



# BOÎTE À OUTILS GENRE

## Santé

**Auteure :** Judith Hermann (contact e.mail : [judith0hermann@gmail.com](mailto:judith0hermann@gmail.com))

**Coordination globale :** Marlène Buchy, Anna Crole-Rees, Laetitia Antonowicz

**Supervision AFD :** Olivia Dabbous (division Appui environnemental et social)  
et Sophie Biacabe (Division Santé et Protection sociale)

**Contact AFD :** [\\_Genre@afd.fr](mailto:_Genre@afd.fr)

Une version PDF électronique interactive de ce document est également disponible  
à l'adresse : [www.afd.fr/genre](http://www.afd.fr/genre)  
et sur simple demande à : [\\_Genre@afd.fr](mailto:_Genre@afd.fr)

Retrouvez toutes les boîtes à outils genre de l'AFD sur le site :  
[www.afd.fr/genre](http://www.afd.fr/genre)

## SYNTHÈSE

2

## PRÉAMBULE

3

### SECTION 1 : INTRODUCTION AU GENRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

5

- 1 : Le genre et le sexe : des outils et des concepts
- 2 : Des inégalités de genre dans le domaine de la santé : un bref état des lieux

### SECTION 2 : LES ENJEUX DE GENRE DANS LE SECTEUR SANTÉ

12

- Enjeu 1 : Genre et accès aux systèmes de santé
- Enjeu 2 : Genre et santé sexuelle et reproductive
- Enjeu 3 : Genre et santé maternelle, néonatale et infantile
- Enjeu 4 : Genre et violences faites aux femmes
- Enjeu 5 : Genre et santé des adolescent(e)s
- Enjeu 6 : Genre et communication pour le changement de comportement

### SECTION 3 INTÉGRER LE GENRE DANS LA PHASE D'IDENTIFICATION ET D'INSTRUCTION DU PROJET

45

- Fiche 1 : Intégration du genre dans le cycle du projet
- Fiche 2 : Clés pour une analyse genre
- Fiche 3 : Questions clés lors de l'identification
- Fiche 4 : Notations marqueur CAD/Avis développement durable et exigences minimales
- Fiche 5 : Questions clés lors de l'instruction
- Fiche 6 : Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées
- Fiche 7 : Intégrer le genre dans les études de faisabilité
- Fiche 8 : Les indicateurs
- Fiche 9 : Genre et diligences environnementales et sociales
- Fiche 10 : Dialogue avec les partenaires sur le genre

### SECTION 4 : INTÉGRER LE GENRE DANS LES PHASES D'EXÉCUTION ET D'ÉVALUATION EX POST DU PROJET

81

- Fiche 11 : Questions clés lors de la supervision
- Fiche 12 : Questions et points clés de l'évaluation *ex post*

### SECTION 5 : RESSOURCES GENRE ET SANTÉ

90

- Fiche 13 : Benchmark des pratiques des bailleurs en matière d'intégration du genre dans le secteur de la santé
- Fiche 14 : Ressources sur le genre et la santé

## ANNEXES

105

- Annexe 1 : Modalités d'utilisation du marqueur CAD/OCDE sur l'égalité hommes-femmes
- Annexe 2 : Notation de la Dimension Égalité hommes-femmes de l'Avis développement durable de l'AFD

## LISTE DES SIGLES & ABRÉVIATIONS

112

1

2

3

4

5

# SYNTHÈSE

---

## Enjeux

- ▶ Du fait des inégalités de genre existantes, les femmes participent souvent de façon limitée, voire sont exclues des processus de prise de décision relatives aux projets de santé.
- ▶ Les besoins et les usages des femmes et des hommes en matière de santé diffèrent et nécessitent une approche spécifique.
- ▶ Du fait des normes de construction de la masculinité, les hommes sont moins enclins à recourir aux systèmes de santé que les femmes et ne sont que peu impliqués dans les activités de « care », soit les activités de soin en général.
- ▶ Les politiques sectorielles en santé sont parfois considérées comme étant socialement neutres. Or elles ont des effets différents sur les hommes et les femmes du fait de leurs sexo-spécificités (aspect biologique et comportemental face à la santé), des rôles et statuts des femmes et des hommes, des rapports de pouvoir entre les genres et des interactions définissant chacun de ces rôles.

## Bonnes pratiques

- ▶ Différencier les besoins et les préférences des hommes et des femmes en matière de santé en fonction des contextes locaux.
- ▶ Assurer la participation des hommes et des femmes à toutes les étapes des projets en santé. Des sessions de consultation ou d'information séparées (*focus groups*) pour les hommes et les femmes, puis communes, peuvent être organisées afin que chacun puisse s'exprimer et être informé.
- ▶ Collecter, analyser et utiliser des données désagrégées selon le sexe sur la demande en services en santé, les volontés et capacités à payer, ainsi que sur les usagers des services de santé.
- ▶ Dans le cadre de la relation soignant-soigné, sensibiliser et appuyer les acteurs de la santé :
  - à la prise en compte et à l'adaptation aux enjeux de genre chez les patients/usagers des services de santé ; exemples : relations de pouvoir restreignant l'accès des femmes aux soins, rapport à la maladie différent selon le genre, pathologies spécifiques aux femmes et aux hommes, etc ;
  - à la lutte contre les inégalités de genre en mettant en place des mesures adaptées.
- ▶ Dans le cadre des relations entre les soignants (relation entre collègues/personnel soignant) : renforcer les compétences des politiques et des personnels soignants à la prise en compte des dynamiques de genre qui influencent les attitudes, les croyances et les pratiques des soignants individuellement.
- ▶ Mettre en place des mécanismes de financement des systèmes de santé axés sur les priorités nationales et les indicateurs de santé des femmes et des hommes.

# PRÉAMBULE

## Contexte

Depuis mars 2014, l'Agence Française de Développement (AFD) s'est dotée d'un nouveau cadre d'intervention transversal (CIT) sur le genre et la réduction des inégalités hommes-femmes dans ses activités. L'objectif de ce CIT est d'améliorer les pratiques d'intégration du genre dans les opérations de l'AFD. Pour atteindre cet objectif, les 6 axes suivants seront mis en œuvre :

- ▶ développer et mettre en œuvre des **feuilles de route** genre spécifiques aux secteurs et géographies d'intervention de l'AFD ;
- ▶ systématiser l'intégration du genre tout au long du **cycle de projet** ;
- ▶ **évaluer** et capitaliser les expériences acquises ;
- ▶ renforcer les **capacités** internes sur les questions de genre ;
- ▶ **sensibiliser** les partenaires de l'AFD sur le genre ;
- ▶ participer aux **débats** et à la **réflexion** sur le genre et le développement.

## Boîte à outils Genre et Santé

La fonction de ce document est de proposer des approches et des outils qui permettront en premier lieu de renforcer les capacités internes sur les questions du genre mais aussi de systématiser l'intégration du genre dans le cycle de projet ainsi que d'alimenter l'évaluation *ex post* et la capitalisation des expériences acquises, dans le secteur de la santé.

### Processus de développement

Cette boîte à outils Genre et Santé a été développée par Judith Hermann, avec l'appui de Sophie Biacabe, référente genre au sein de la division Santé et de l'AFD, des chefs de projets de cette division et d'Olivia Dabbous et Sarah Lahmani-Saada, de la division d'Appui environnemental et social (AES). Elle a bénéficié d'une relecture des membres de l'équipe de consultants en charge du développement des outils genre dans les autres secteurs.

Les outils sectoriels s'appuient sur l'expérience acquise par l'AFD dans le domaine du genre et sur les bonnes pratiques chez les autres bailleurs et les ONG. Ils ont été discutés et validés par les chefs de projet individuellement ou en petit groupe ainsi que lors de journées de formation sectorielles.

## Contenu et mode d'emploi

Plus précisément, cette boîte à outils a pour objectifs :

- ▶ de guider les personnels opérationnels de l'AFD à toutes les étapes du cycle de projet et en fonction du type de projet pour identifier les enjeux de genre des projets dont ils ont la charge ;
- ▶ de proposer des stratégies précises reflétant les bonnes pratiques existantes, sur les différentes thématiques du secteur de la santé ;
- ▶ d'orienter le travail des chargés de projet, au siège et dans les agences, des responsables géographiques et des consultants (expertise technique comprise) dans la traduction de la stratégie genre de l'AFD dans le secteur de la santé ;
- ▶ de fournir des outils pratiques, basés sur des questionnements opérationnels et de proposer une démarche visant l'intégration du genre tout au long du cycle de projet en fonction des enjeux du secteur et des sous-secteurs ;
- ▶ d'appuyer les agents et chefs de projet dans l'élaboration de composantes ou sous-composantes genre et dans le développement d'activités visant la réduction des inégalités hommes-femmes.

La boîte à outils fournit un cadre général, c'est un **outil générique adapté au secteur** de la santé, il n'a pas de visée universelle. L'ensemble des fiches et actions proposées ne sont pas pertinentes pour toutes les situations et celles choisies **devront être adaptées en fonction du contexte (géographie, outil financier, etc.)**, et des objectifs principaux des projets.

Cette boîte à outils sectorielle a été développée à partir d'une revue des pratiques et outils existants parmi les bailleurs de fonds travaillant sur le genre et d'entretiens avec les chargé(e)s de projet AFD sur leurs pratiques ainsi que leurs demandes en matière d'intégration du genre.

Ce manuel comprend 5 sections :

- ▶ La **section 1** est une introduction et une présentation des concepts clés de la problématique de genre.
- ▶ La **section 2** présente les grands enjeux de genre et d'égalité des sexes dans le secteur de la santé. L'objectif est de donner quelques illustrations structurant les inégalités de genre et de présenter des exemples de bonnes pratiques pour répondre aux défis posés par les enjeux identifiés.
- ▶ Les **sections 3 et 4** sont dédiées à la présentation des fiches opérationnelles critiques pour les chargé(e)s de projet. Elles incluent des fiches synthétiques sur l'intégration du genre dans le cycle de projet et des fiches-outils dont l'objectif est de guider les chargé(e)s de projet en expliquant quelles activités sont nécessaires à quel moment du cycle pour bien s'assurer d'une prise en compte du genre. La **section 3** concerne la phase d'identification et d'instruction du projet, la **section 4** concerne les phases d'exécution et d'évaluation *ex post*.
- ▶ La **section 5** présente les pratiques des autres bailleurs et fournit des ressources sur le genre dans le secteur de la santé.

Ce manuel fait partie d'un ensemble de manuels sectoriels. Une boîte à outils concernant l'intégration du genre dans les diligences environnementales et sociales a également été réalisée. Des **profils genre pays** ont également été élaborés par la division AES, et peuvent également être consultés pour contextualiser les enjeux de genre en fonction des pays d'intervention.

Ce manuel est une boîte à outils : il peut être envisagé comme un ensemble ou bien partie par partie, fiche par fiche. Les lecteurs intéressés par une présentation des principaux enjeux de genre dans le domaine de la santé se référeront à la deuxième section ; ceux cherchant des outils opérationnels consulteront plutôt les sections 2, 3, 4 ou 5 en fonction de leurs besoins.

Chacune de ces sections et chacune des fiches qui les composent peuvent être consultées et utilisées indépendamment. Cependant, du fait de la transversalité de certains enjeux, certaines fiches font référence à d'autres. Ces références sont signalées par des liens **en gras et bleu**. Si ce document est consulté sous forme électronique, il est possible de cliquer sur ces **liens hypertextes** pour ouvrir la fiche ou la section à laquelle renvoie le lien.

La **fiche 1** : **Intégration du genre dans le cycle du projet** récapitule les actions à mener pour introduire le genre aux différentes étapes du cycle et répertorie les fiches-outils associées.

# SECTION 1

## INTRODUCTION AU GENRE DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

Cette section comporte les éléments suivants :

Le genre et le sexe : des outils et des concepts – p. 6

Des inégalités de genre dans le domaine de la santé : un bref état des lieux – p. 10

Ces deux termes, sexe et genre, désignent deux réalités différentes. Ils sont pourtant parfois employés l'un pour l'autre ou ne sont pas distingués. Déterminer et comprendre ce que recouvrent ces deux termes permettra de mieux appréhender les situations et de les analyser, pour agir.

On peut considérer en première approche que le sexe est « *anatomiquement et physiologiquement déterminé et que le genre renvoie à l'expérience contingente de l'individu comme homme ou femme* ». (Bereni *et al.*, 2012 : 25). Toutefois, ces définitions ont connu plusieurs évolutions et ces termes désignent aujourd'hui des réalités plus fines et qui dépassent la dichotomie nature-culture.

## Le sexe

Comprendre et définir le terme « sexe » est d'autant plus nécessaire qu'une des thématiques centrales des projets Santé concerne la santé sexuelle et de la reproduction, ainsi que la santé maternelle.

Le terme « sexe » désigne, aujourd'hui, les attributs sexuels primaires (les organes génitaux) et secondaires (la poitrine, la barbe, la musculature), des mâles et femelles. Il est utilisé autant pour les animaux que pour les humains. Toutefois et comme l'ont montré de nombreux auteurs (Butler, Laqueur, Mead, cf. références bibliographiques en [section 5](#)), son sens est marqué par une naturalisation et une essentialisation des hommes et des femmes qui varient dans le temps et selon les contextes.

