à plusieurs endroits de la communauté, souvent au domicile des clients, plutôt que dans des dispensaires fixes. La distribution est objet de controverse car elle est conçue pour surmonter les obstacles pratiques imposés par l'inégalité entre les hommes et les femmes — par exemple les restrictions à la mobilité des femmes ou l'inaccessibilité à l'argent — sans traiter le problème de l'inégalité en lui-même.<sup>17</sup>

Une autre stratégie courante consiste à offrir des services gratuits ou à bas prix aux femmes qui n'ont pas accès aux revenus du ménage pour leurs dépenses de soins de santé. Certains dispensaires offrent également des soins pédiatriques pendant leurs visites, ce qui facilite l'utilisation des services par ces femmes, ou font participer les hommes en leur fournissant des services de santé génésique, en particulier par le biais de dispensaires hommes.<sup>18</sup>

Le groupe de travail de l'IGWG a identifié neuf interventions évaluées liées à la grossesse non intentionnelle, qui ont pour but la transformation des relations de genre. La plupart de ces programmes sont implantés là où les femmes ont peu d'autonomie dans leur vie quotidienne et s'affirment peu dans leurs relations avec leur mari et les prestataires de soins de santé. Pour que ces femmes modifient leurs comportements, elles ont besoin de techniques de réflexion à long terme, de techniques de résolution de problèmes

## Les neuf interventions en matière de grossesses non intentionnelles :

- **Incitation au dialogue au moyen de présentations radiophoniques** (Zambie)
- **Auto-diagnostic au travers du Projet ReproSalud** (Pérou)
- **Formation de formateurs en Santé et Autonomisation** (Mexique)
- **Programme pour les Mères adolescentes** (Jamaïque)
- **Programme Options pour une vie meilleure (BLP Better Life Options Programme)** (Inde)
- **Maris et soins post-avortement** (Égypte)
- **Le rôle du père dans la Planification familiale post-partum** (Turquie)
- **Toucher les hommes au travers de l'agriculture** (Honduras)
- **Éducateurs de langue maya en Genre et Planification familiale** (Guatemala)

et de prise de décision ainsi que d'un sentiment d'efficacité personnelle. Les stratégies de ces programmes comprennent généralement la construction, chez les femmes et les jeunes filles, de ces compétences et de leur croyance en leur capacité à prendre les décisions importantes les concernant elles et leur santé. Les techniques participatives aux travaux de la communauté encourageant la réflexion et la discussion ont une place importante dans cette approche et les programmes dont les groupes de participants sont à long terme et permanents ont plus de chances de produire des effets positifs. Certaines de ces interventions incluent l'autonomisation des femmes comme objectif explicite et/ou éduquent les femmes en matière de droits de reproduction et de droits de l'homme.

Les interventions réussies répondent aussi aux demandes des femmes vis-à-vis de services ou d'activités spécifiques, comme par exemple faire participer les hommes ou lier la distribution de contraceptifs aux organisations communautaires. La plupart d'entre elles offrent une formation non seulement en santé génésique mais aussi dans des domaines tels que l'alphabétisation, les compétences professionnelles, les droits juridiques, l'éducation et la santé des enfants, et la mobilisation sociale. D'autres recherchent

14. Bezmalinovic et al., n.d.; Population Council, 2000b.15.

15. Schuler et al., 1994.

16. Castle et al., 1999.

17. Voir Boender et al., pp. 11-13, pour une discussion approfondie sur l'intégration du genre et la distribution communautaire.

18. Ojeda, 1998.

l'affirmation de la voix des femmes dans la planification communautaire en portant les problèmes à la connaissance des fonctionnaires gouvernementaux et des organisations de bailleurs de fonds et en éduquant les hommes sur l'importance de la santé génésique de la femme et de la planification familiale.

## Résultats de ces interventions sur la santé en matière de reproduction

Les neuf interventions examinées sous l'angle des grossesses non intentionnelles témoignent des résultats suivants en matière de santé génésique<sup>19</sup> :

- utilisation plus intensive de la planification familiale ;
- meilleure connaissance des contraceptifs ;
- baisse de la mortalité infantile ;
- baisse de la fécondité ;

- baisse des grossesses chez les adolescentes ;
- augmentation de l'âge au mariage ;
- meilleure réceptivité envers l'information relative à la planification familiale.

Deux de ces interventions sont décrites dans le tableau ci-dessous dans l'espoir qu'elles seront utiles aux planificateurs de programmes comme exemples d'intégration du genre dans les programmes de santé génésique afin d'influencer les grossesses non intentionnelles.

19. Voir tableau A.2 en Annexe pour la liste complète des interventions dans lesquelles chacun des résultats en santé génésique a été surveillé et évalué.

Tableau 2

### Exemples d'interventions ciblant la grossesse non intentionnelle

Projet/Intervention	Résultats de santé génésique	Résultats de genre
<b>Pérou : Auto-diagnostic et ReproSalud</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Travaux avec des groupes de femmes</li> <li>• <i>Feedback</i> compilé dans des ateliers</li> <li>• Utilisation de drames sociologiques, de contes, de représentations cartographiques du corps, d'arborescences de problèmes</li> <li>• Inclut les maris dans l'éducation</li> </ul>	<p>14 indicateurs de connaissances et pratiques de santé en matière de reproduction en hausse sur 15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemple : l'utilisation de contraceptifs par les femmes a augmenté de 58,4 à 71,8 %</li> </ul>	<p>Amélioration de 14 attitudes et pratiques d'équité entre les sexes sur 15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exemple : augmentation des décisions conjointes sur le sexe, la planification familiale et le nombre d'enfants</li> </ul>
<b>Inde : Programme Options pour une vie meilleure (BLP)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation d'adolescents sur 6 à 10 mois</li> <li>• Apprentissage de la vie de famille</li> <li>• Alphabétisation et compétences professionnelles</li> <li>• Information sur la santé, en particulier sur la santé génésique</li> </ul>	<p>Les participants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ont eu moins d'enfants et moins de décès d'enfants</li> <li>• se sont mariés plus tard (à 18 ans, par rapport aux 17,6 ans du groupe témoin)</li> </ul> <p>Les participants étaient également plus enclins que le groupe de contrôle à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• parler de planification (55 % de plus)</li> <li>• utiliser une méthode de contraception (36 contre 27 %)</li> <li>• avoir des enfants immunisés (63 contre 32 %)</li> </ul>	<p>Les participants étaient plus enclins que le groupe de contrôle à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• avoir des meilleurs taux d'alphabétisation (95 contre 68 %)</li> <li>• utiliser les transports publics (58 contre 25 %)</li> <li>• décider de manière autonome le moment du mariage (25 contre 7 %)</li> </ul>

### III. Mortalité et morbidité maternelles

Réduire la mortalité maternelle — le nombre de décès dus à la grossesse et à l'accouchement — est un autre des principaux objectifs du PA de la CIPD et de l'initiative *Maternité sans risques*.<sup>20</sup> L'objectif de la CIPD était de réduire de moitié les taux de mortalité maternelle mesurés en 1990 pour l'horizon 2000. Ces taux de mortalité sont néanmoins restés élevés.