Les travaux de l'historien Thomas Laqueur (1992) donnent à voir la manière dont le terme « sexe » a été « fabriqué » pour constituer une différence entre les hommes et les femmes. Cet auteur montre que, durant l'antiquité et le Moyen Âge, les organes génitaux masculins et féminins sont envisagés comme deux pôles opposés d'un *continuum* à une seule dimension. La différence des sexes ne s'invente qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle. Les organes génitaux des deux sexes sont alors perçus comme ayant chacun une nature distincte et incommensurable (Bereni *et al.*, 2012 : 30).

Ainsi, le sexe tel que nous l'entendons habituellement est déjà le fruit d'une représentation, d'une construction historiquement située, dont l'analyse révèle un fait central : le terme « sexe » est déjà social. Cette idée est importante car l'usage du terme « sexe » renvoie à la nature et conduit à une naturalisation du genre et ainsi « *sert souvent à justifier les inégalités* » (Bereni *et al.*, 2012 : 24).

## Le genre

**Le genre** est à la fois un concept et un outil d'analyse.

En tant que **concept**, il désigne ensemble deux entités : le féminin et le masculin ou encore les hommes et les femmes.

En tant **qu'outil d'analyse**, il permet de mettre en évidence la manière dont chacun des sexes (genre) est « construit », soit les rôles, statuts et les identités auxquels les sociétés les invitent ou les contraignent à adhérer. Il permet également de voir comment les individus les investissent, quels outils les groupes utilisent pour contrôler le respect de ces normes, et enfin, comment les acteurs (société, communautés, individus) font évoluer ces normes ou en créent de nouvelles.

Il s'agit donc de comprendre comment la société est structurée en portant une attention spécifique à un des plus importants et centraux couples d'opposition structurant : le masculin et le féminin. Cette structuration des relations entre les genres (ou le genre) est donc par essence variable d'un contexte à l'autre, selon les évolutions historiques, sociales, économiques, politiques, etc.

Le concept de genre comporte 4 dimensions analytiques centrales : (1) le genre est une construction sociale, (2) le genre est un processus relationnel, (3) le genre est un rapport de pouvoir, (4) le genre est imbriqué dans d'autres rapports de pouvoir (Bérénis *et al.*, 2012 : 7-10) :

- (1) la différence des sexes n'est pas réductible à la biologie et n'est pas immuable. Ni la féminité ni la masculinité ne sont des données essentielles et biologiques mais sont des comportements socialement attendus des hommes et des femmes (*ibid* : 7) ;



- (2) les deux sexes sont socialement construits dans un rapport d'opposition ou de référence (ce qui n'est pas masculin est féminin ou inversement). On ne peut dès lors étudier ou comprendre ou vouloir agir sur ce qui relève du féminin sans prendre en compte le masculin ou ce qui relève des hommes (et inversement). Les études ou les travaux sur le genre (ou encore les actions relevant du genre ou en ayant la volonté) s'intéressent donc tout autant aux femmes et au féminin qu'aux hommes et au masculin (*ibid* : 8) ;
- (3) les relations sociales entre les sexes ou de genre sont (ou peuvent être appréhendées) en tant que relation de pouvoir, c'est-à-dire que « *le rapport entre les sexes est hiérarchisé : dans la quasi-totalité des sociétés connues, la distribution des ressources (économiques, politiques) et des valorisations symboliques (reconnaissance, statut, etc.) tend à être inégale, avec des modalités et une intensité variables* » (*ibid* : 9) – cf. Françoise Héritier et le concept de « valence différentielle des sexes »<sup>1</sup> ;
- (4) les rapports de genre sont à l'« intersection » d'autres rapports de pouvoir (classe, race, âge, sexualité, etc.). Les catégories de genre ne sont pas homogènes, elles sont traversées par de multiples tensions et clivages.

En tant qu'outil d'analyse, le genre (ou l'analyse faite à partir ou dans une perspective genre) permet de comprendre ce que signifie d'être « homme » ou « femme » dans un contexte socioculturel et économique donné. Il permet également d'évaluer les relations de pouvoir inégales entre hommes et femmes. Une analyse en termes de genre débouche également sur la compréhension des contraintes vécues par les hommes et les femmes, notamment quant aux rôles, comportements, aux conceptions du monde spécifiques à leur genre et définis par les sociétés. Cette construction des genres a également des incidences sur les opportunités de développement économique et social et produit des inégalités sociales plus ou moins fortes dont les femmes, généralement, pâtissent le plus.

L'intégration du genre dans un projet ou un programme de développement revient alors à considérer séparément les actions, les positions et les valeurs respectives des hommes et des femmes dans tous les cas de figures et quelle que soit l'étape du projet envisagée. Tout découle de cette posture à chaque étape du projet :

- recueil de données désagrégées de types qualitatif (données anthropologiques et sociologiques) et quantitatif (statistiques, données chiffrées) ;
- analyse de la situation de départ (phase d'identification) ;
- analyse en fonction du genre sur les divers aspects concernant le projet (par exemple, question de l'accès à l'information : les hommes et les femmes ont-ils connaissance de l'existence du centre de soins maternels et infantiles, qu'en pensent-ils ? etc.) ;
- examen des objectifs du projet à l'aune de la différence des genres ;
- réévaluation des objectifs dans la perspective d'une réduction des inégalités de genre ou liées au genre (par exemple, sensibiliser les hommes et les femmes de manière conjointe à l'existence des centres de santé de la reproduction et de santé maternelle et infantile) ;
- mise en place d'indicateurs de suivi (par exemple : quel taux de fréquentation du centre de santé ? Les femmes sont-elles accompagnées de leur mari, et sinon par qui ? Qui paie la consultation de santé ? etc.) ;
- adaptation des programmes et des activités aux phases intermédiaires ;
- suivi *ex post* des programmes.

<sup>1</sup> Françoise Héritier, *Masculin-Féminin I. La Pensée de la différence*, Paris, Odile Jacob, 1996 ; rééd. 2002.

## Des concepts clefs : glossaire<sup>2</sup>

**Masculinités** : se réfère aux définitions socialement construites de ce qu'est être un homme, et implique l'existence de définitions multiples, changeantes et différentes de la masculinité, et de la façon dont on attend que les hommes se comportent.

**Patriarcat** : se réfère aux déséquilibres et pratiques culturelles historiques de pouvoir qui confèrent du pouvoir aux hommes (principalement les hommes âgés, mais également dans certains contextes, les garçons) et assurent à ceux-ci plus de bénéfices matériels et une meilleure position sociale qu'aux femmes et aux filles, aussi bien dans la sphère privée que publique.

**Équité des genres** : traitement équitable des hommes et des femmes, ou impartialité. Pour la garantir ou la mettre en place, il faut avoir accès à des mesures capables de compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes d'agir sur un pied d'égalité avec les hommes. Les stratégies appliquées en ce sens visent à parvenir à l'égalité des genres. L'équité est donc un moyen et l'égalité une fin.

**Égalité** : les personnes sont considérées comme égales en droits et en devoirs. L'égalité des genres est la possibilité, pour les femmes comme pour les hommes, de jouir à part égale des droits de la personne, des biens estimés par la société, des possibilités, des ressources et des avantages sociétaux.

**Égalité formelle** : qui peut se comprendre comme l'égalité des chances, assure aux femmes les mêmes chances qu'aux hommes en termes d'accès aux ressources sociales, économiques et politiques. Cette égalité est souvent garantie par le droit/les lois, mais elle n'est pas pour autant respectée et/ou appliquée.

**Égalité réelle** : qui peut se comprendre comme l'égalité de résultats. S'intéresse à différents besoins et à différentes conditions de vie qui peuvent faire obstacle à la jouissance des mécanismes d'égalité formelle ou, au contraire, la faciliter.

**Ces deux types d'égalité sont nécessaires pour réaliser le droit des femmes et des filles à la santé<sup>3</sup>**

**Parité** : la représentation à part égale dans les instances de décision politiques, économiques, juridiques, etc. La parité est décidée au niveau politique parce que les sociétés n'offrent spontanément pas le même accès pour les deux sexes aux statuts ou aux rôles (par exemple, la parité en politique). Dans ces cas, la loi vient renforcer les dispositifs existants pour que les femmes (ou les minorités ethniques, religieuses, etc.) accèdent à ces postes, statuts et rôles.

**Empowerment** : vise l'autonomie, la multiplication et/ou la diversification des choix des personnes. Il s'agit d'avoir une plus grande liberté d'action sur sa propre existence. L'autonomisation, qui sous-tend la notion de renforcement du pouvoir, est la capacité soutenue qu'ont les individus et les organisations de décider librement, en toute connaissance de cause et de manière autonome.

**Care** : le *care* est une pratique qui a pour but le maintien, la perpétuation ou la réparation du groupe familial<sup>4</sup> (également appelées « activités reproductives » : tâches domestiques, soins des enfants, des personnes âgées et des malades, par exemple). Les femmes et plus généralement les personnes marginalisées sont celles qui ont le plus souvent la charge du *care*. Même s'il existe des exceptions, on constate dans la plupart des sociétés que filles et garçons sont éduqués selon ce modèle. La répartition inégale des activités de *care* a des impacts importants sur les femmes et les filles, et plus globalement, en termes de développement : déscolarisation des filles, manque de temps pour investir une activité rémunératrice, pour participer aux réunions et aux décisions, ... n'en sont que quelques exemples. En matière de santé, cela induit également une exposition accrue aux maladies transmissibles (par exemple, il a été reconnu que les femmes étaient davantage victimes du virus Ebola, du fait qu'elles devaient soigner les malades puis s'occuper des morts).

<sup>2</sup> Ce glossaire a été composé à partir de différentes sources : Division des Nations unies pour la promotion de la femme, 2003 ; Bereni *et al.*, 2012 ; etc.

<sup>3</sup> [http://www.who.int/gender/events/2010/iwd/who\\_response/fr/](http://www.who.int/gender/events/2010/iwd/who_response/fr/)

<sup>4</sup> Lorsque ces activités quittent la sphère privée et qu'elles relèvent du monde professionnel rémunéré, on constate que certaines sont investies par l'autre sexe. Cf. Pause genre n° 13 « Le travail domestique non-rémunéré (*unpaid care work*), clé de voûte des inégalités », in AFD (2015), *L'essentiel sur les enjeux de genre et de développement*. [http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/GENRE/pdf/AFD-essentiel-genre-et-developpement\\_Pauses-Genre.pdf](http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/GENRE/pdf/AFD-essentiel-genre-et-developpement_Pauses-Genre.pdf)

## Genre et développement

**La conférence de Pékin** organisée en 1995, a permis le passage d'une approche appelée « femme et développement », qui visait uniquement à satisfaire les besoins pratiques des femmes sans remettre en question les inégalités basées sur le sexe, à une approche dite « genre et développement », dont l'objectif final est la réduction des inégalités et une plus grande autonomisation des femmes. L'atteinte de cet objectif est rendue possible par une remise en cause des rapports de pouvoirs et de dominations existant entre les femmes et les hommes ainsi qu'un accès universel aux droits.

L'approche genre ou l'intégration du genre dans les projets de développement vise l'égalité des droits et son application dans les faits eu égard aux opportunités d'accès et de contrôle des ressources par les femmes et les hommes qu'offrent les projets. Ceci inclut l'égalité entre les sexes dans le domaine de la participation décisionnelle et politique, ainsi que la valorisation et la reconnaissance sociale et économique des rôles et contributions des deux sexes dans les sphères privée et publique. L'approche genre et développement vise à fonder une société plus juste et plus égalitaire, privilégie un développement centré sur l'humain, des relations égalitaires entre les femmes et les hommes et un développement durable et solidaire.

L'atteinte de ces objectifs passe obligatoirement par l'éradication des préjugés et des stéréotypes sexués qui constituent autant de barrières à l'égalité, par une redéfinition et une revalorisation des rôles « traditionnellement » attribués aux femmes et aux hommes dans la société. L'approche genre appliquée aux actions de développement permet une participation plus égalitaire et une allocation des ressources entre femmes et hommes qui contribuent à réduire les écarts initiaux.

Plusieurs auteurs et acteurs du développement ont posé le constat selon lequel « *les femmes sont exclues du processus de développement en tant que bénéficiaires et que leurs rapports de pouvoir avec les hommes sont inégaux* ». En matière d'approche Genre et Développement, on parle d'égalité des chances et des droits, et d'équité femmes-hommes en matière de bénéfices découlant des processus de développement.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que « certains problèmes de santé touchent hommes et femmes indifféremment, mais comme les conséquences peuvent être différentes ou plus marquées pour les femmes, il faut adapter les solutions à leurs besoins particuliers. D'autres affections touchent les deux sexes de manière plus ou moins équivalente, mais les femmes ont plus difficilement accès aux soins requis. Par ailleurs, les inégalités fondées sur le sexe, par exemple en matière d'instruction, de revenus et d'emploi, restreignent la capacité des filles et des femmes à protéger leur santé et à parvenir à un état de santé optimal. » (2009). Par ailleurs, tous les pays n'ont ni le même niveau de développement économique et sanitaire, ni le même niveau d'organisation politique. D'après le rapport de la quatrième conférence mondiale sur les femmes, la réduction des budgets et, dans certains cas, les ajustements structurels, contribuent à la détérioration des systèmes de santé publique dont les conséquences sanitaires sont visibles et manifestes, tout particulièrement pour les femmes, comme l'a montré récemment l'épidémie Ebola, par exemple.

### Les femmes et la santé

S'il est reconnu que l'espérance de vie est plus élevée chez les femmes, néanmoins, « cela ne constitue pas un indicateur exhaustif : les années supplémentaires que vivent les femmes ne sont pas toujours vécues en bonne santé. Dans les pays à faible revenu en particulier, l'écart d'espérance de vie entre les deux sexes est faible (un an seulement) et dans plusieurs pays, l'espérance de vie en bonne santé est moins élevée pour les femmes que pour les hommes » (OMS, 2009 : 6)

Un certain nombre de facteurs sanitaires et sociaux (accès inégal à l'information, aux soins sanitaires de base, etc.) ainsi que les inégalités de genre font que les femmes ont globalement une moins bonne qualité de vie.

En 2015, la conférence de la CSW (Commission de la condition de la femme), appelée également « Beijing +20 », met en évidence la persistance des inégalités de santé dont les femmes sont victimes dans le monde. La discrimination fondée sur le sexe et les violences de genre (physique et sexuelle) induisent pour elles des risques sanitaires accrus (notamment le risque de contracter des maladies comme le sida, le paludisme, etc.), renforcés par un manque d'accès aux structures de santé et à une prise en charge de la maternité, ainsi qu'à une nutrition saine et adaptée à leurs besoins (OMS, 2009).

Par ailleurs, la grossesse et l'accouchement continuent de constituer un danger physique pour les femmes. Le faible accès à des soins de qualité a des conséquences dramatiques pour la santé des femmes, des nouveau-nés et des jeunes enfants.

La violence sexuelle, y compris les sévices physiques (tels que les mutilations génitales) et psychologiques, la traite des femmes et des petites filles, l'exploitation sexuelle et autres mauvais traitements perdurent. D'autres problèmes de santé touchent de plus en plus les femmes, comme les troubles mentaux liés au surmenage et au stress, à la marginalisation, à la toxicomanie et à la précarité, etc.

Pour résumer, les **facteurs socioculturels** empêchant les femmes et les jeunes filles de bénéficier de services de santé de qualité et de rester en bonne santé sont les suivants :

- ▶ des relations de pouvoir déséquilibrées entre hommes et femmes (pesant sur les décisions de dépenses en matière de santé, notamment) ;
- ▶ des normes sociales qui réduisent leur accès à l'éducation, à des emplois rémunérés et aux ressources économiques ;
- ▶ un accès limité à la santé en général et à la santé reproductive et génésique en particulier (dû aux restrictions citées précédemment) ;
- ▶ une vision de la femme centrée exclusivement sur son rôle procréateur ;
- ▶ les violences physiques, sexuelles et émotionnelles ;
- ▶ des habitudes alimentaires (malnutrition) et l'utilisation de combustibles dangereux pour la cuisine (intoxication).

Il faut également noter que, si la pauvreté représente un obstacle important à l'amélioration de la santé des hommes comme des femmes, elle tend toutefois à faire peser une charge encore plus lourde sur la santé des femmes et des jeunes filles.

## Les hommes et la santé

Bien que les hommes soient souvent mieux dotés économiquement et aient un meilleur accès à la prévention et aux soins, ils ont bien souvent une espérance de vie moins élevée que celle des femmes, à niveau socio-économique équivalent. Cela peut être expliqué par des facteurs biologiques (un système immunitaire différent notamment) mais également socioculturels. Ainsi, les hommes, du fait de leur socialisation de genre et de la définition de la masculinité, sont plus nombreux à adopter des comportements à risques.

La construction de la masculinité renvoie aux modes de socialisation des hommes, à la volonté d'adhérer aux normes standardisées de la masculinité (variables d'un contexte à l'autre, mais présentant un certain nombre de récurrences). Parmi les normes de socialisation masculine, on retrouve fréquemment :

- ▶ la performance, dont le corollaire négatif est la honte de l'échec ;
- ▶ la répression des émotions qui peut conduire à une difficulté à évaluer et à déterminer les sources de stress et les frustrations ;
- ▶ le rejet du féminin, qui peut conduire à l'homophobie, au mépris des femmes ou à la dépendance à leur endroit ;
- ▶ l'idée que l'homme est responsable du revenu du

foyer (ou du moins du revenu principal). Le chômage ou l'absence d'emploi peuvent donc fragiliser leur identité, au point parfois d'adopter des conduites violentes ou déviantes ;

- ▶ la valorisation de l'autonomie qui peut aller jusqu'à l'isolement affectif ;
- ▶ le fait de valoriser l'autonomie et de considérer l'appel à l'aide comme une faiblesse ;
- ▶ la volonté d'affirmer sa virilité ;
- ▶ la valorisation de la force et de la violence, qui va de pair avec une dévalorisation de la parole (Tremblay, L'Heureux, 2010).

De manière générale, **la question de l'égalité hommes/femmes en termes d'accès aux soins de santé, de qualité de la prise en charge et d'évolution des pratiques, nécessite de porter une attention particulière à l'implication des hommes**. Cette implication a lieu à deux niveaux : au premier niveau, il s'agit de les inviter à consulter plus tôt/plus régulièrement les structures de santé. Au deuxième niveau, il s'agit de les impliquer dans la santé génésique, dans la santé maternelle et infantile, ainsi que dans la planification familiale. Divers exemples de bonnes pratiques sont présentés dans cette boîte à outils afin de donner des pistes pour aider les hommes à investir ou « réinvestir » leurs rôles de père et/ou de mari.

## LA POLITIQUE D'ÉGALITÉ DES FEMMES ET DES HOMMES FACE À LA SANTÉ (OMS, 2002:3)

### Les principaux points d'inégalité DU CÔTÉ DES FEMMES

- ▶ La santé sexuelle et de la reproduction (ou génésique).
- ▶ Les violences physiques, psychologiques (viols, violences domestiques, abus sexuels, etc.).
- ▶ Un faible accès aux ressources (notamment celles du ménage) et donc aux soins de santé.
- ▶ Une asymétrie dans le travail du *care*.
- ▶ Des troubles mentaux liés aux stress, à la faible estime de soi et à la charge de travail.

### Les principaux points d'inégalité DU CÔTÉ DES HOMMES

- ▶ Métiers et conduite à risques plus fréquents (virilité associée avec « ne pas trop prendre soin de soi »).
- ▶ Accès aux soins de santé retardés, là encore en raison des caractéristiques et normes de la masculinité.
- ▶ Faible prise en compte des maladies chroniques.
- ▶ Addictions.

# SECTION 2

## LES ENJEUX DE GENRE DANS LE SECTEUR SANTÉ

Cette section présente les principaux enjeux de genre et d'égalité des sexes dans le secteur de la santé. Pour chacun des enjeux, il est présenté : une synthèse, les questions clés, les stratégies et bonnes pratiques pour répondre à ces enjeux, ainsi que les indicateurs s'y rapportant.

**Cette section comporte les éléments suivants :**

**Enjeu 1 :** Genre et accès aux systèmes de santé – p. 13

**Enjeu 2 :** Genre, santé sexuelle et reproductive ; planification familiale – p. 20

**Enjeu 3 :** Genre et santé maternelle, néonatale et infantile – p. 26

**Enjeu 4 :** Genre et violences faites aux femmes – p. 33

**Enjeu 5 :** Genre et santé des adolescent(e)s – p. 38

**Enjeu 6 :** Genre et communication pour le changement de comportement – p. 43

La santé est considérée comme un bien public mondial et l'accessibilité à des soins de santé de qualité occupe un rang très élevé parmi les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Une amélioration notable de la situation sanitaire est devenue un préalable indispensable pour permettre aux pays en développement de rompre le cycle de la pauvreté.

L'accès aux soins de santé est marqué par l'existence d'inégalités de genre. Celles-ci sont complexes et multifformes et se manifestent dans tous les aspects de la santé : en termes de santé des populations (hommes et femmes, aux différents âges de la vie) ; au sein même des infrastructures de santé au niveau de la qualité des soins délivrés aux populations et parmi les professionnels soignants (personnels de santé soumis aux normes de genre) ; en termes d'accès aux soins de santé (différents pour les hommes et les femmes) ; dans les politiques et programmes de santé aux niveaux nationaux et internationaux.

## Des facteurs d'inégalités liés à l'offre de santé

De manière générale, les obstacles freinant l'accès à des soins de santé sont :

- ▶ absence ou faiblesse du maillage du territoire en centres de santé ou en offre de santé/faiblesse des infrastructures (surtout au niveau primaire) ;
- ▶ corruption et népotisme ;
- ▶ mauvaise qualité des services de santé ;
- ▶ manque de personnel et de personnel qualifié ;
- ▶ acheminement en consommable/intrant irrégulier ;
- ▶ mauvaise qualité de l'accueil et de la prise en charge ;
- ▶ inadéquation entre l'offre et la demande de santé, notamment pour des raisons culturelles (ex. une médecine inhospitalière).

En tant qu'organisation sociale, les systèmes de santé sont traversés par et reproduisent les inégalités de genre ayant cours dans la société. Les systèmes de santé présentent un certain nombre d'inégalités dont la nature et les facteurs varient d'un contexte à un autre : inégalités d'accès aux services de santé, inégalité de traitement des patients hommes et femmes, inégalités dans le monde professionnel du secteur, normes culturelles et religieuses, et/ou représentations de la maladie et de la santé. Sont présentés ci-après les principaux enjeux ainsi que des pistes pour y répondre.

Liées aux représentations de la santé et du genre (rôle des hommes et des femmes, relations de pouvoir, valeur, etc.), **les pratiques de soins des professionnels de santé peuvent être discriminatoires à l'encontre des hommes ou des femmes selon les contextes**. Par exemple, les soignants peuvent porter moins d'attention à la santé des hommes, considérés généralement comme en bonne santé ou du fait qu'ils recourent moins aux systèmes de santé. Dans de nombreux pays, les indicateurs de santé maternelle témoignent d'une faible prise en charge ou de

mauvaise qualité des soins aux parturientes (voir **Enjeu 3 : Genre et SMNI**). Dans certains contextes, comme en Ethiopie, au Mali, en RDC, la santé des femmes est considérée comme moins importante que celle des hommes, pour deux raisons : i) les femmes sont envisagées comme ayant moins de valeur que les hommes ; ii) ce qui est jugé prioritaire par ces sociétés n'est pas la santé des femmes, mais leur capacité à assurer la prise en charge/le soin de l'ensemble de la famille et assurer le « bon fonctionnement de la maison ». La charge du travail domestique peut constituer un frein à leur prise en charge médicale ou à leur rétablissement en cas de maladie.

**Les soignants et les bénéficiaires ne sont pas conscients de l'existence de ces biais**, perpétuant et reproduisant les stéréotypes de genre propres à leur culture et à leur société. Dès lors, la collecte et l'analyse de données désagrégées sur l'accès aux services de santé permettent d'ajuster les stratégies et les leviers d'action des projets.

## Genre et ressources humaines

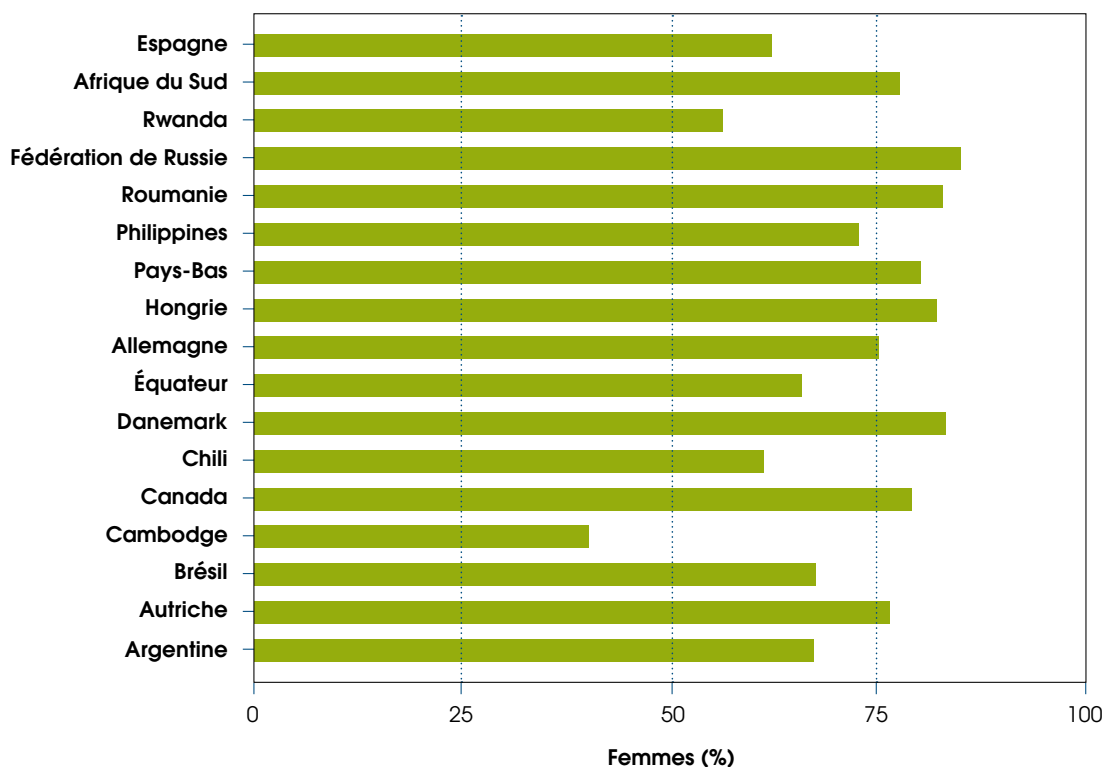
Les systèmes de santé sont traversés par les inégalités de genre ayant cours dans les sociétés où ils sont implantés et peuvent contribuer à les perpétuer. Ainsi, la hiérarchie et la structure d'un système de santé peuvent être discriminatoires à l'égard des femmes, non seulement en termes d'accessibilité aux services (voir *infra*), mais aussi en termes de ressources humaines.