Chaque année, plus de 500.000 femmes meurent de causes liées à la grossesse, la plupart d'entre elles dans le monde en développement.<sup>21</sup> On estime que 40 % des femmes enceintes ont des problèmes de santé liés à la grossesse, dont 15 % qui souffrent de complications graves ou à long terme. Environ 300 millions de femmes souffrent de pathologies telles qu'anémie, prolapsus de l'utérus (descente de l'utérus dans le vagin), fistules (ouverture dans le vagin qui crée un passage avec la vessie ou le rectum), inflammation pelvienne ou infertilité, consécutives à des complications pendant la grossesse ou l'accouchement.<sup>22</sup>

Le décès maternel a de fortes implications familiales et sociales. Il n'est pas rare de voir, en Afrique, les femmes sur le point d'accoucher dire adieu à leurs autres enfants en leur annonçant " Je pars en mer chercher un autre bébé mais le voyage est long et dangereux et il est possible que je ne revienne pas. " <sup>23</sup> Une adolescente enceinte encourt un risque encore plus élevé de mortalité liée à la grossesse — jusqu'à cinq fois plus élevé chez les mères âgées de moins de 15 ans.<sup>24</sup> De surcroît, la mauvaise santé maternelle et la malnutrition contribuent à réduire, chaque année, le poids à la naissance de 20 millions de nouveaux-nés — près de 20 % de l'ensemble des naissances. <sup>25</sup>

Les cinq principales causes médicales directes de mauvaise santé maternelle sont les hémorragies, les problèmes pendant le travail, les avortements provoqués, les septicémies (infections) et les troubles d'hypertension, qui représentent environ 80 % des décès maternels.<sup>26</sup> La malnutrition de la mère est également associée à un risque accru de mortalité maternelle et de mauvaise santé.<sup>27</sup> Les déficiences nutritionnelles préalables à la grossesse empirent souvent avec celle-ci.

La carence de soins prénatals et post-partum et l'absence de personnes qualifiées lors de l'accouchement contribuent à une mauvaise santé maternelle.

Pourtant, de nombreuses recherches et expériences " prouvent qu'il est possible que la grossesse et la naissance ne constituent pas un risque significatif pour les femmes. " <sup>28</sup> Les politiques et les programmes de soins de santé peuvent être améliorés pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles. La participation de la communauté dans les interventions locales de maternité sans risques, le renvoi sur des centres médicaux, les antibiotiques et la chirurgie peuvent faire toute la différence.

#### Obstacles à la baisse de la mortalité et de la morbidité maternelles liés au genre

Les normes sexospécifiques et le statut des femmes jouent un grand rôle dans la formation des risques associés à la maternité. Le manque de pouvoir de décision peut limiter l'accès des femmes aux soins de santé et nuire aux résultats de santé maternelle. L'accès limité à l'éducation se traduit par une faible compréhension des concepts de soins de santé de base — dont les symptômes de risque pendant la grossesse. Les femmes qui n'ont pas de rôle en dehors du foyer sont susceptibles d'être très mal à l'aise dans un lieu public, y compris les dispensaires et les hôpitaux où elles risquent d'être incapables de poser des questions ou d'exposer leurs problèmes aux prestataires de soins de santé.

Dans bien des sociétés, les hommes contrôlent les dépenses du ménage et la prise de décisions dans la famille, qui peut être réticente à utiliser son peu de ressources pour les soins de santé ou les besoins nutritionnels des femmes. Bien que pouvant être les premiers décideurs en matière de recours aux services de santé, la communication entre les hommes et leurs épouses sur leur état de santé pendant la grossesse ou la période post-partum n'est pas nécessairement suffisante.

20. Le groupe intergouvernemental Safe Motherhood (IAG) a lancé l'initiative *Maternité sans risques* en 1987 (voir [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)) Pour de l'information actualisée sur la santé de la mère et de l'enfant, voir [www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_31-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_31-en.pdf).

21. Selon les nouvelles estimations de l'OMS, il y a maintenant 529.000 décès maternels par an, soit un taux global de 400 décès pour 100.000 naissances d'enfants vivants.

22. Starrs, 1998; Fortney et Smith, 1996; Stewart et al., 1997.

23. Brundtland, 1999.

24. Nations Unies. Dpt des Affaires économiques et sociales internationales, 1991.

25. Bellamy, 1998.

26. OMS, 1997.

27. Huffman et al., 2001; Mackey, 2000.

28. Ransom et Yinger, 2002.

On attend souvent que les femmes démontrent leur force pendant l'accouchement et qu'elles souffrent pendant le travail et la naissance avec peu, voire sans aucune aide. Bien que de nombreuses études aient démontré les effets bénéfiques de l'accompagnement pendant le travail sur les résultats cliniques, les médecins et autres prestataires de services d'obstétrique peuvent être réticents à autoriser la présence de membres de la famille ou d'autres personnes de soutien pendant l'accouchement.

## Interventions qui réduisent la mortalité et la morbidité maternelles

Certaines interventions pour une maternité sans risques s'adaptent aux différences entre les sexes afin d'éviter les quatre retards pouvant mener au décès maternel : les retards à reconnaître les symptômes de risque, à se décider à recourir aux soins, à atteindre les soins et à recevoir les soins dans les institutions de santé.<sup>29</sup> Au lieu de défier les normes sexospécifiques, ces interventions visent au contraire la prise de conscience des femmes quant à l'importance d'obtenir le consentement de leur mari (avant le commencement de l'accouchement) pour recevoir les soins de santé nécessaires ou l'éducation des hommes relative à la reconnaissance et la réponse aux symptômes de risque.

D'autres interventions se concentrent sur la transformation des rôles attribués aux hommes et aux femmes pour améliorer la santé maternelle. Certaines des stratégies des interventions présentées dans ce chapitre ont pour but d'améliorer l'accès et le contrôle des femmes sur les ressources quand l'homme domine la prise de décisions financières dans le ménage et sous-estime les soins de santé dont sa femme a besoin. De nombreuses études ont démontré la corrélation positive entre les contributions individuelles des femmes aux revenus du ménage et les dépenses du ménage en soins de santé.<sup>30</sup> Deux de ces interventions utilisaient les groupes de crédit et d'épargne ainsi que les fonds de crédits de secours provenant de la production agricole de coopératives de femmes ou de leurs activités commerciales, comme moyen pour accroître leur capacité financière à se prendre en charge pendant les années de maternité.

Certains programmes visaient à renégocier l'équilibre de pouvoirs entre les femmes et les prestataires de soins de santé ; par exemple, au travers de la formation du personnel en matière de genre ou d'un plus grand contrôle des femmes sur les personnes

présentes pendant le travail et l'accouchement. D'autres ont tenté de combler l'écart entre les fonctionnaires de la santé publique, qui résident souvent dans les capitales, et les femmes de zones éloignées qui avaient identifié leurs besoins en santé génésique. Deux des programmes présentés ici ont été en partie efficaces parce que des groupes de femmes pris dans la communauté avaient identifié leurs principaux problèmes de santé en matière de reproduction et envoyé des lettres aux fonctionnaires gouvernementaux en demandant une amélioration de l'accès aux services de santé dans leurs villages éloignés.

Obtenir des partenaires masculins, de la famille élargie et des membres de la communauté qu'ils évaluent leurs rôles dans les soins de santé des femmes pendant la grossesse et la période post-partum et leur donnent une plus haute priorité s'est révélé être une stratégie réussie dans de nombreux programmes. Malheureusement, peu de stratégies pour faire participer les hommes ont été testées. Le projet Warmi en Bolivie (voir tableau ci-dessous) démontre l'importance d'informer les hommes sur la grossesse et la naissance et de les faire participer pendant la maternité. En Inde, dans le projet Pati Sampark, quand les travailleurs de proximité ont travaillé avec les maris des femmes enceintes, l'assiduité de celles-ci aux visites prénatales a augmenté.

### Ces trois interventions incluaient :

- Warmi Project en Bolivie rurale
- Défense et génération des revenus des femmes indiennes
- *Pati Sampark* (" Contacter le mari ") (Inde)

En résumé, les stratégies utilisées dans les initiatives de santé maternelle étudiées ici incluent (1) la formation de groupes de femmes dans la communauté, (2) l'autonomisation financière des femmes, (3) la participation des hommes par l'intermédiaire de travailleurs de proximité hommes et (4) les campagnes d'envoi de lettres aux fonctionnaires de la santé demandant un meilleur accès aux dispensaires, médecins et services publics. Les programmes les plus efficaces ont maintenu les groupes de femmes pendant plusieurs mois, ce qui leur a permis de développer leurs priorités et leurs activités.

29. Ransom et Yinger, 2002.

30. Quisumbing et Maluccio, 1999; Thomas, 1997; Grasmuck et Espinal, 2000.

## Résultats de ces interventions sur la santé en matière de reproduction

Les trois interventions examinées sous l'angle de la mortalité et de la morbidité maternelles témoignent des résultats suivants en matière de santé de la reproduction :

- utilisation en hausse des soins qualifiés de grossesse ;
- meilleure connaissance des signes d'avertissement pendant la grossesse ;
- meilleure nutrition ;
- meilleure connaissance chez les hommes des soins prénatals de leurs femmes ;

- baisse des complications obstétriques ;
- meilleure récupération postérieure à l'avortement ;
- baisse de la mortalité maternelle.

Deux de ces interventions sont décrites dans le tableau ci-dessous dans l'espoir qu'elles serviront d'exemples démontrant que l'intégration du genre dans les programmes de santé génésique peut avoir un effet positif sur la mortalité et la morbidité maternelles.

Tableau 3

### Exemples d'interventions ciblant la mortalité/morbidité maternelles

Projet/Intervention	Résultats de santé génésique	Résultats de genre
<b>Bolivie: Warmi Project</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formation de groupes de femmes pour l'identification des problèmes et des solutions</li> <li>• Les femmes recevaient de la formation en alphabétisation, pratique du discours et de l'information sur les droits</li> <li>• Le projet a obtenu de l'argent provenant des jardins des familles pour créer des fonds de crédit de secours</li> <li>• Campagne d'envoi de lettres au ministère de la Santé pour obtenir de meilleurs services</li> </ul>	Les taux de mortalité maternelle se sont améliorés — de 141 pour 10.000 naissances au total au départ, à 99 après l'intervention	En augmentation dans les groupes de femmes — dans certains domaines, de 40 à 69 %
	Amélioration des taux de mortalité néonatale — de 70 pour 1.000 naissances d'enfant vivant au départ, à 16 après l'intervention	En augmentation chez les femmes appartenant aux groupes de femmes — dans certains domaines, de 7 à 57 %
	Amélioration des taux de mortalité périnatale — de 102 pour 1.000 naissances au total au départ, à 38 après l'intervention	
<b>Inde : Défense et génération des revenus des femmes</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A utilisé les projets d'agriculture de la communauté destinés aux hommes pour introduire le programme de santé génésique destiné aux femmes</li> <li>• A formé des groupes de femmes et organisé des campagnes d'envoi de lettres</li> <li>• Formation des assistants traditionnels à l'accouchement</li> <li>• A lancé des groupes d'épargne et de crédit</li> </ul>	Après l'intervention, hausses : <ul style="list-style-type: none"> <li>• des visites prénatales</li> <li>• de la connaissance du VIH</li> <li>• de l'utilisation de contraceptifs</li> </ul>	Indicateurs du statut des femmes en hausse, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> <li>• en politique, la participation des femmes est passée de 17 à 77 %</li> <li>• en croyance au " droit à la mobilité ", l'indicateur est passé de 57 à 95 %</li> </ul>

## IV. Infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH/SIDA

En 1999, on estimait que 34,3 millions de personnes dans le monde vivaient avec le SIDA. La même année, 5,4 millions de personnes de plus ont été infectées, dont 2,3 millions de femmes. Fin 1999, on estimait à 18,8 millions le nombre de décès dus au SIDA. Ces chiffres sont saisissants et ne font qu'empirer. En Afrique, le VIH/SIDA est maintenant la première cause de mortalité et le nombre de femmes séropositives dépasse celui des hommes. Le VIH/SIDA est la quatrième cause de décès dans le monde. Fin 1999, 13,2 millions d'enfants, pour la plupart en Afrique, avaient perdu leur mère ou leurs deux parents à cause de cette maladie.<sup>31</sup>

La pandémie du SIDA est cause de souffrance non dite chez les individus, dans les familles et dans les sociétés. Cette maladie est exacerbée par la pauvreté et à leur tour, les familles ravagées par le SIDA sont souvent réduites à la pauvreté. Les membres restant de la famille, en particulier les femmes, doivent “ faire des choix difficiles de répartition de leur temps entre produire, s'occuper des besoins du ménage, des enfants et soigner le malade.”<sup>32</sup>

Le rôle critique du genre et de la sexualité sur les interactions sexuelles et la capacité des hommes et des femmes à se protéger lors d'un rapport sexuel est de plus en plus manifeste. Les études incluses dans ce chapitre soulignent l'importance que revêt une amélioration de l'accès des femmes à l'information et à l'éducation, aux compétences, aux services et au soutien social afin de réduire leur vulnérabilité face au VIH/SIDA et d'améliorer les résultats de santé génésique.<sup>33</sup>

### Obstacles à la réduction des IST/VIH/SIDA liés au genre

Les normes sexospécifiques et le déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes ont un impact direct sur le comportement sexuel et, par conséquent, sur les risques d'IST. Ces normes peuvent dissuader les femmes d'afficher leurs connaissances et de communiquer avec leurs partenaires, voire avec les professionnels de la santé, sur les problèmes de sexe et autres thèmes analogues. Les normes préconisant la

virginité avant le mariage peuvent limiter l'accès des jeunes femmes à l'information sexuelle et mener à des comportements sexuels plus risqués tels que le sexe anal.<sup>34</sup> La promiscuité masculine est considérée normale dans de nombreuses régions de la planète et inclut souvent l'acceptation des visites aux travailleurs du sexe. Quand le sexe est considéré comme un devoir de l'épouse, les femmes se heurtent au ridicule, à la violence ou au divorce si elles refusent les rapports sexuels parce qu'elles suspectent que leur mari est infecté d'une IST contractée auprès d'autres partenaires.<sup>35</sup>

La mise à l'écart et la discrimination sont au cœur de la pandémie du SIDA, tout comme la peur, la honte et l'ignorance empêchent les individus de prendre des précautions et d'avoir recours aux soins. Les femmes, en raison des inégalités dont elles souffrent dans bien des sociétés, se heurtent à la mise à l'écart et à la discrimination liées au VIH/SIDA. La plupart d'entre elles sont “ blâmées ” si elles-mêmes ou leur partenaire contractent le VIH et certaines sont maltraitées ou répudiées.<sup>36</sup>

Dans de nombreuses sociétés, la faiblesse économique des femmes mène à un manque de pouvoir de négociation sexuelle. La nécessité du support financier de leur mari ou de leur partenaire — en particulier si elles ont des enfants — peut conduire ces femmes à se taire sur les problèmes de sexe et de fidélité quand la relation leur apporte un certain niveau de sécurité économique. Les stratégies de survie de certaines femmes en situation de pauvreté vont de la prostitution aux rapports sexuels avec de multiples partenaires qui offrent des cadeaux matériels en échange. Bien que les programmes préconisent de plus en plus l'utilisation du préservatif, les femmes sont souvent incapables de négocier l'utilisation de cette protection par peur de l'abandon. Quant aux travailleurs du sexe, ils sont généralement à la merci de leurs souteneurs, de leurs clients et même de la police.<sup>37</sup> Les femmes séropositives peuvent être mises à l'index dans les services de soins de santé quand

31. ONUSIDA, 2000. Les chiffres publiés en 2004 par l'ONUSIDA et l'OMS estiment que 39,4 millions de personnes dans le monde vivent avec le VIH et que quasiment la moitié d'entre elles sont des femmes. En Afrique noire, près de 57 % des personnes séropositives sont des femmes et des fillettes. En 2004, on estime que 3,1 millions de personnes sont décédées du SIDA.