L'intégration d'une approche genre dans les projets visant l'amélioration des systèmes de soins peut donc constituer une opportunité de travailler sur les inégalités de genre au sein des ressources humaines du système (conditions de travail, rémunération, gestion des carrières, mobilité géographique, ...), ainsi que sur les questions de formation (initiale / continue).



Dans de nombreux pays, comme le montre le graphique ci-après, les femmes représentent plus de 75 % de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé et constituent le pilier du personnel de santé, formel ou informel.

**PART DES FEMMES DANS LE PERSONNEL DE SANTÉ DE CERTAINS PAYS (1989-1997)**



Sources : Gupta N et al. ; Lavallée R, Hanvoravongchai P, Gupta N.

Toutefois, les femmes occupent majoritairement les niveaux inférieurs des professions de la santé (infirmières, sages-femmes, agents de santé communautaire, aides-soignantes...), et tendent à être minoritaires parmi les spécialistes les plus qualifiés (médecins, gestionnaires, cadres de santé...).

Cette sous-représentation des femmes aux postes hiérarchiques peut diminuer l'attention portée aux conditions spécifiques d'emploi des femmes ainsi qu'à leurs besoins de santé propres, et accroître les risques de harcèlement sexiste et de dévalorisation du travail effectué par les femmes. De même, une faible attention portée aux enjeux de genre, notamment en santé sexuelle et reproductive, peut décourager les hommes de s'impliquer, au côté de leur femme, sur ces questions. En outre, le personnel de santé lui-même est soumis aux normes de genre du contexte local et, dès lors, perpétue les inégalités de genre en matière de santé.





## Les compétences numériques au service de l'amélioration de la formation des sages-femmes pour les populations indigènes du Mexique

**Au Chiapas (Mexique)**, le taux de mortalité maternelle fluctue entre 80 et 90 pour 100 000. Dans certains États, ce taux est supérieur à 200 et l'on dénombre un gynécologue seulement pour 17 654 femmes. Les femmes indigènes, peu instruites, de toutes les régions d'Amérique latine ont trois fois plus de risques de mourir pendant leur grossesse et leur accouchement que les femmes non autochtones.

L'ONG à but non lucratif CASA a ouvert la première école privée de sages-femmes agréée par le gouvernement mexicain en 1994 et a aidé le gouvernement de l'État de Guerrero à ouvrir la deuxième école publique de sages-femmes du pays en 2012. Le projet « Compétences numériques au service des sages-femmes » élaboré par l'association en partenariat avec les gouvernements des États de Guerrero et de San Luis Potosi, les ministères de la Santé et de l'Éducation et plusieurs fondations a permis de former davantage de sages-femmes indigènes. Il a contribué également à améliorer la qualité des programmes de ces deux écoles en intégrant des

formations numériques afin d'augmenter le nombre de sages-femmes indigènes compétentes et diplômées d'écoles de sages-femmes agréées par le gouvernement du Mexique.

Une équipe de 12 sages-femmes a également été formée pour devenir des mentors.

CASA continue à travailler en étroite collaboration avec les autorités de santé pour s'assurer que des sages-femmes autochtones sont recrutées, en particulier dans les maternités et hôpitaux des régions rurales. L'association interviendra également auprès des autorités de santé et les aidera à ouvrir une troisième école publique d'ici à la fin de 2014.

Ce projet est porté par l'association CASA en partenariat avec le gouvernement de l'État de Guerrero, le gouvernement de l'État de San Luis Potosi, les ministères de la Santé et de l'Éducation du Mexique, ainsi qu'avec les fondations John D. et Catherine T. Mac Arthur Foundation, Kellogg Foundation, Azteca Foundation, Good Will Foundation.

Source : <http://fondation-sanofi-espoir.com/ong-competences-numeriques-sages-femmes-mexique.php>



## Répondre aux besoins des clientes pour augmenter la fréquentation des services de santé

Dans un dispensaire de soins de santé primaires MaxSalud situé dans une communauté périurbaine du **Pérou**, les administrateurs se sont préoccupés en 2000 des faibles taux de fréquentation de leur services par leur clientèle cible, principalement féminine. Une enquête a établi que les femmes répugnaient à consulter un gynécologue masculin pour des services de santé de la reproduction, depuis la mutation de la sage-femme dans un autre dispensaire. MaxSalud

a réduit les prix, lancé une campagne publicitaire agressive pour faire connaître les nouveaux tarifs et fait appel à une nouvelle sage-femme certifiée, tout cela dans le cadre des mesures d'amélioration de la qualité des soins. Les taux d'utilisation des services ont enregistré une hausse spectaculaire. Les clientes se sont déclarées extrêmement satisfaites des services de santé et ont marqué une préférence pour les prestataires de sexe féminin.

Source : D. Santillan et M. E. Figueroa. 2001. Implementing a Client Feedback System to Improve NGO Healthcare Services in Peru. QA Operations Research Results Series. No. 2(2). Bethesda, MD: Quality Assurance Project pour l'Agency for International Development des États-Unis (USAID).

## Genre et infrastructures de santé

La construction et la réhabilitation des infrastructures de santé peuvent contenir des enjeux de genre.

Il peut être pertinent de prendre en compte les enjeux de genre dans les **diligences environnementales et sociales** qui sont menées dans le cadre des composantes infrastructures des programmes financés (voir la **Fiche 9 : Genre et diligences environnementales et sociales**), en particulier dans le cas où un déplacement (même temporaire) de population est nécessaire.

Un autre point d'entrée peut être celui du **design de ces infrastructures** :

- ▶ accès général facilité et sécurisé pour les femmes et jeunes filles la nuit (éclairage, gardien...)
- ▶ séparation des commodités ;
- ▶ chambres séparées ou possiblement mixtes selon les contextes ;

▶ séparation des parcours des femmes et des hommes vers les salles d'examen qui nécessitent un déshabillage total ou partiel (ex. radiologie, IRM, etc.) ;

▶ salles d'attente et salles communes pour les familles accompagnant un malade (selon les contextes, assurer la non-mixité des salles) ;

▶ capacité d'accueil des membres de la famille accompagnant un malade ;

▶ amélioration de la capacité et de la qualité des logements des personnels de santé, en particulier dans les zones rurales, pour favoriser le recrutement de femmes (logement pouvant accueillir leur famille, par exemple) et la rétention du personnel qualifié (hommes et femmes) dans ces zones (cf. point précédent sur les ressources humaines).

## Des facteurs d'inégalités liés à la demande de santé

### Des facteurs géographiques, économiques et éducatifs

Dans un même pays, l'accès à la santé des filles et des femmes peut être très variable car il est fortement corrélé à des facteurs sociaux et économiques comme l'accès à l'éducation, le niveau économique de la famille et le lieu de résidence (urbain/rural notamment). Les filles et les femmes qui vivent dans des familles prospères sont moins exposées au risque de mortalité et ont un meilleur accès aux services de santé que celles qui vivent dans les familles les plus pauvres. De même, les femmes ayant un accès à une meilleure éducation et des soins de santé envoient leur enfants à l'école et prennent mieux en charge les besoins médicaux de la famille, ce qui profite également aux hommes.

**Plusieurs obstacles limitent l'accès des femmes aux services de santé :**

- ▶ la restriction de leur mobilité due aux normes imposées par la société ou aux responsabilités qui leur sont attribuées envers les autres membres de leur famille (garde des enfants, des personnes âgées, des malades) ;
- ▶ un moindre accès aux ressources financières, ne permettant pas aux femmes de financer un recours (ponctuel/suivi) aux soins ;

▶ les normes sexo-spécifiques font souvent passer la santé des enfants et des hommes avant celle des femmes ;

▶ limitées par les schémas paternalistes de prise de décision et de communication entre les prestataires de soins de santé et les clients et peu encouragées à prendre la parole lors de leur socialisation, les femmes n'osent pas forcément poser des questions pendant les consultations de santé.

L'organisation et les normes des centres de santé peuvent renforcer les divisions genrées ou aller à l'encontre des pratiques traditionnelles. Ainsi, la médicalisation de l'accouchement a pour conséquence que les femmes doivent 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.

**Les facteurs limitant la demande de santé sont majoritairement de trois ordres :**

**(1) L'absence/la faiblesse des infrastructures et le coût des services – les besoins ne sont pas couverts physiquement :**

- ▶ distance trop importante entre le domicile et le centre de santé ;
- ▶ manque de connaissances sur la santé et sur les structures de santé existantes générant une certaine méfiance des populations vis-à-vis des services proposés (voir *infra*) ;
- ▶ manque d'accès aux ressources ou offre trop chère / non subventionnée.

**(2) La qualité des soins** délivrés dans les structures (mauvaise qualité des soins ou de l'accueil, absence de confiance dans la structure/le personnel) – **les besoins ne sont pas couverts qualitativement :**

- ▶ écart important entre l'offre délivrée et les besoins des populations (professionnels de santé originaire d'une région/groupe trop éloigné, ne parlant pas la même langue/venant de la ville,...) ;
- ▶ mauvaise compréhension entre les populations locales et les professionnels de santé ;
- ▶ absence de confiance dans la structure/méfiance (ex. l'épidémie Ebola a révélé le peu de confiance que les populations avaient en leur système de santé).

**(3) Les représentations de la maladie et du rapport à la santé** (minimisation, étiologie locale trop différente, rapport à la douleur) – **non-reconnaissance d'un besoin en santé :**

- ▶ écart dans les représentations de la maladie, *i.e* faible considération de la maladie ou représentation des maladies comme négligeables (par exemple, en Éthiopie, les symptômes de la tuberculose sont pris pour un « rhume ») ;
- ▶ Freins à la demande de santé :
  - pour les femmes : faible perception d'un besoin de santé, leur santé est considérée comme moins importante que celle de leur famille ; leur charge de travail trop importante les empêche de consulter et de prendre le temps de se soigner ;
  - pour les hommes : construction de la masculinité qui implique de ne pas se plaindre ou de ne pas s'occuper de sa santé.

## Stratégies et bonnes pratiques

**Comprendre et déterminer les besoins et les attentes ainsi que les freins à l'accès aux soins de santé des hommes et des femmes** grâce à :

- ▶ des données désagrégées sur la santé des hommes et des femmes ;
- ▶ une analyse qualitative des relations des hommes et des femmes à leur santé (manque de ressources, distance à parcourir, contraintes sociales, poids des représentations de la maladie et des rôles de genre, etc.).

**Développer des programmes sensibles aux besoins des femmes à différentes périodes de leur vie** et non discriminatoires.

Concernant le **personnel de santé**, selon l'OMS, une analyse genre doit comporter quatre éléments clés :

- 1) le renforcement des capacités aux niveaux national et sub-national pour une analyse genre des politiques et de la planification/gestion des ressources humaines ;
- 2) une réflexion sur la prise en compte du genre dans les budgets nationaux de développement des ressources humaines en santé ;
- 3) la promotion de l'utilisation de données sexo-spécifiques dans le suivi et l'évaluation des activités à tous les niveaux ;
- 4) l'élaboration de cadres de responsabilisation.

En complément, d'autres actions peuvent être développées en matière de ressources humaines :

- ▶ formation des soignant(e)s aux enjeux de genre et à de nouvelles pratiques sensibles au genre ;
- ▶ gestion des carrières : accès aux formations et promotion des femmes à des postes à responsabilité ;
- ▶ mesures incitatives pour favoriser la mobilité géographique des femmes (affectation et maintien à des postes en zone semi-urbaine et/ou rurale) ;
- ▶ attention à porter aux conditions de travail/ mesures à prendre pour les améliorer (rémunérations, capacité de logement y compris avec la famille,...).

## Questions clés

### Données quantitatives en santé

- ▶ Existe-t-il des données (nationales/régionales) sur la santé des populations, et si oui, sont-elles désagrégées ?
- ▶ Les politiques de santé sont-elles orientées vers un sexe en particulier (santé des femmes) ou sont-elles « neutres » en termes de genre ?
- ▶ Les différents acteurs impliqués dans la santé ont-ils recours à des approches sexo-spécifiques ou intègrent-ils le genre ?

### Relations entre le genre et la santé

- ▶ Quel sexe (homme ou femme) fréquente le plus les centres de santé ? et pour quelles pathologies ?
- ▶ Les hommes et les femmes préfèrent-ils consulter des professionnels de santé féminins ou masculins ?
- ▶ Quels sont les freins spécifiques aux hommes et aux femmes dans l'accès à la santé ?
  - Les femmes ont-elles accès aux ressources financières, le temps et la disposition d'esprit pour s'intéresser à leur santé ?
  - Les hommes utilisent-ils les services de santé ? Perçoivent-ils leur santé comme importante ?