32. Loewenson, 2001.

33. Weiss et Gupta, 1998.

34. Leynaert et al., 1998; Padian et al., 1997.

35. Hoang Tu Anh et al., 2002.

36. Nyblade et al., 2002.

37. Adeokun et al., 2002; Chikamata et al., 2002.

elles s'y présentent pour des soins reproductifs. Les femmes séropositives enceintes se voient refuser les soins prénatals ou d'accouchement ; certaines sont incitées à avorter plutôt que de courir le risque d'avoir un enfant séropositif.

## Interventions liées à la réduction des IST et du VIH/SIDA

Certaines des interventions destinées à prévenir la transmission du VIH/SIDA ciblent des groupes à haut risque tels que les travailleurs du sexe, les camionneurs, les homosexuels et les toxicomanes par voie intraveineuse ; elles s'adaptent en général aux réalités du genre plutôt que de tenter de les modifier. Par exemple, les stratégies pour protéger les travailleurs du sexe contre les IST ou le VIH/SIDA incluait l'éducation des propriétaires de maisons de prostitution ou la mise en vigueur de lois obligeant les clients à utiliser le préservatif. Le préservatif féminin et les microbicides potentiels sont souvent considérés comme de bonnes options car ce sont les femmes qui les contrôlent et elles n'ont donc pas besoin de convaincre leurs partenaires d'utiliser un préservatif.

Cependant, la transformation des relations entre les hommes et les femmes est essentielle pour mettre fin à la propagation des IST et du VIH. Des programmes destinés aux adolescents en particulier ciblent les attitudes et les contextes sociaux qui augmentent la vulnérabilité aux IST/VIH, comme l'acceptation de l'homme dans son rôle de macho et de prédateur sexuel. La plupart des programmes mêlent adolescents et adolescentes et les font participer à des projets et des débats portant sur l'identité des sexes.<sup>38</sup> En Uganda, l'un des rares pays en Afrique subsaharienne dans lequel l'incidence du VIH a décliné, le ministère de l'Information publie dans un mensuel un encart qui sert de forum aux opinions et aux inquiétudes des jeunes relatives au sexe et aux rapports sexuels.<sup>39</sup>

Dans notre étude, la plupart des interventions qui ciblent les IST/VIH/SIDA tentent de transformer les rapports entre hommes et femmes. Certaines ciblent les groupes à haut risque d'IST/HIV ; d'autres tentent de toucher les patients d'autres services de santé génésique ou les membres de quartiers sélectionnés. La majorité se déroule en zones urbaines.

La modification de l'équilibre des pouvoirs est au centre du modèle de ces interventions. Beaucoup de programmes ont réussi à stimuler le dialogue parmi les bénéficiaires à l'égard de la relation entre les

normes sexospécifiques et le comportement sexuel. Toutefois, d'autres programmes ont recours à des stratégies de communication pour la modification des comportements et comprennent la formation aux compétences de négociation et de communication pour que les femmes fassent preuve de plus d'assurance dans la communication avec leur partenaire au sujet de problèmes liés au sexe, aux IST/VIH/SIDA et à l'utilisation d'une double protection/double méthode. La plupart de ces programmes remettent en question l'acceptation de la promiscuité et de l'infidélité masculine ainsi que la supposée ignorance sexuelle des femmes. Les pairs éducateurs ont également traité des sujets sensibles tels que la virginité, le comportement sexuel et la peur des femmes face à la violence sexuelle et physique, l'abandon économique ou l'aggravation de l'infidélité à titre de représailles consécutives à une demande d'utilisation du préservatif.

### Les 10 interventions IST/VIH/SIDA :

- **Compétences de négociation sexuelle chez les femmes des centres-villes** (États-Unis)
- **Travailleurs du sexe à Sonagachi et au-delà** (Inde)
- **Autonomisation des femmes pour un choix de méthode contraceptive sans risques** (Mexique)
- **Éducation pour les patients en prénatal relative aux IST/HIV** (Guatemala)
- **Intégration de la prévention IST/VIH dans les services de planification familiale** (Brésil)
- **Éducation par les pairs avec des ouvriers** (Thaïlande)
- **Parler de sexualité avec les femmes pauvres des zones urbaines** (Brésil)
- **Renforcer les associations traditionnelles des femmes** (Sénégal)
- **Parler de la violence comme obstacle à l'utilisation du préservatif** (Afrique du Sud)
- **Éducation par les pairs parmi les adolescentes** (Brésil)

Pour aider les femmes à éviter des rapports sexuels rémunérés, les programmes d'éducation ont offerts des formations professionnelles dans des domaines d'activités générateurs de revenus. Le projet Sonagachi, en Inde, se concentre sur la formation des travailleurs du sexe comme pairs éducateurs dans les domaines des IST/VIH/SIDA et du respect de soi, en cherchant à améliorer les connaissances et le pouvoir de décision de ces professionnels, qui sont

38. de Keijzer et al., 2002.

39. Henry, 1995: 32.

généralement sans défense face aux propriétaires des maisons de prostitution, aux clients et à la police. Une autre intervention démontre comment le renforcement d'autres groupes de femmes, tels que les organisations traditionnelles sénégalaises qui s'occupent de la fertilité, peut également inciter à l'emploi du préservatif.

## Résultats de ces interventions sur la santé génésique

Les dix interventions examinées sous l'angle des IST/VIH/SIDA font état des résultats suivants en matière de santé de la reproduction :

- meilleure connaissance de la transmission et de la prévention du VIH/SIDA ;
- emploi plus vaste du préservatif ;
- baisse des IST ;
- meilleure connaissance des symptômes d'IST.

Trois de ces interventions sont décrites dans le tableau ci-dessous, dans l'espoir qu'elles serviront d'exemples démontrant que l'intégration du genre dans les programmes de santé en matière de reproduction peut avoir un effet positif sur la réduction des IST/VIH/SIDA.

Tableau 4

### Exemples d'interventions ciblant les IST/VIH/SIDA

Projet/Intervention	Résultats de santé génésique	Résultats de genre
<p><b>Mexique: Femmes et choix de méthodes de contraception sans risques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sélection pour une utilisation sans risque du stérilet en dispensaire</li> <li>• Séances éducatives données à un groupe par des infirmières sur les méthodes de contraception et les IST</li> <li>• Un groupe éduqué autorisé à " auto-sélectionner " une méthode de contraception adéquate</li> </ul>	<p>Dans le groupe 2 " d'auto-sélection ", 52 % des femmes infectées ont choisi de ne pas utiliser le stérilet</p> <p>Dans le groupe sélectionné par le médecin, 5 % ont choisi, avec raison, de ne pas utiliser le stérilet</p>	<p>Non évalué</p>
<p><b>Thaïlande : Éducation par les pairs avec des ouvriers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Séances éducatives par les pairs avec des groupes unisexes et mixtes</li> <li>• Les leaders de groupes formés recrutèrent ensuite des groupes, 10 séances de deux heures, en utilisant des bandes dessinées et des romans</li> <li>• Augmentation de la sensibilisation des jeunes ouvriers célibataires aux risques de VIH</li> </ul>	<p>Après l'intervention, les participants identifiaient mieux les comportements à haut risque, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pression des pairs (passée de 41 à 70 %)</li> <li>• promiscuité masculine (passée de 59 à 75 %)</li> </ul>	<p>Après l'intervention, augmentation de l'opinion que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les jeunes filles peuvent parler du VIH/SIDA avec les garçons (de 29,9 à 42,3 %)</li> <li>• les jeunes filles devraient avoir des préservatifs sur elles (de 47,7 à 84,6 %)</li> </ul>
<p><b>Sénégal : Renfort des associations traditionnelles des femmes (TWA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation des TWA pour diffuser de l'information sur les ITS/VIH/SIDA, le préservatif</li> <li>• Cérémonies publiques, danse, chansons, jeux de rôle</li> <li>• Groupes de discussion dans le voisinage</li> </ul>	<p>Après l'intervention, augmentation des connaissances en ITS/VIH parmi les femmes, y compris sur la manière de transmettre le VIH</p> <p>Après l'intervention, les femmes ont déclaré utiliser plus le préservatif. Sur l'un des sites, le nombre est passé de 28 à 35 (N=80)</p>	<p>Croyance accrue des femmes en leur droit à demander à leur mari d'utiliser le préservatif (de 25 à 32 %)</p>

## V. Initiatives de qualité des soins

Les initiatives de qualité des soins sont examinées séparément car elles traitent toutes les composantes de la santé génésique. L'amélioration de la qualité des soins en planification familiale et santé génésique s'est transformée en priorité au cours des dix dernières années. Les initiatives destinées à améliorer la qualité des soins de santé en matière de reproduction ont pour origine la structure de Bruce-Jain<sup>40</sup> et les approches d'amélioration continue de la qualité adaptant les principes de gestion de la qualité totale aux soins de santé<sup>41</sup>. Ces programmes, quelle que soit l'approche, ont pour cible privilégiée les besoins des clients. La structure de Bruce-Jain identifie six éléments utiles à l'amélioration de la qualité des soins dans les programmes de planification familiale : le choix des méthodes, une information correcte, la compétence technique des prestataires, une bonne interaction client-prestataire, la continuité des soins et l'adéquation et acceptabilité des soins.

Les approches d'amélioration de la qualité envisagent la fourniture des services de santé sous l'angle des systèmes et cherchent à satisfaire les besoins du client. L'environnement organisationnel doit être structuré de sorte à optimiser les soins de qualité. À l'aide de méthodes scientifiques et statistiques d'identification des problèmes et de développement de solutions, les administrateurs et le personnel améliorent en permanence les services fournis par leurs programmes. L'initiative de Maximalisation de l'accès et de la qualité ([www.maqweb.org](http://www.maqweb.org)) et les méthodes d'amélioration des performances<sup>42</sup> sont également conçues pour améliorer la qualité des services et des soins.<sup>43</sup>

Les initiatives menées dans une perspective de qualité des soins intègrent parfois les problèmes de genre en introduisant des améliorations qui contribuent à lever les obstacles qui leur sont liés. Par exemple, le Projet d'Assurance Qualité (QAP), financé par l'USAID et mis en œuvre par le Centre for Human Services (Centre des services humains) ([www.qaproject.org](http://www.qaproject.org)), englobe une structure de qualité des soins basée sur les systèmes, centrée sur le client, basée sur l'équipe et orientée par les données. Dans l'approche du QAP, les équipes de qualité sont formées à différents niveaux du système de soins de santé et sont responsables de la surveillance et de l'amélioration de la qualité des services de soins. Les équipes de qualité (composées de prestataires de soins

de santé, d'administrateurs et parfois, de membres de la communauté) analysent la fourniture des services dans son ensemble en examinant la qualité sous différentes dimensions : performance technique, efficacité, efficience, sécurité, accès, relations interpersonnelles, continuité, aspects physiques et choix.<sup>44</sup> Dans leur analyse, les équipes peuvent identifier les obstacles à la qualité des soins ayant leur origine dans des relations d'inégalité entre les sexes et les normes sexospécifiques.

Bien que le facteur accès soit souvent traité séparément de la qualité des soins, il est ici inclus comme composant clé de qualité. Le groupe de travail de l'IGWG juge que ces aspects des soins de santé sont inextricablement liés et que les services de santé de qualité ne peuvent pas exister si le client se heurte à des obstacles significatifs pour les utiliser. Ces initiatives de qualité, en particulier quand elles traitent les problèmes de genre, doivent par conséquent inclure le traitement des obstacles qui nuisent à l'accès.

### Les trois interventions:

- Prestataires femmes à MaxSalud (Pérou)
- Soutien familial des femmes pendant le travail (Botswana)
- Programme " Smart Patient " (Indonésie)

### Obstacles à l'amélioration de la qualité des soins liés au genre

Les obstacles à la qualité des soins liés au genre sont courants dans plusieurs paramètres des soins de santé. Ces obstacles incluent l'accès limité des femmes aux services de santé à cause de la restriction de leur mobilité — telles que les normes imposées par la société ou les responsabilités qui leur sont attribuées envers les autres membres de leur famille (garder les enfants, les personnes âgées, les malades). Les normes

40. Bruce, 1990.

41. Hardee et Gould, 1993.

42. Caiola et Sullivan, 2000.

43. Des outils ont été développés pour évaluer et améliorer la qualité des soins (voir [www.erc.msh.org](http://www.erc.msh.org)), dont la technique EngenderHealth's COPE (orientée vers le client, efficacité du prestataire) et IPPF/Manuel de la Région hémisphère Ouest pour évaluer la qualité des soins dans une perspective de genre (voir IPPF, 2000). Voir également OMS - Approche stratégique pour renforcer les politiques et les programmes de santé génésique, [www.who.int/reproductive-health/strategic\\_approach/index.htm](http://www.who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm).

44. Massoud et al., 2001.

sexospécifiques font souvent passer la santé des enfants et des hommes avant celle des femmes, qui peuvent être incapables de recourir aux soins ou de les suivre de manière utile, ou qui n'ont pas les ressources nécessaires pour ce faire. Les femmes sont quelquefois trop "timides" pour poser des questions pendant les consultations de santé ou limitées par des schémas paternalistes de prise de décision et de communication entre les prestataires de soins de santé et les clients. Les "progrès" de la médecine obligent parfois les femmes à rester seules dans les hôpitaux alors qu'elles sont habituées à être avec la famille et les personnes qui assistent traditionnellement à l'accouchement à domicile. Il existe aussi souvent des normes de masculinité qui éloignent les hommes des services de santé ou limitent leur participation aux soins de santé de leurs partenaires et/ou de leurs enfants.

## Interventions améliorant la qualité des soins

La plupart des interventions ayant abordé les obstacles de genre dans la qualité des soins s'adaptent aux différences entre les sexes plutôt que de les remettre en question. Un centre de santé peut par exemple décider d'ajouter une petite garderie pour que les mères puissent y venir même si elles n'ont personne à qui laisser leurs enfants. D'autres services de santé ont tenté de rendre leurs installations plus accueillantes aux hommes en offrant par exemple des

horaires nocturnes, en autorisant la présence du partenaire masculin pendant l'accouchement ou en proposant du conseil conjugal. D'autres encore, conscients du manque de ressources financières des femmes, réduisent leurs tarifs pour rendre les services plus accessibles.

Les trois programmes décrits dans le rapport 'So What?' tentaient d'améliorer la qualité des soins dans une perspective de genre. Après que les femmes de la communauté ont eu exprimé leur préférence pour des prestataires féminins, MaxSalud, au Pérou, a rétabli une sage-femme dans le dispensaire, ce qui a rapidement fait monter l'utilisation des services. L'étude Smart Patient, en Indonésie, stimulait l'auto-affirmation des clients femmes de la planification familiale vis-à-vis des cliniciens, ce qui a accru la probabilité qu'elles exposent leurs problèmes et posent des questions. Au Botswana, les résultats d'obstétrique furent améliorés en permettant aux femmes de choisir un membre féminin de la famille pour les accompagner pendant l'accouchement. Renforcer le pouvoir des femmes pendant l'accouchement en leur permettant d'être accompagnées par leur famille est une intervention à très faible coût et, par conséquent, facilement reproductible dans de nombreux cas de figure. Chacune de ces interventions agissait sur ces services pour mieux les centrer sur la cliente et pour répondre aux demandes des femmes, à leurs problèmes, leurs questions et leurs choix.