### Les États face à l'égalité hommes-femmes et les droits des femmes

- ▶ Existe-t-il un bureau, un ministère ou une autre structure étatique en charge de l'amélioration du statut des femmes ?
- ▶ Qu'en est-il de sa dotation et de ses moyens d'action ?
- ▶ Quelles sont ses relations avec le ministère de la Santé ? Travaillent-ils ensemble ? Y a-t-il un point focal genre au sein de ce ministère ?
- ▶ Quelles sont les politiques nationales de santé et dans quelles mesures intègrent-elles la promotion de l'égalité entre hommes et femmes ?

### Système de santé, politiques publiques et ressources humaines

- ▶ Comment le personnel de santé est-il structuré en termes de genre et de représentativité dans la pyramide du soin (exemples : ratio hommes/femmes chez les médecins, les infirmiers/ères ; le personnel administratif ; la direction) ? Quel est le niveau de rémunération, le type de poste (permanent, partiel...), le nombre d'heures travaillées, les conditions de travail, etc. ?
- ▶ La formation du personnel soignant fait-elle l'objet d'une politique et d'un suivi attentifs au genre (évolution de la rémunération, promotions, etc.) ?
- ▶ La hiérarchie et/ou les soignants sont-ils sensibilisés au harcèlement au travail ? Existe-t-il des données ?
- ▶ Le personnel est-il sensibilisé à la question de la qualité de l'offre de soin et au respect des usagers/ères (absence de discrimination de genre dans la relation aux patients) ?
- ▶ Le personnel est-il formé à la prise en charge spécifique et différenciée des hommes et des femmes ?

### L'accès aux systèmes de santé

- ▶ Quelles sont les données existantes et disponibles sur le recours des populations aux services de santé, et ces données sont-elles désagrégées par sexe, par âge ?
- ▶ Quelle distance les femmes et les hommes doivent-ils parcourir pour accéder aux services de santé ? Le trajet est-il sûr ? A-t-il le même coût social pour les deux sexes ?
- ▶ L'intimité et l'anonymat des patients sont-ils respectés ?
- ▶ Les personnels des centres de santé sont-ils sensibilisés aux attentes spécifiques des femmes et des hommes ? Y répondent-ils ?

## % Indicateurs

- ▶ Fréquence de recours aux centres de santé pour les hommes et pour les femmes.

### Sur les personnels de santé

- ▶ Salaires, indices de progression, nombre et ratio H/F à chaque échelon, en fonction des régions (zones urbaines/rurales).
- ▶ Nombre de formations/séances de sensibilisation des équipes soignantes à la question du genre et aux besoins spécifiques des patients selon leur genre.
- ▶ Nombre de groupes de parole et d'échange sur le genre au sein des équipes médicales.
- ▶ Taux de harcèlement au travail et réponses apportées.

### Sur les infrastructures/l'offre

- ▶ Nombre de centres de santé par région et pourcentage de la population résidant à moins de 15 km d'un centre
- ▶ Pourcentage d'infrastructures prévoyant des sanitaires distincts pour les hommes et les femmes.
- ▶ Pourcentage d'infrastructures dont le design a été pensé avec une approche genre (vestiaires/salle de repos distincts pour les hommes et les femmes, logements de fonction permettant l'installation d'une famille, chambres pour les patients mixtes ou séparées, etc.).

D'après l'OMS, la santé sexuelle et reproductive englobe la diffusion des méthodes de contraceptions (notamment d'urgence), le traitement de l'infécondité et des infections sexuellement transmissibles, la planification familiale, la prévention des grossesses adolescentes (voir [Enjeu 5 : Genre et santé des adolescents](#)), les mutilations génitales féminines et enfin les violences à l'encontre des femmes (voir [Enjeu 4 : Genre et violences faites aux femmes](#)).

## La santé de la reproduction, un droit pour tous non couvert

La 4<sup>e</sup> Conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995 a défini la **santé de la reproduction** comme étant un état de bien-être total tant physique que mental et social, pour tout ce qui concerne l'appareil reproducteur et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Elle suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, l'aptitude à la procréation, ainsi que la liberté et la possibilité de décider si et quand on veut avoir des enfants.

Cela implique qu'hommes et femmes aient le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et d'utiliser celle(s) qui leur convien(nen)t, ainsi que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.<sup>5</sup>

Si, depuis 20 ans, la communauté internationale s'entend pour considérer que les droits à la santé sexuelle et reproductive participent des droits humains fondamentaux, **ce droit demeure inaccessible pour des millions de femmes et de filles**. En 2015, et à l'échelle mondiale, chaque jour 37 000 filles sont mariées avant l'âge de 18 ans, une femme sur trois est victime de violence et plus de 225 millions de femmes ne peuvent accéder à des relations sexuelles sûres, ni au planning familial, faute d'accès à l'information et aux services et de soutien et d'accord de leur communauté.

Pourtant, il est reconnu que les femmes qui choisissent librement quand et dans quelles conditions se marier et avoir des enfants ont plus de réussite en termes d'éducation, et de meilleurs statuts économiques et sociaux. De plus, leurs enfants sont en meilleure santé et mieux éduqués, ce qui contribue à briser le cycle de la pauvreté<sup>6</sup>.

### Les obstacles au recours à la planification familiale

Les obstacles sont de deux types : (1) ceux liés à la demande (inexistante ou limitée), du fait de la persistance de modèles culturels et normes sociales (à l'origine d'inégalités en matière d'accès à l'éducation, à l'information ; mariage et grossesses précoces, ...) et (2) ceux liés aux systèmes de santé : offre insuffisante, de mauvaise qualité, peu accessible.

Dans nombre de pays, la norme socialement valorisée reste encore aujourd'hui celui d'un nombre moyen d'enfants par femme élevé, ce qui constitue un frein à la réduction et/ou l'espacement des naissances et à l'atteinte de la transition démographique.

Toutefois, la plupart des instances nationales et internationales ainsi que les acteurs de la santé font le constat de besoins exprimés en planning familial mais demeurant non couverts par les systèmes de santé.

<sup>5</sup> Platform for Action, Fourth World Conference on Women (Quatrième conférence mondiale sur les femmes) (Beijing : ONU, 1995) : paragraphe 94 (en anglais).

<sup>6</sup> <http://www.unfpa.org/news/reproductive-rights-realized-too-few-women-and-girls>

## Le genre et la santé sexuelle et reproductive

Certaines pratiques/comportements en matière de sexualité (sexualité précoce, multiplicité des partenaires, prostitution, viols, mutilations génitales féminines) présentent des risques importants, tant sanitaires (maladies comme le VIH/SIDA, grossesses précoces, séquelles dues aux MGF, ...), que psycho-sociaux (traumatismes liés aux violences et à l'exploitation sexuelles), qui concernent aussi bien les hommes que les femmes. Faire évoluer ces pratiques et réduire les risques s'y rapportant nécessiterait donc de recourir à une démarche sensible au genre mobilisant les deux sexes (voir **Enjeu 4 : Genre et violences faites aux femmes**).

Aujourd'hui, les programmes de santé sexuelle et de la reproduction (SSR) et de planning familial sont toujours majoritairement ciblés sur **les femmes et les filles**. Cela peut s'expliquer par les méthodes contraceptives à disposition aujourd'hui (inexistence de la pilule masculine ; contraception portée à hauteur de 70 % par les femmes) et par les normes de genre toujours en vigueur, qui font que cette question est encore perçue comme un problème essentiellement féminin.

Dans de nombreux contextes, **les jeunes filles** sont supposées être vierges au mariage tandis que c'est l'inverse qui tend à être valorisé chez les hommes. Dès lors, on observe une faible connaissance et/ou une faible utilisation des services du planning familial ou de SSR par les jeunes. Les grossesses adolescentes non désirées sont courantes (près de 11 % des grossesses dans le monde surviennent chez des jeunes filles de moins de 19 ans) et devraient théoriquement impliquer tant les jeunes femmes que les jeunes hommes. Dans la réalité, les conséquences les plus lourdes sont le plus souvent assumées par les femmes et les filles, et pas seulement au niveau physique, mais également au niveau moral et sociétal (voir **Enjeu 4 : Genre et santé des adolescent(e)s**).

Par ailleurs, on observe à l'échelle internationale que les débats sont marqués par la montée des conservatismes et la remise en question des acquis internationaux relatifs aux droits des femmes en matière de santé de la reproduction et de planification familiale (droit à l'avortement, à la contraception notamment).

Comme expliqué précédemment, **les hommes et les garçons** sous-utilisent les services de santé en général, et tout particulièrement les services liés à la santé reproductive et à la prévention, au traitement, à l'accompagnement et aux soins liés au VIH/SIDA (Merzel, 2000; Hudspeth *et al.*, 2004). Les normes et la construction de la masculinité peuvent encourager une conception des hommes comme des êtres autonomes et invulnérables, ce qui peut les faire hésiter à rechercher de l'aide pour leurs besoins ou à refuser cette aide. Des études ont montré que dans certains milieux, les hommes et les garçons prennent plus de temps pour se décider à demander de l'assistance que les femmes et les filles, et ne le feront souvent qu'après avoir subi des conséquences personnelles significatives (FNUAP, 2009).

De leur côté, **les professionnels de santé** ont tendance à concentrer leurs efforts sur les femmes, parce qu'ils partagent la vision stéréotypée selon laquelle c'est une question essentiellement féminine et qu'ils partent du pré-supposé selon lequel les hommes ne s'intéressent ni aux informations ni aux services de santé reproductive (OMS, 2000).

Ces normes et barrières peuvent également décourager les hommes de s'intéresser à la santé de leurs partenaires. Les raisons de ces différences sont à trouver dans les normes culturelles qui exaltent l'indépendance et peuvent inhiber les comportements de recours aux soins (et d'aide), jusqu'au manque de sensibilisation et de préparation de la part des prestataires de services de santé (Armstrong, 2003 ; Hancock, 2004 ; FNUAP, 2003).

**Les enjeux de genre sont donc centraux dans la SSR et le planning familial.**



## Questions clés

### Questions génériques : le ministère de la Santé

- ▶ Les programmes de SSR impliquent-ils ou visent-ils l'implication des hommes ?
- ▶ Quelle est la place, le statut de l'avortement au niveau national ? De la contraception d'urgence et des soins post avortements ?
- ▶ Quelle est l'offre existante en intrant visant la prévention des grossesses non désirées et la protection contre les IST (pilule, implant, etc., versus préservatifs féminin et masculin) ?
- ▶ Les données désagrégées sur les besoins des populations en termes de SSR et de PF (études et/ou données qualitatives et quantitatives dans la littérature grise - instances nationales, internationales) existent-elles ? Sont-elles disponibles ?
- ▶ Quel degré d'acceptabilité de l'« avortement » et/ou de la contraception d'urgence, des moyens de protection des IST par la population (hommes/femmes/adolescent(e)s) ?

### Les femmes

- ▶ Les femmes pratiquent-elles des avortements (clandestins ou non) ? quelles en sont les conséquences physiques et sociales ?
- ▶ Peuvent-elles accéder librement à la SSR/ planning familial (accessibilité financière, intérêt, autorisation/accord du conjoint) ? Comment évaluent-elles l'offre de SSR/PF ?
- ▶ Partagent-elles l'information sur la prévention des grossesses et des IST avec leur conjoint ?

### Les hommes

- ▶ Comment les hommes envisagent-ils leur sexualité, les IST, les grossesses (désirées ou non) ?
- ▶ Les hommes de la communauté se sentent-ils concernés par cette offre de santé ?
- ▶ Les hommes recourent-ils aux services de santé sexuelle en cas d'IST ?
- ▶ Utilisent-ils des préservatifs ? Que pensent-ils de la négociation du préservatif féminin et/ou masculin ?



## Stratégies et bonnes pratiques

### Le personnel soignant

- ▶ Formation du personnel soignant à l'intégration du genre.
- ▶ Sensibilisation à la qualité de la relation soignant-soigné, prévention des violences envers les patients, respect de l'anonymat et de l'intimité (vie privée).
- ▶ Appui et valorisation du personnel féminin (gestion des carrières) : accès à des formations, des postes à responsabilité/h hiérarchiques.
- ▶ Emploi d'hommes à des postes déterminants permettant la diffusion de message de prévention (SSR/PF) à l'endroit des hommes.

### Les communautés

- ▶ Recours aux médias pour susciter des réflexions (presse, radio, télévision...) sur l'avortement, l'accès à la contraception (d'urgence ou « normale »), la place des hommes et des femmes dans la SSR/le planning familial.
- ▶ Théâtre participatif, éducation de groupe.
- ▶ Recours aux leaders (politiques, religieux) locaux pour porter les messages.
- ▶ Centres de santé communautaires : création, soutien et suivi de cellules de planification familiale et services SSR au sein des centres de santé communautaire.

### Les femmes/les hommes

- ▶ Développement de programmes de sensibilisation et de formation sur la SSR à destination des populations (avec contenu des messages adaptés aux codes socio-culturels et aux âges des différents publics cibles, mixtes ou en *focus groups* par sexe et âge si besoin).
- ▶ Pour les adolescent(e)s, mettre en place des démarches en milieu scolaire (permettant de travailler sur le moyen terme), sans oublier les interventions dans d'autres milieux pour les adolescent(e)s non scolarisé(e)s.
- ▶ Rencontres et échanges entre les patientes ou usagères des services de santé/de planification familiale et les professionnels de santé.
- ▶ Sensibilisation et information sur les avortements et les contraceptions d'urgence.