Tableau 5

### Exemples d'interventions ciblant la qualité des soins

Projet/Intervention	Résultats de santé génésique	Résultats de genre
<b>Botswana: Soutien familial pendant le travail</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• À l'hôpital</li> <li>• Les femmes étaient autorisées à choisir une femme de la famille pour les accompagner pendant le travail et l'accouchement</li> </ul>	S'est traduit par une baisse des césariennes (6 contre 13 %), des extractions par ventouse (4 contre 16 %) et une utilisation moindre de l'ocytocine (13 contre 30 %)	Non mesurés
<b>Indonésie : programme Smart Patient</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• En dispensaires de planification familiale</li> <li>• Séances individuelles sur rendez-vous entre le patient et l'éducateur</li> <li>• Entraînement au droit à parler, à l'art de poser des questions et à chercher des éclaircissements</li> </ul>	L'utilisation de contraceptifs était plus élevée parmi les clients au bout de huit mois d'intervention	Les femmes ayant reçu l'éducation patient posaient plus de questions (6,3 contre 4,9) Les clients femmes du groupe de l'intervention recevaient une meilleure information des prestataires

## Résultats de ces interventions sur la santé génésique

Les trois interventions examinées sous l'angle de la qualité des soins témoignent des résultats suivants en matière de santé reproductive :

- Hausse des visites aux dispensaires
- Amélioration de l'interaction client-prestataire

## VI. Conclusion

*“ Il est peu probable que les décideurs et les administrateurs de programmes trouvent des raccourcis aux programmes sensibles au genre, mais en reconnaissant le lien entre le genre et l'accès des femmes et leur utilisation des services de santé de la reproduction, ils peuvent être à même de réduire la discrimination entre les sexes et, avec le temps, de modifier les programmes afin de donner du pouvoir aux femmes. ”*<sup>45</sup>

Plus de dix ans se sont écoulés depuis que le Programme d'action du Caire a proclamé que l'équité entre les sexes était une composante essentielle de la santé génésique. Cette étude contribue au débat en cours en examinant les preuves des effets des politiques et des programmes ayant une approche basée sur le genre, comme le préconise le Programme d'action, sur les résultats de santé génésique.

Les interventions commentées ici apportent en effet ces preuves. Avec leurs résultats, elles démontrent que l'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction a un impact positif sur les résultats de santé génésique, que ce soit en exploitant, en s'adaptant ou en transformant les inégalités de genre.

De surcroît, les résultats sont également positifs dans les interventions qui mesurent les résultats de genre. Les données qualitatives montrent en particulier un accroissement du pouvoir de prise de décision des femmes et de leur participation politique dans la communauté, de la connaissance des femmes de leurs droits juridiques et du respect de la société envers elles. Quand des données quantitatives sont disponibles, elles prouvent que les programmes adaptés au genre stimulent la communication entre hommes et femmes sur la planification familiale et les IST/VIH ; apportent un plus grand soutien mutuel entre partenaires ; améliorent les possibilités d'éducation des

filles ; améliorent les connaissances des hommes en matière de soins de santé de la femme ; réduisent la violence contre les femmes ; augmentent l'auto-efficacité des femmes, leur confiance en soi, leur assurance et leurs probabilités de parler de sujets délicats avec d'autres personnes ; et augmentent les attitudes d'égalité entre les sexes relatives à l'éducation des enfants, la division du travail et la santé génésique.

Il reste beaucoup à faire pour améliorer la méthodologie d'évaluation. Dans l'idéal, l'évaluation des effets de l'intégration du genre dans la santé reproductive comprendrait des modèles de recherche opérationnelle avec des domaines expérimentaux et de contrôle et des mesures a priori et a posteriori des résultats utiles. Malheureusement, peu d'études de ce type ont été réalisées, bien que quelques unes soient actuellement en cours.

## Recommandations

Cette étude contient de nombreuses leçons qui seront utiles aux chercheurs et aux praticiens en santé de la reproduction mais la plupart présentent aussi de l'intérêt pour les décideurs et les administrateurs de programmes. En réalité, plusieurs peuvent être, le cas échéant, appliquées à des problèmes de santé de la reproduction.

### 1. Intégration du genre dans les programmes destinés à obtenir des résultats positifs en matière de santé génésique.

À quelques rares exceptions près, les programmes qui intégraient le genre ont obtenu des résultats positifs en santé génésique. Les changements s'observaient en particulier dans les domaines de la connaissance et des attitudes plutôt que dans les pratiques, probablement parce que les relations entre les sexes sont longues à changer et que les évaluations étaient en général à court terme.

### 2. Concentration sur la participation de la communauté ou les stratégies d'autonomisation de la communauté dans la tentative de transformer les relations entre les sexes.

Les composantes d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction font souvent corps avec les initiatives participatives ou d'autonomisation de la communauté. Ces programmes peuvent non seulement renforcer le pouvoir des femmes vis-à-vis des hommes mais aussi renforcer le pouvoir de la communauté au sens large. Leurs objectifs recourent

45. Barnett et Stein, 1998.

souvent les secteurs de développement pour inclure l'agriculture, l'éducation, le développement économique et la gestion des ressources naturelles.

### **3. Apport de soutien pour une évaluation plus rigoureuse des interventions qui intègrent le genre.**

On doit s'efforcer d'affiner les méthodes d'évaluation et les indicateurs, en particulier les indicateurs de genre, pour créer un ensemble solide de preuves relatif à la valeur de l'intégration du genre. Les indicateurs de genre sont encore en cours de développement et d'essais. Les chercheurs et ceux qui mettent en œuvre les programmes doivent être formés à l'emploi efficace des outils de mesure. Il faut que des fonds soient alloués aux besoins d'évaluation et proportionnellement augmentés sur le long terme, et que les durées et le financement soient suffisants pour que les programmes démontrent leurs effets.

### **4. Reconnaissance de l'exceptionnelle contribution de l'intégration du genre au succès des interventions en IST/VIH, grâce à laquelle on obtient des résultats de santé durables et une meilleure équité entre les sexes.**

Dix des programmes étudiés ciblaient en particulier, avant d'autres domaines, la réduction des IST/VIH. Comme il apparaît au chapitre sur les IST/VIH, les problèmes de genre ont reçu plus d'attention dans les travaux de prévention des IST/VIH en raison de la relation évidente entre des rapports d'inégalité entre les sexes et la propagation des IST et du VIH/SIDA. Le comportement sexuel est fortement régulé par les normes sexospécifiques et les inégalités économiques entre les hommes et les femmes, laissent les femmes impuissantes dans le milieu ou les rapports sexuels sont soit rémunérés ou compensés.

# Références

- Adeokun L et al. Promoting dual protection in family planning clinics in Ibadan, Nigeria. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 2:87-95.
- Barnett B, Stein J (1998). *Women's Voices, Women's Lives: The Impact of Family Planning. A Synthesis of Findings from the Women's Studies Project*. Research Triangle Park, NC, Family Health International.
- Bellamy C (1998). *The state of the world's children 1998*. New York, UNICEF.
- Bezmalinovic B et al. (n.d.). Guatemala City women: empowering a vulnerable group to prevent HIV transmission. Report-in-Brief, Women and AIDS Research Programme. Washington, DC, ICRW.
- Boender C et al. (2004). The 'So what?' report: a look at whether integrating a gender focus into programmes makes a difference to outcomes. Washington, DC, PRB for the USAID's Interagency Gender Working Group.
- Bruce J. Fundamental elements of quality of care: a simple framework. *Studies in Family Planning*, 1990, 2:61-91.
- Brundtland Gro Harlem. Speech to the maternal mortality advocacy meeting, Maputo, Mozambique, World Health Organization, April 19, 1999.
- Caiola N, Sullivan R (2000). Performance improvement: a strategy for reproductive health service delivery. Available online at [www.reproline.jhu.edu](http://www.reproline.jhu.edu).
- Caro D et al. (2003). A manual for integrating gender into reproductive health and HIV programmes: from commitment to action. Washington, DC, PRB for the USAID's Interagency Gender Working Group.
- Castle S et al. A qualitative study of clandestine contraceptive use in urban Mali. *Studies in Family Planning*, 1999, 3: 231-248.
- Chikamata DM et al. Dual needs: contraceptive and sexually transmitted infection protection in Lusaka, Zambia. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 2:87-95.
- de Keijzer B et al. (2002). Constructing new, gender-equitable identities: Salud y Género's work in Mexico." In: Involving men to address gender inequities: three case studies. Washington, DC, PRB for USAID's Interagency Gender Working Group.
- DiMatteo MR. The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 1994,1:149-161.
- Fortney J, Smith JB eds. (1996). *The base of the iceberg: prevalence and perceptions of maternal morbidity in four developing countries*. Research Triangle Park, NC, Family Health International.
- Goldberg HI, Toros A. The use of traditional methods of contraception among Turkish couples. *Studies in Family Planning*, 1994, 2:122-128.
- Goodwin MM et al. Pregnancy intendedness and physical abuse around the time of pregnancy: findings from the pregnancy risk assessment monitoring system, 1996-1997. *Maternal and Child Health Journal*, 2000, 20:85-92.
- Grasmuck S, Espinal R. Market success or female autonomy? Income, ideology, and empowerment among micro-entrepreneurs in the Dominican Republic. *Gender and Society*, 2000, 2:231-255.
- Hardee K, Gould B. A process for service quality improvement in family planning. *International Family Planning Perspectives*, 1993, 4:147-152.
- Henry K. Straight talk for youth: Ugandan girls and boys learning to escape gender stereotypes. *AIDScriptions*, 1995, pp.32-33.
- Hoang T et al. (2002). Impact of the Cairo programme of action: gender, women's empowerment, and reproductive health in 4 Vietnamese communities. Research Results Report. Hanoi, Vietnam, Population and Development International.
- Huffman S et al. (2001). Essential health sector actions to improve maternal nutrition in Africa. Washington, DC, The LINKAGES Project.
- Institute of Medicine (IOM) (1988). *Prenatal care reaching mothers, reaching infants*. Washington, DC, National Academy Press.
- International Planned Parenthood Federation/Western Hemisphere Region (2000). *Manual to evaluate quality of care from a gender perspective*. New York. IPPF/WHR.
- IPAS.[www.ipas.org](http://www.ipas.org)
- Leynaert B, Downs AM, de Vincenzi I. Heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus: variability of infectivity throughout the course of infection." European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. *American Journal of Epidemiology*, 1998, 148:88-96.
- Loewenson R (2001). *HIV/AIDS implications for poverty reduction*. New York, United Nations Development Programme.
- Mackey M (2000). *Improving nutrition and reproductive health: the importance of micronutrient nutrition*. Washington, DC, The Futures Group International.
- Massoud R et al. (2001). *A modern paradigm for improving healthcare quality. QA Monograph Series 1(1)*. Bethesda, MD, Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project.

- Nyblade L et al. (2002) Choosing between two stigmas: the complexities of childbearing in the face of HIV infection in sub-Saharan Africa. Paper presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, May 9-11, 2002.
- Ojeda Gabriel (1998). Profamilia centers for men. Paper presented at the FAO/WHO/UNFPA Thematic Workshop on Male Involvement in Sexual and Reproductive Health Programmes. Rome, November 9-13, 1998.
- Padian NS et al. Heterosexual transmission of Human Immunodeficiency Virus (HIV) in Northern California: results from a ten-year study. *American Journal of Epidemiology*, 1997, 146:350-357.
- Population Council (2000). Love, sex, and abortion among unmarried youth in Ho Chi Minh City: implications for policy and programme interventions. Unpublished paper.
- Quisumbing AR, Maluccio JA (1999). Intrahousehold allocation and gender relations: new empirical evidence. Working Paper Series No. 2, World Bank Development Research Group/Poverty Reduction and Economic Management Network. Washington, DC, World Bank.
- Ransom E, Yinger N (2002). Making motherhood safer: overcoming obstacles on the pathways to care. Washington, DC, Population Reference Bureau.
- Robey B et al. (1998). Men: key partners in reproductive health. A report on the first conference of French-speaking African countries on men's participation in reproductive health, March 30-April 3, Ouagadougou, Burkina Faso. Baltimore, MD, JHU/CCP.
- Schuler SR, Bates L, Islam MK. Reconciling cost recovery with health equity concerns in a context of gender inequality and poverty. *International Family Planning Perspectives*, 2002, 4:196-204.
- Schuler SR, Choque ME, Rance S. Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women. *Studies in Family Planning*, 1994, 4:211-221.
- Schuler SR et al. Barriers to the effective use of family planning services in Kathmandu. *Studies in Family Planning*, 1985, 16, no.5 :26-27.
- Schuler SR, Hossain Z. Family planning clinics through women's eyes and voices: a case study from rural Bangladesh." *International Family Planning Perspectives*, 1998,4:170-175, 205.
- Starrs A. The safe motherhood action agenda: priorities for the next decade. A report on the Safe Motherhood technical consultation in Sri Lanka, October 1997. New York, Family Care International in collaboration with the Inter-Agency Group for Safe Motherhood, 1998.
- Stewart MK, Stanton CK, Ahmed O (1997). Maternal health care. DHS Comparative Studies, no. 25. Calverton, MD, Macro International, Inc.
- Thomas D (1997). Incomes, expenditures, and health outcomes: evidence on intra-household resource allocation. In: Haddad L, Hoddinott J, Alderman H, eds, *Intra-household resource allocation in developing countries: models, methods, and policy*. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
- United Nations (1999). Key actions for the further implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, New York, United Nations (A/S-21/5/Add.1). Accessed online at <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass.htm> on July 8, 2005.
- United Nations (2000). *World population prospects: the 2000 revision*. New York, United Nations Population Division.
- UNAIDS, WHO (2004). AIDS epidemic update 2004, UNAIDS/04.45E. Accessed online at [http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004\\_html\\_en/epi04\\_00\\_en.htm](http://www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_en/epi04_00_en.htm) on July 8, 2005.
- UNAIDS (2000). Report on the global HIV/AIDS epidemic. Accessed online on [www.UNAIDS.org/epidemic\\_update/report](http://www.UNAIDS.org/epidemic_update/report), July 1, 2003.
- United Nations Department of International Economics and Social Affairs (1991). *The world's women: trends and statistics 1970-90*. New York, United Nations.
- Weiss E, Gupta GR (1998). Bridging the gap. addressing gender and sexuality in HIV prevention. Washington DC, International Centre for Research on Women.
- Westoff CF (2001). Unmet need at the end of the century. *Demographic and Health Surveys Comparative Reports no. 1*. Calverton, MD, Macro International.
- [who.int/reproductive-health/strategic\\_approach/index.htm](http://who.int/reproductive-health/strategic_approach/index.htm).
- World Health Organization (WHO) (2005). *The World Health Report 2005: make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (2004). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (WHO) (1997). *Coverage of maternity care: a listing of available information, fourth edition*. Geneva, World Health Organization.

# Annexe : Guide de références rapide

Les tableaux ci-dessous résument les résultats de santé génésique et de genre des interventions présentées dans ce rapport. Ils ont pour but de fournir en un clin d'œil des détails relatifs aux programmes décrits dans les divers chapitres. Ce rapport est structuré par domaine de santé de la reproduction (grossesse intentionnelle, mortalité/morbidité maternelle, IST/VIH/SIDA et qualité des soins). Toutefois, la plupart des initiatives ont documenté des effets dans plusieurs de ces domaines et ont été placées dans les chapitres en fonction de leurs résultats les plus significatifs. Les tableaux ci-dessous seront donc utiles pour identifier les interventions couvrant plus d'un domaine de santé génésique.