## % Indicateurs

- ▶ Taux de recours à la SSR/PF par les femmes et les hommes : données désagrégées.
- ▶ Taux d'avortements et taux de décès liés aux avortements.
- ▶ Fourniture en intrant et désagrégation selon les intrants (préservatifs masculins/féminins ; contraceptifs hormonaux).
- ▶ Participation des hommes : visite aux centres de PF et qualité des échanges avec le personnel soignant.
- ▶ Prévalence désagrégée des IST.
- ▶ Taux de fertilité / fécondité (et évolution de ces taux sur plusieurs années).

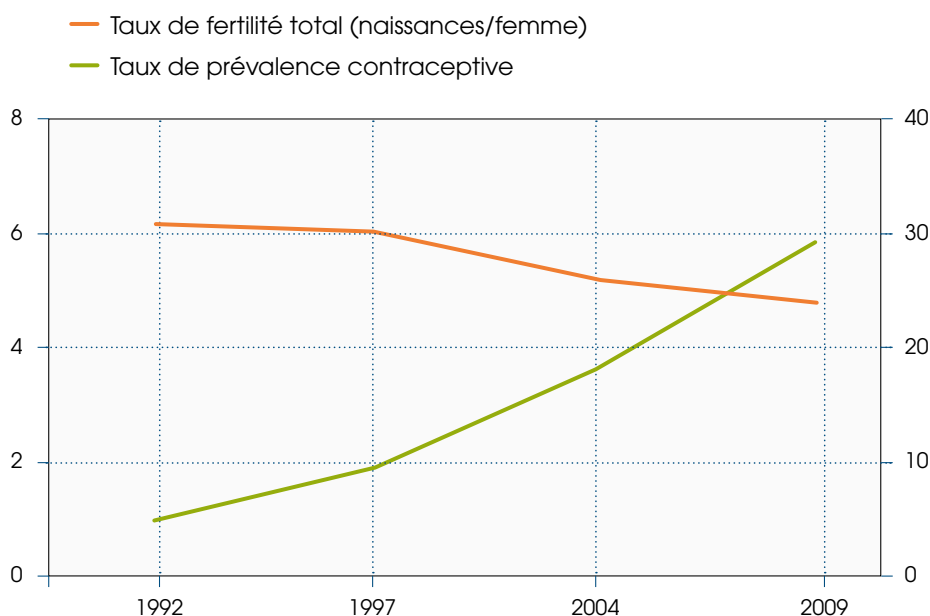


## Les impacts positifs de la planification familiale

Le taux de prévalence de la contraception à **Madagascar** s'est accru, passant de 5,1 % en 1992 à 29 % en 2009, selon les enquêtes démographiques et de santé. Le programme attribue le succès au rôle moteur joué au plus haut niveau du gouvernement, à l'inclusion de la cible de planification familiale dans les plans nationaux de développement et à la livraison

gratuite de contraceptifs dans toutes les formations sanitaires publiques. Par ailleurs, la collaboration multisectorielle efficace et les campagnes de sensibilisation aux niveaux national et communautaire impliquant les responsables de communautés et des femmes ont joué un rôle majeur dans la réussite du programme.

### Madagascar - Données relatives au planning familial (prévalence contraceptive) et au taux de fertilité total (1992 à 2009)



Sources : Madagascar DHS 1992, 1997, 2004 et 2009.



## Une approche participative de la SSR

En septembre 1995, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) a conclu un accord de coopération avec l'ONG féministe péruvienne *Movimiento Manuela Ramos* pour exécuter un projet de santé de la reproduction au niveau communautaire dénommé *ReproSalud*.

### Problème à résoudre

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

### Objectifs

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

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

À cette fin, le projet s'emploie :

- ▶ à accroître l'utilisation par les femmes des mesures et des services prophylactiques en matière de santé de la reproduction ;
- ▶ à faire activement participer les femmes à l'identification, au classement par rang de priorité et au règlement de leurs problèmes liés à la santé de la reproduction ainsi qu'à la détermination et à la négociation des conditions dans lesquelles sont dispensés les services en matière de santé de la reproduction ;

▶ à veiller à ce que le système de santé publique institutionnalise la participation des femmes à la conception et à l'exécution des services du ministère de la Santé afin que ceux-ci soient plus à même de répondre aux besoins des femmes.

### Mise en œuvre

▶ Le projet a été conçu de manière à mobiliser les organisations de base communautaire, à identifier, à classer par rang de priorité et à formuler des solutions aux problèmes qui se posent en matière de santé de la reproduction. Les femmes participent à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des sous-projets par le biais de plusieurs mécanismes participatifs.

▶ Le projet a considéré les femmes comme des participantes essentielles et il les a associées à la réflexion sur les moyens d'influencer les parties prenantes, y compris les prestataires des services de santé à l'échelon local et les autorités locales, en vue de l'amélioration des services.

▶ Le projet partait du principe que les femmes, une fois qu'elles auraient identifié les réponses possibles à leurs principales préoccupations en matière de santé de la reproduction et de VIH/SIDA, informeraient les dirigeants communautaires et régionaux en vue de les amener à appuyer la tenue de discussions avec les autorités sanitaires régionales sur les moyens d'améliorer la qualité des services.

▶ Lors des premières étapes de ces consultations, les femmes ont fait part aux coordonnateurs du projet de leur désir de faire participer leurs partenaires masculins dès le début du processus éducatif. Elles ont persuadé les concepteurs du projet que, si les hommes recevaient la même information que les femmes, tous réussiraient d'autant mieux à faire passer leurs messages auprès des autorités locales.

Dès la conception du projet, l'équipe de *ReproSalud* a échangé des idées avec les participantes au sujet des informations biomédicales ainsi que sur les représentations et les pratiques locales issues de la culture, du genre et de l'âge.

Le projet a complété les informations recueillies dans le cadre des exercices d'autodiagnostic par des études anthropologiques menées dans diverses régions du Pérou. Ces études ont permis autant aux femmes qu'aux équipes du projet de mieux com-



...

prendre les termes employés par les femmes pour parler de leur physiologie et de leurs problèmes de santé. Ce dialogue a permis d'établir un langage commun propre à améliorer la communication entre les éducateurs sanitaires et les participantes ainsi qu'entre les prestataires et leurs clientes. Une étude comparative a été réalisée sur les idées que se faisaient les prestataires des services de santé et leurs clientes de la qualité des soins. Cette étude visait à :

- identifier les modèles conceptuels de la qualité du point de vue de divers groupes de femmes et des prestataires ;

- cerner les points de divergence et de convergence des divers modèles conceptuels pour trouver les stratégies capables de répondre aux besoins des femmes tout en restant dans les limites des politiques nationales en matière de santé ;

- analyser la prise de décisions dans les établissements de soins afin de mieux comprendre les contraintes et les opportunités qui existent pour chacun d'eux ;

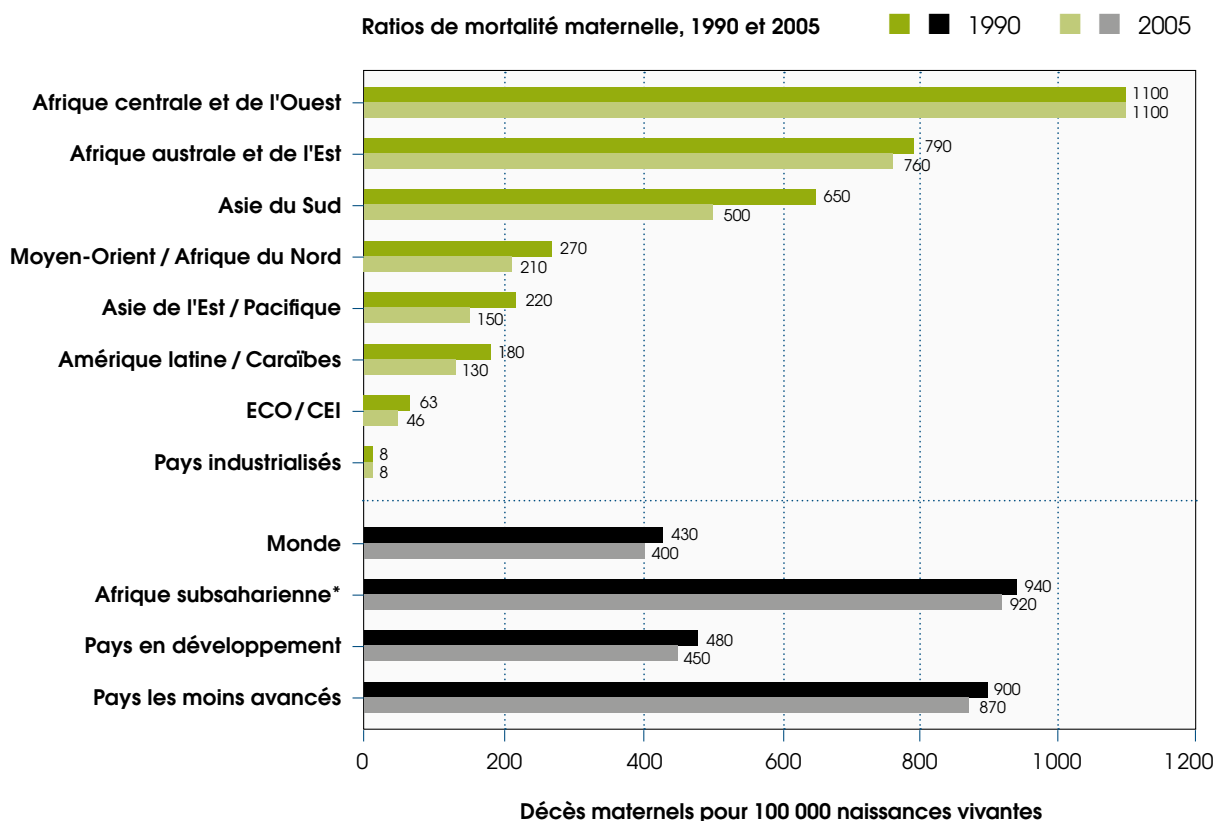
- comprendre comment les variations locales des besoins et des priorités sont perçues d'une part par les femmes, et d'autre part à travers les politiques nationales ;

- proposer des priorités régionales.

Source : USAID, 2005, *Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH : de l'engagement à l'action, États-Unis* / <http://www.prb.org/pdf05/FrenchGenderManual.pdf>

Selon les données de la Banque mondiale, les décès maternels ont reculé de 45 % entre 1990 et 2013. Si des avancées notoires ont été obtenues dans la plupart des régions, un grand nombre de pays, surtout en Afrique subsaharienne, n'ont cependant pas atteint l'OMD 5 de réduction de 75 % du taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015. De fait, de tous les OMD, c'est celui pour lequel on enregistre le moins de progrès.

### TENDANCES, NIVEAUX ET RISQUES DE MORTALITÉ MATERNELLE SUR LA VIE ENTIÈRE



\* L'Afrique subsaharienne comprend les régions d'Afrique australe et de l'Est et d'Afrique centrale et de l'Ouest.

Source : Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations unies pour l'enfance, Fonds des Nations unies pour la population et Banque mondiale, Mortalité maternelle en 2005 : Estimations de l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale, OMS, Genève 2007, p. 40

Chaque jour dans le monde, près de 800 femmes meurent de complications survenues pendant la grossesse ou l'accouchement et 99 % de ces décès surviennent dans des pays en développement. Dans de nombreux pays à faibles revenus, l'importance des taux de mortalité maternelle et de fécondité est étroitement associée à une mortalité infantile et à des inégalités hommes/femmes prononcées. Plus d'un quart des filles et des femmes en Afrique subsaharienne n'ont pas accès à des services de planification familiale, ce qui contribue à multiplier le nombre de grossesses non

désirées et favorise la propagation du VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles. L'amélioration de la santé des femmes constitue donc une priorité.

Une partie **des freins à l'accès aux soins de santé maternelle, infantile et néonatale a trait aux représentations, aux normes sociales ainsi qu'aux politiques de santé et aux pratiques stéréotypées en défaveur des femmes**<sup>7</sup>. Ce constat vient du fait que les activités conçues comme spécifiques aux femmes sont systématiquement invisibilisées et peu prises en compte.

<sup>7</sup> Elsa Manghi (2014), Genre et TIC au service de la santé maternelle infantile et de la planification familiale, Fiche pratique pour l'appui à l'intégration du genre dans les FISONG 2014 de l'AFD.

La santé maternelle et infantile est perçue quasi universellement comme étant une question féminine par laquelle les hommes ne se sentent que peu concernés<sup>8</sup> et sur laquelle ils n'ont que de faibles connaissances en matière de prévention et de prise en charge de la mère et de l'enfant. Les études montrent que, dans de nombreux contextes (Éthiopie, Mauritanie, Burkina Faso, Suriname), les hommes sont moins informés de l'existence des centres de consultations prénatales. Ce constat est plus marqué en milieu rural où les hommes comme les femmes y voient moins d'intérêt qu'en milieu urbain.

De nombreuses études montrent que les causes de la mortalité maternelle et infantile ne seraient pas imputables aux populations (ignorance, rejet des recommandations, etc.) mais à la **qualité de l'offre de SMNI** (les femmes y sont victimes de violence, par exemple). Deux principaux facteurs sont mis en évidence par la littérature sur ce thème : (1) la mauvaise qualité de l'offre en termes d'infrastructure et de qualité des soins, (2) la mauvaise qualité de l'accueil et de la prise en charge des parturientes (violence symbolique de l'anonymat /

absence de considération pour la parturiente ; absence de prise en compte de la culture et des traditions de la parturiente et de sa famille) (Jaffré, Olivier De Sardan, 2003 ; Beninguissé *et al.*, 2004 ; Ali *et al.*, 2010 ; Coppieters *et al.*, 2011 ; Niang, 2014).

#### **Au niveau opérationnel, les principaux enjeux de genre pour les projets en SMNI sont les suivants :**

- ▶ l'accès aux services de SMNI ;
- ▶ la qualité de la prise en charge des parturientes (de nombreux travaux dénoncent les violences faites aux femmes dans les structures sanitaires – Jaffré, Olivier de Sardan, 2002 ; Diarra, 2003) ;
- ▶ l'information de la population (hommes et femmes) sur les enjeux de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés ;
- ▶ la prise en compte des besoins et des points de vue des femmes pour le suivi de la grossesse et l'accouchement au centre de santé.

## Encourager les hommes dans leur rôle de père

Des chercheurs ont découvert que la paternité est une expérience capitale dans la vie d'une grande partie des hommes et peut apporter de nombreux bénéfices aux enfants, aux femmes et aux hommes eux-mêmes.

Actuellement, beaucoup de politiques et d'initiatives de programmes sont basées sur des points de vue idéalisés, normatifs et moralistes par rapport à la paternité, qui ne favorisent ni la promotion du bien-être de la famille et des enfants, ni l'équité de genre<sup>9</sup>.

Lorsque l'on parle de paternité, il est également important de reconnaître que le terme englobe une grande variété d'hommes<sup>10</sup>. Il y a de nombreuses façons pour un homme de vivre l'expérience de la paternité. Les politiques et les pratiques de santé publique exercent également de l'influence sur le niveau de permission ou d'encouragement à la présence des pères à la naissance de leurs bébés ou des soins qu'ils peuvent prodiguer au bébé, même si ces questions n'ont pas souvent été étudiées (Population Council, 2001 ; Lyra, 2002 cités par le FNUAP, 2009 : 60).

Il est reconnu comme bénéfique pour les hommes d'être des pères engagés qui prennent soin de leur famille. Les hommes qui s'impliquent significativement dans la vie de leurs enfants signalent que cette relation est leur source la plus importante de bien-être et de bonheur. Diverses études qualitatives suggèrent que les hommes investis dans des rapports attentionnés et de prise en charge comme la paternité, tendent à se livrer moins à certains comportements à risques/délinquants. Le plaisir anticipé de la paternité et l'accroissement de l'estime de soi provenant de nouvelles responsabilités peuvent inciter des changements de comportement liés à la santé et à l'égalité de genre (Scalway, 2001 ; ONUSIDA, 2000).

<sup>8</sup> Le terme même de santé maternelle, infantile et néonatale fait perdurer cette mise à distance.

<sup>9</sup> Par exemple, en dépit de la pertinence de leurs doléances, quelques groupes qui luttent pour le droit des pères (généralement des pères divorcés ou séparés et qui demandent des droits étendus de visite ou de cohabitation) invoquent, souvent, la notion traditionnelle de famille biologiquement « intacte » ou la notion patriarcale de paternité (Flood, 2004, cité par le FNUAP, 2009).

<sup>10</sup> Certains pères, par exemple, vivent avec la mère biologique de l'enfant et sont mariés avec elle, d'autres sont mariés avec une autre femme et vivent avec l'enfant biologique, d'autres encore vivent avec leur partenaire et ses enfants, mais ont un enfant biologique qui vit avec sa mère. Enfin, on observe quelques pères d'enfants biologiques célibataires (FNUAP, 2009 : 59).



### Une répartition équitable des rôles

Les pères et les mères **Aka**, un groupe ethnique d'**Afrique centrale**, sont connus pour leur partage égalitaire des responsabilités liées aux soins. À l'inverse des pères de divers autres milieux et cultures, chez les Aka, ce sont les hommes qui consacrent le plus de temps à s'occuper de leurs enfants. Ils restent auprès d'eux pendant des périodes pouvant atteindre jusqu'à 47 pour cent de leur temps.

À titre d'exemple, lorsqu'ils vont chasser ou chercher de la nourriture, les hommes emportent avec eux

les petits enfants, qui ont même le droit de sucer la poitrine de leur père pour s'apaiser. Les rôles des hommes et des femmes chez les Aka sont pratiquement interchangeables et ceci de différentes façons.

Même si ce sont principalement les femmes qui prodiguent les soins, les hommes et les femmes assument divers rôles sans stigmatisation ou perte de statut. Les femmes chassent, les hommes font la cuisine, et inversement, et ils entrent dans ces rôles ou les quittent de façon toute « naturelle » (Hewlett, 2005).



### Des hommes dans les centres de santé maternelle

Le soutien que les hommes témoignent aux femmes durant la grossesse et l'accouchement a des résultats positifs sur le plan de la santé maternelle. Au **Guatemala**, les maris prennent souvent soin de leurs épouses et les soutiennent durant la grossesse, les accompagnent aux visites prénatales et sont généralement présents ou à proximité durant les accouchements à domicile; s'ils ne sont pas en compagnie de leurs épouses quand elles accouchent à l'hôpital, ils prennent part aux préparatifs nécessités par l'arrivée du bébé. Beaucoup d'hommes qui souhaitent jouer un rôle positif dans la santé de leurs compagnes en sont empêchés par les règlements hospitaliers, leurs horaires de travail ou l'insuffisance de la communication entre eux-mêmes et leurs partenaires.

De nombreux programmes **dans le monde** ont adopté avec succès une tactique qui consiste à amener les partenaires masculins, les familles étendues et les membres de la communauté à accorder une priorité accrue aux soins de santé des femmes durant la grossesse et le post-partum.

Par exemple, le projet Pati Sampark en **Inde** donne aux maris une information concernant la grossesse et la naissance et précise les rôles spécifiques qu'ils peuvent remplir, lesquels consistent notamment à fournir une aide-ménagère et à prendre des dispositions pour faciliter le transport pour les femmes durant la grossesse.

Source : S. Raju et A. Leonard. 2000. Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality, pp. 46-47, 52. New Delhi: South and East Asia Regional Office, the Population Council.



## Intégration des hommes et accompagnement de la paternité : l'exemple des Clubs de pères en Haïti rurale

La Fondation haïtienne de la santé soutient la création, dans les zones rurales, de clubs de pères pour discuter des problèmes de santé liés aux familles et aux enfants. Les pères se rencontrent régulièrement pour connaître les problèmes de santé que peut avoir un enfant et comment les résoudre. Quelques points de discussions spécifiques : la nutrition chez le petit enfant, l'importance de l'allaitement au sein, le contrôle routinier de la croissance infantile, la vaccination, la réhydratation orale réalisée à domicile (OSR) – quand et comment l'administrer – et quand et comment rechercher de l'aide professionnelle pour un enfant malade. Les pères échangent aussi des propos sur les façons d'aider leur femme à s'occuper

des enfants, partagent des expériences sur les problèmes relatifs à la famille et s'aident les uns les autres, si nécessaire.

Les réunions sont ouvertes à tous les hommes du village et sont normalement animées par un agent de santé local et une infirmière professionnelle. Les participants échangent des idées entre eux et offrent des informations de plusieurs façons différentes, dont des chansons et des sketches. Les pères participent aussi à d'autres activités liées à la santé et aux activités communautaires, en apportant par exemple leur aide à l'organisation de salons de la santé (Sloand and Gebrian, 2006).

## Questions clés

### Le système de santé et les politiques publiques en matière de SMNI

- ▶ Des données sur la qualité des SMNI sont-elles disponibles ? Ces données sont-elles désagrégées, sont-elles qualitatives ou quantitatives ?
- ▶ Existe-t-il des ambulances ou des systèmes de transport entre les centres primaires et ceux de références, sont-ils accessibles et/ou utilisés par les femmes ?
- ▶ Le personnel est-il formé et sensibilisé à la qualité de l'offre de soin et au respect de la dignité des usagers et de leur accompagnant homme ou femme ?
- ▶ L'intégration des hommes dans la SMNI est-elle prise en compte ? De quelle manière ?
- ▶ Le personnel délivre-t-il des soins de qualité aussi bien à la mère qu'à l'enfant ? Y associe-t-il le père ?
- ▶ Le système de santé (services de SMNI) présente-t-il des disparités entre zones rurales et urbaines quant aux enjeux de genre ?

### Les communautés/populations

- ▶ Les communautés sont-elles informées de l'existence des centres de SMNI ?
- ▶ Des enquêtes de satisfaction ont-elles été menées auprès des femmes et des hommes, de la communauté ?

### Les femmes

- ▶ Quelle distance les femmes (et leur conjoint/ accompagnant) doivent-elles parcourir pour accéder au centre de SMNI ? Le trajet est-il sûr ? Disposent-elles des moyens pratiques et/ou financiers pour s'y rendre ?
- ▶ Disposent-elles des ressources financières pour les consultations pré et postnatales ?
- ▶ Ont-elles connaissance, et à quel niveau, des bénéfices d'un suivi médical pendant la grossesse et du nouveau-né ?
- ▶ Des structures associatives de femmes et/ou communautaires existent-elles pour faire face aux dépenses de santé durant la grossesse ?

### Les hommes

- ▶ Existe-t-il des données sur les représentations, les pratiques et le rôle des hommes dans la grossesse de leurs conjointes et dans leur rapport aux jeunes enfants ?
- ▶ Les hommes connaissent-ils et apprécient-ils le bénéfice du suivi médical de la grossesse, du nouveau-né et des enfants ? Se sentent-ils concernés ? Sont-ils prêts à y consacrer une partie du revenu du ménage / de leurs revenus ?



## % Indicateurs

- ▶ Nombre d'infrastructures publiques (et éventuellement ratio) intégrant les hommes et/ou un accompagnateur durant la prise en charge de la parturiente.
- ▶ Nombre de personnel qualifié aux niveaux des structures primaires et secondaires dans les zones ciblées par le projet et dans les zones non ciblées par le projet.
- ▶ Nombre / sexe / niveau d'emploi du personnel ayant suivi une sensibilisation / formation sur les enjeux de genre en SMNI.
- ▶ Indicateur de satisfaction des services de SMNI par les bénéficiaires.
- ▶ Évolution de la fréquence et de la nature des violences faites aux femmes lors de la prise en charge de l'accouchement.



## L'impact positif des visites à domicile des nouvelles accouchées

Au **Botswana**, les femmes étaient autorisées à choisir une femme de la famille pour les accompagner pendant le travail et l'accouchement, ce qui a permis une réduction du nombre de césariennes (6 contre 13 %) et des extractions par ventouses (4 contre 16 %).

L'étude Smart Patient, en **Indonésie**, qui visait à stimuler l'auto-affirmation des clientes de la planification familiale vis-à-vis des cliniciens, a permis d'accroître la probabilité qu'elles exposent leurs problèmes et posent des questions.

Des études menées au **Bangladesh**, en **Inde** et au **Pakistan** ont montré que les visites à domicile pouvaient réduire la mortalité néonatale dans les pays en développement de 30 à 61 %. Ces visites ont permis de mettre en place des soins aux nouveau-nés, des pratiques comme celles de l'allaitement et de l'allaitement strict, du contact physique (peau à peau) entre le nouveau-né et la mère, le lavage des mains à l'eau et au savon et le nettoyage du cordon ombilical. Elles ont également permis d'informer les parents (la mère et le père) des signes de mauvaise santé de

l'enfant. Ces visites à domicile dédiées aux soins de la mère et de l'enfant ont amélioré le taux d'allaitement, la santé maternelle ainsi que l'implication des parents dans le soin aux nouveau-nés.

Idéalement ces visites étaient réalisées par du personnel de santé formé et compétent. Toutefois des alternatives ont été testées dans plusieurs contextes. Par exemple, en **Indonésie**, c'étaient les sages-femmes ou matrones des communautés qui ont été mandatées pour effectuer ces visites à domicile.

Au **Népal**, des femmes bénévoles ont été mobilisées dans le cadre d'un programme pilote pour promouvoir des bonnes pratiques de soins, identifier des maladies et délivrer des soins aux mères et aux nouveau-nés de leur communautés. Ces femmes fournissaient un appui à la vaccination et à la distribution de vitamine A ainsi que des traitements contre la diarrhée et la pneumonie. Une stratégie nationale pour ce type de soins à domicile a été développée. Le programme de visite aux nouveau-nés proposait un passage des bénévoles à la naissance, au 3<sup>e</sup> puis au 7<sup>e</sup> jour.

Source : *Home visits for the newborn child: a strategy to improve survival*, UNICEF, OMS.



## Santé maternelle, néonatale et infantile en situation d'urgence

Des études portant sur plusieurs catastrophes récentes survenues en Asie du Sud-Est montrent que ces événements ont fait plus de victimes de sexe féminin. Dans les situations de conflits et de crises, les femmes sont plus souvent exposées à la coercition sexuelle. Au cœur des catastrophes naturelles et des conflits armés, l'accès aux services de santé peut être encore plus difficile qu'en

temps normal, ce qui entraîne des problèmes de santé physique et mentale, comme des grossesses non désirées ainsi que des décès maternels et périnataux. Même lorsqu'une offre de soins est disponible, il se peut que les femmes ne puissent pas y accéder en raison d'un manque de sécurité (présence de bandes armées, risques de violences, etc.).