Tableau A.1

## Résultats des interventions en santé de la reproduction

### Résultats de santé de la reproduction

### Interventions

#### Grossesses non intentionnelles

Meilleure utilisation de la planification familiale	Égypte—Maris et soins post-avortement Guatemala—Éducateurs de langue maya en Genre et Planification familiale Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes Inde—Programme Options pour une vie meilleure Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud Turquie—Le rôle du père dans la Planification familiale post-partum
Baisse de la fécondité	Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Baisse des grossesses chez les adolescentes	Jamaïque—Programme pour les mères adolescentes
Réduction de la mortalité infantile	Bolivie—Projet Warmi en Bolivie rurale Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Augmentation de l'âge au mariage	Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Meilleure connaissance de la contraception	Brésil—Parler de sexualité avec les femmes pauvres des zones urbaines Honduras—Atteindre les hommes au travers de l'agriculture Inde—Pati Sampark : " Contacter le mari " Mexique—Formation de formateurs en Santé et autonomisation Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud
Meilleure réceptivité envers l'information relative à la planification familiale	Zambie—Incitation au dialogue au moyen de présentations radiophoniques

#### Mortalité et morbidité maternelles

Baisse de la mortalité maternelle	Bolivie—Projet Warmi en Bolivie rurale
Augmentation des soins obstétricaux qualifiés	Bolivie—Projet Warmi en Bolivie rurale Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes Inde—Programme Options pour une vie meilleure Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud
Connaissance des hommes en soins prénatals pour leurs femmes	Inde—Pati Sampark : " Contacter le mari "
Meilleure récupération post-avortement	Égypte—Maris et soins post-avortement
Baisse des complications obstétriques	Botswana—Soutien familial des femmes pendant le travail
Meilleure nutrition	Inde—Programme Options pour une vie meilleure Mexique—Formation de formateurs en Santé et autonomisation
Meilleure connaissance des signes d'avertissement pendant la grossesse	Honduras—Toucher les hommes au travers de l'agriculture Mexique—Formation de formateurs en Santé et Autonomisation Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud

Tableau A.1

## Résultats des interventions en santé de la reproduction (continuation)

### Résultats de santé de la reproduction

### Interventions

#### IST/VIH/SIDA

Baisse des IST

Inde—Organiser les travailleurs du sexe à Sonagachi et au-delà  
Afrique du Sud—Parler de la violence comme obstacle à l'utilisation du préservatif

Meilleure connaissance des symptômes d'IST

Honduras—Toucher les hommes au travers de l'agriculture  
Pérou—Auto-diagnostic au moyen du projet ReproSalud

Augmentation de l'utilisation du préservatif

Inde—Programme Options pour une vie meilleure  
Inde—Organiser les travailleurs du sexe à Sonagachi et au-delà  
Mexique—Formation de formateurs en Santé et autonomisation  
Sénégal—Renforcer les associations traditionnelles des femmes  
Afrique du Sud—Parler de la violence comme obstacle à l'utilisation du préservatif  
États-Unis (Faibles ressources)—Compétences de négociation sexuelle chez les femmes des centres-villes

Meilleure connaissance de la transmission et de la prévention des IST/SIDA

Brésil—Intégration de la prévention IST/VIH dans les services de planification familiale  
Brésil—Éducation par les pairs parmi les adolescentes  
Guatemala—Éducation pour les patients en prénatal relative aux IST/HIV  
Honduras—Toucher les hommes au travers de l'agriculture  
Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes  
Inde—Programme Options pour une vie meilleure  
Inde—Organiser les travailleurs du sexe à Sonagachi et au-delà  
Mexique—Formation de formateurs en Santé et autonomisation  
Sénégal—Renforcer les associations des femmes traditionnelles  
Thaïlande—Éducation par les pairs avec des ouvriers

#### Qualité des soins

Hausse des visites au dispensaire

Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud  
Perou—Prestataires femmes à MaxSalud

Amélioration de l'interaction client-prestataire

Indonésie—Programme " Smart Patient "

## Résultats des interventions en genre repris dans cette étude

Résultats en genre	Interventions
Meilleurs résultats sur l'échelle d'autonomisation	Mexique—Formation de formateurs en Santé et autonomisation
Amélioration des attitudes d'équité entre les sexes et sensibilisation aux droits	Brésil—Éducation par les pairs parmi les adolescentes Brésil—Parler de sexualité avec les femmes pauvres des zones urbaines Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes Inde—Programme Options pour une vie meilleure Jamaïque—Programme pour les mères adolescentes Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud Sénégal—Renforcer les associations des femmes traditionnelles Thaïlande—Éducation par les pairs avec des ouvriers
Meilleure mobilité des femmes	Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Augmentation de la volonté des femmes de se défendre ou de chercher de l'aide contre la violence conjugale	Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud
Amélioration de l'alphabétisation des femmes	Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Plus longue éducation formelle pour les femmes et les filles	Inde—Programme Options pour une vie meilleure Jamaïque—Programme pour les mères adolescentes
Augmentation de la participation des femmes ou de leurs rôles de leader dans la communauté	Bolivie—Projet Warmi en Bolivie rurale Inde—Défense et génération des revenus des femmes indiennes Inde—Programme Options pour une vie meilleure Zambie—Incitation au dialogue au moyen de présentations radiophoniques
Amélioration de la confiance et du respect de soi chez les femmes	Brésil—Éducation par les pairs parmi les adolescentes Inde—Programme Options pour une vie meilleure Jamaïque—Programme pour les mères adolescentes Zambie—Incitation au dialogue au moyen de présentations radiophoniques
Augmentation du pouvoir décisionnel des femmes	Inde—Programme Options pour une vie meilleure Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud
Meilleure communication avec le partenaire sur la santé reproductive/sexuelle ou la planification familiale	Brésil— Intégration de la prévention des IST/VIH dans les services de planification familiale Guatemala—Éducation pour les patients en prénatal relative aux IST/HIV Honduras—Toucher les hommes au travers de l'agriculture Pérou—Auto-diagnostic au travers du projet ReproSalud
Augmentation des compétences de négociation sexuelle chez les femmes	États-Unis (Faibles ressources)—Compétences de négociation sexuelle chez les femmes des centres-villes
Augmentation des revenus des femmes	Inde—Programme Options pour une vie meilleure
Meilleur soutien (émotionnel, instrumental, planification familiale ou soutien en général) des partenaires	Égypte—Maris et soins post-avortement Guatemala—Éducateurs de langue maya en Genre et Planification familiale Honduras—Toucher les hommes au travers l'agriculture
Plus forte assurance des femmes dans les interactions usager-dispensateur	Indonésie—Programme " Smart Patient "

**LE GROUPE DE TRAVAIL INTERGOUVERNEMENTAL SUR LE GENRE (IGWG)**, créé en 1997, est un réseau qui comprend des

organisations non gouvernementales (ONG), l'Agence des États-Unis pour le Développement international (USAID), des agences de coopération (AC) et le Bureau for Global Health (GH) de l'USAID.

L'IGWG promeut l'équité entre les sexes au moyen de programmes de population, santé et nutrition (PHN Population, Health and Nutrition) qui ont pour objectif d'améliorer les résultats en santé génésique/VIH/SIDA et d'encourager le développement durable. Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site : <http://www.igwg.org>

L' **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ** (OMS), agence spécialisée des Nations Unies pour la santé, a été fondée le 7 Avril 1948. Comme il est précisé dans sa Constitution, l'OMS a pour but d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Dans ce même document, la santé est définie comme un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Pour plus de renseignements, rendez-vous sur le site : <http://www.who.int>

**Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, contacter :**

Population Reference Bureau (PRB)  
1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520  
Washington, DC 20009-5728

<http://www.prb.org>

téléphone: (202) 483-1100

fax: (202) 328-3937

courriel: [prborders@prb.org](mailto:prborders@prb.org)

Département Genre et santé de la femme

Santé familiale et communautaire

Organisation mondiale de la Santé

Avenue Appia 20

CH-1211 Genève 27

Suisse

fax: (41) 22 791 15 85

<http://www.who.int/gender/>

courriel: [genderandhealth@who.int](mailto:genderandhealth@who.int)