### Stratégies et bonnes pratiques

Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise recommande de mettre en place une série de mesures, appelée Dispositif minimum d'urgence (DMU) :

- ▶ assurer l'identification d'une organisation par le secteur de la santé afin de diriger la mise en œuvre du DMU ;
- ▶ prévenir et prendre en charge les conséquences de la violence sexuelle ;
- ▶ réduire la transmission du VIH ;
- ▶ prévenir la sur morbidité et la surmortalité maternelles et néonatales ;
- ▶ programmer, dès que possible, des services complets de santé reproductive intégrés aux soins primaires.

## Dispositif minimum de service d'urgence en santé sexuelle et reproductive

---

### Planning familial

- ▶ Fournir des contraceptifs : préservatifs, pilules, produits injectables et dispositif intra utérin (DIU) pour répondre à la demande.
- 

### Violences basées sur le genre

- ▶ Coordonner les mécanismes de prévention de la violence sexuelle au sein du secteur/cluster de la santé et des autres secteurs/clusters.
  - ▶ Proposer des soins cliniques aux victimes de viols.
- 

### Soins maternels et néonataux

- ▶ Assurer la disponibilité de soins obstétricaux d'urgence et de prise en charge du nouveau-né.
  - ▶ Établir un système de référence opérationnel 24h/24, 7j/7 pour les urgences obstétriques.
  - ▶ Fournir des kits d'accouchement hygiénique à toutes les femmes enceintes et aux accoucheuses.
- 

### Prévention des IST et du VIH

- ▶ S'assurer de pratiques sûres de transfusions sanguines.
  - ▶ Faciliter et faire appliquer les mesures de prévention (préservatifs masculins et féminins).
  - ▶ Mettre gratuitement à disposition des préservatifs.
-

## Les violences physiques et sexuelles

Selon l'OMS, 35 % des femmes dans le monde déclarent avoir été exposées à des violences sexuelles de la part de leur partenaire intime ou de quelqu'un d'autre à un moment de leur vie (OMS, 2014). Les moyennes mondiales sur les violences faites aux femmes donnent une idée de l'ampleur du phénomène mais masquent des écarts conséquents entre les pays. Ainsi, 15 % des femmes au Japon déclarent avoir subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, contre 71 % des femmes en Éthiopie. On peut identifier plusieurs pays particulièrement touchés par le phénomène de la violence conjugale : l'Algérie, l'Égypte, l'Éthiopie, la RDC, le Guatemala, Haïti, le Liberia, la Moldavie, le Nicaragua, le Niger, le Pakistan et le Pérou). Mais il faut garder à l'esprit que les violences faites aux femmes existent dans tous les pays et tous les milieux socioéconomiques. Elles ont de graves conséquences pour la santé des femmes telles que des grossesses non désirées, des infections sexuellement transmissibles, des blessures, des dépressions et maladies chroniques.

Le rapport de l'UNICEF « Cachée sous nos yeux<sup>11</sup> » (septembre 2014) indique que, dans le monde, environ 120 millions de filles de moins de 20 ans (environ 1 sur 10) ont subi des rapports sexuels forcés ou d'autres actes sexuels forcés, et un tiers des adolescentes mariées âgées de 15 à 19 ans (soit 84 millions de jeunes filles) ont été victimes de violences émotionnelles, physiques ou sexuelles perpétrées par leurs maris ou partenaires<sup>12</sup>.

Les femmes victimes de violence sexuelle peuvent souffrir de blessures physiques, d'IST (dont le VIH) et peuvent se retrouver dans la situation d'une grossesse non désirée qui peut donner lieu à un avortement dans de mauvaises conditions de sécurité. À ces blessures physiques s'ajoutent les blessures mentales et psychiques : l'OMS rappelle que les victimes de violence peuvent souffrir de dépression, de troubles du sommeil et de l'alimentation, de stress, de troubles anxieux et d'une mauvaise estime de soi. Cela peut conduire à des comportements autodestructeurs et à des tentatives de suicide. En outre, il est fréquent de voir des victimes être tenues pour responsables des violences qu'elles ont subies ; elles peuvent par conséquent être stigmatisées socialement, être considérées comme « non mariables » ou/et rejetées par leur propre famille, ce que Gail Pheterson appelle le passage, pour une femme, du statut de « femme échangeable » à celui de « marchandise avariée » : « les femmes sont, de la sorte, non seulement violentées mais discréditées » (Pheterson, 2001 : 116). Dans certaines cultures, les victimes de violence sexuelle peuvent être considérées comme ayant déshonoré leur famille et leur communauté et être à ce titre exposées à des « crimes d'honneur » perpétrés par les membres de leur propre famille. Enfin, dans certaines sociétés, le violeur peut « laver » le déshonneur en épousant la femme avec qui il a eu une relation non consentie. Des femmes sont ainsi forcées de se marier avec leur agresseur.

Plusieurs études révèlent que la violence contre les femmes peut croître dans les communautés où les femmes commencent à se libérer des normes traditionnelles et à s'autonomiser, du moins jusqu'à ce qu'elles atteignent un statut suffisamment élevé pour être protégées contre les répercussions de ces changements (Krug *et al.*, 2002). D'autres études ont montré à maintes reprises que les garçons témoins ou victimes d'un acte de violence pendant l'enfance risquent davantage d'exercer la violence contre les femmes à l'âge adulte. Ceci fait partie des éléments renforçant l'idée selon laquelle la violence contre les femmes est un comportement acquis et légitimé par le contexte environnant. Cela rappelle également que c'est bien un problème de genre, qu'il faut aborder et traiter avec les femmes, mais aussi avec les hommes.

Concernant l'impact des violences conjugales sur les enfants, il faut noter que les enfants grandissant dans des familles où un parent est violent vis-à-vis de son partenaire peuvent souffrir de tout un éventail de troubles comportementaux et émotionnels, et qu'on observe dans ces foyers un taux plus élevé de mortalité des nourrissons et des enfants, due à des maladies diarrhéiques ou à la malnutrition (OMS, 2014).

Il apparaît clairement que **la lutte contre les violences faites aux femmes ne peut être menée sans une implication réelle et importante des hommes** en mettant en place des programmes de prévention, de sensibilisation et d'éducation des hommes et de la société en général.

<sup>11</sup> Hidden in plain sight : [http://files.unicef.org/publications/files/Hidden\\_in\\_plain\\_sight\\_statistical\\_analysis\\_EN\\_3\\_Sept\\_2014.pdf](http://files.unicef.org/publications/files/Hidden_in_plain_sight_statistical_analysis_EN_3_Sept_2014.pdf)

<sup>12</sup> [http://www.adequations.org/spip.php?article363#outil\\_sommaire\\_5](http://www.adequations.org/spip.php?article363#outil_sommaire_5) et [https://unicef.hosting.augure.com/Augure\\_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=F4CDE974-5DF7-43FB-AB34-57C8580C3F5C&filename=VR%20Exec%20Summary%209\\_1%20FR%20.pdf](https://unicef.hosting.augure.com/Augure_UNICEF/r/ContenuEnLigne/Download?id=F4CDE974-5DF7-43FB-AB34-57C8580C3F5C&filename=VR%20Exec%20Summary%209_1%20FR%20.pdf)

## ESTIMATIONS SUR LA PRÉVALENCE DE DIFFÉRENTES FORMES DE VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

<b>Violence physique</b>	35 % des femmes dans le monde signalent qu'elles ont été maltraitées physiquement par un partenaire intime, à un moment donné de leur vie. Selon les pays, le taux de violences physiques et sexuelles exercées contre les femmes varie de 10 à 79 % (ONU Femmes).
<b>Violence sexuelle</b>	Près d'une femme sur quatre indique avoir été victime de violence sexuelle par un partenaire intime dans sa vie (Ellsberg <i>et al.</i> , 2000 ; Mooney, 1993 ; Hakimi <i>et al.</i> , 2001).
<b>Première expérience sexuelle forcée</b>	Les taux de première activité sexuelle « forcée » se situent entre 7 % en Nouvelle-Zélande et 46 % dans les Caraïbes (Heise et Garcia Moreno, 2002).
<b>Féminicides<sup>13</sup></b>	Dans plusieurs pays d'Amérique centrale, les meurtres de femmes sont en augmentation : deux femmes sont tuées en moyenne tous les jours au Guatemala, 2 250 femmes ont été tuées au Salvador entre 2010 et 2013, 636 femmes ont été tuées en 2013 au Honduras... En Inde, 8 093 cas de meurtres liés à la dot ont été signalés en 2007 (ONU Femmes).
<b>Traite humaine</b>	Les femmes et les filles comptent pour 80 % du chiffre estimé de 800 000 personnes victimes de trafic transfrontalier chaque année, la majorité d'entre elles (79 %) à des fins d'exploitation sexuelle (ONU Femmes).

### Exemples de facteurs prédisposant à un niveau élevé de violence contre les femmes

- ▶ Normes traditionnelles liées au genre instituant la supériorité et les privilèges de l'homme.
- ▶ Normes de genre qui tolèrent, justifient ou légitiment la violence contre les femmes.
- ▶ Faibles sanctions (légales ou communautaires) contre les agresseurs ; et parfois sanctions contre les victimes.
- ▶ Pauvreté et en général, niveaux élevés de criminalité et de conflit dans cette société.

<sup>13</sup> Créé face à l'ampleur du phénomène des meurtres de femmes à Ciudad Juarez, au Mexique, le féminicide désigne le meurtre d'une femme pour des raisons sexistes. Plusieurs pays reconnaissent désormais la spécificité de ce crime commis en raison du genre de la victime, et ont adopté ce terme.

## Mutilations génitales féminines

Les filles et les femmes sont exposées à des risques de santé particuliers, liés à des pratiques dommageables telles que l'excision et les mutilations génitales féminines - E/MGF. On estime que des millions de filles et de femmes ont subi des E/MGF (ablation d'une partie ou de la totalité des organes génitaux externes féminins ou d'autres lésions des organes génitaux pour des raisons non médicales). L'OMS établit que 100 à 140 millions de filles et de femmes dans le monde vivent en subissant les conséquences d'une MGF ; environ 3,3 millions de filles risquent chaque année d'être mutilées sexuellement ; et dans les 28 pays où existent des données nationales de prévalence (27 en Afrique et au Yémen), plus de 101 millions de filles de plus de 10 ans souffrent actuellement des séquelles de MGF. De manière synthétique, dans les 28 pays d'Afrique et du Moyen-Orient pour lesquels des données sont disponibles, la prévalence nationale chez les femmes de plus de 15 ans va de 0,6 % (Ouganda, 2006) à 97,9 % (Somalie, 2006)<sup>14</sup>.

Bien que les données disponibles soient lacunaires, il semblerait que ces mutilations aient perdu un peu de terrain ces dernières années. Les données disponibles montrent également que les MGF sont de plus en plus fréquemment pratiquées par des professionnels de santé, que l'âge moyen des victimes a diminué et que la proportion de filles qui les subissent avant l'âge de cinq ans est en forte augmentation.

Aujourd'hui, il est scientifiquement prouvé que l'E/MGF est nuisible tant pour les femmes que pour leurs nouveau-nés. Bien que, depuis des décennies, il est reconnu que l'E/MGF est très douloureuse, peut entraîner des hémorragies prolongées, des infections, la stérilité voire la mort, une étude d'envergure réalisée en 2006 par l'OMS a révélé que les risques de complications lors de l'accouchement sont nettement plus élevés parmi les femmes ayant subi cette pratique. L'étude a également constaté que l'E/MGF est dangereuse pour les nouveau-nés, étant à l'origine d'un ou deux décès périnataux supplémentaires pour 100 accouchements.

### **La lutte contre l'excision et les mutilations génitales féminines (E/MGF) nécessite des actions coordonnées et appelle un changement à l'échelle de la communauté.**

En effet, les familles et les femmes perpétuent ces pratiques alors même qu'elles sont conscientes de leurs conséquences physiques et sociales. Elles considèrent que cela fait partie de leur devoir d'éduquer convenablement une fille et de la préparer à l'âge adulte et au mariage. De leur point de vue, ne pas se conformer à cette pratique s'avérerait beaucoup plus néfaste et entraînerait blâme et exclusion sociale, du fait qu'elle constitue un passage obligatoire pour un jour accéder au statut de femmes (mariables). Ce type de comportement correspond à ce que les sociologues appellent « une convention sociale qui s'autoalimente ». Pour changer ce type de conventions, il faut qu'un nombre significatif de familles au sein d'une communauté décide collectivement et de manière coordonnée d'abandonner la pratique, de façon qu'aucune fille ou famille individuelle ne soit désavantagée par la décision.

Les programmes qui ont conduit à un abandon significatif de l'E/MGF ont été systémiques, ont stimulé et soutenu une transformation sociale à grande échelle, visant à lutter contre les stéréotypes et certains rôles sexospécifiques et à permettre aux femmes et filles d'avoir prise sur leur vie. La décision collective et coordonnée d'abandonner la pratique a été un résultat du processus de changement plus global qui a permis une amélioration de la situation des femmes et des enfants (recul des mariages infantiles, violences domestiques et augmentation de la scolarisation des filles et des enfants handicapés).

<sup>14</sup> [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86242/1/WHO\\_RHR\\_12.41\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86242/1/WHO_RHR_12.41_fre.pdf)

## Questions clés

- ▶ Existe-t-il des données chiffrées sur les différentes violences de genre ?
- ▶ Existe-t-il une volonté politique ou des objectifs transversaux contre les violences faites aux femmes et les E/MGF ?
- ▶ Les pratiques violentes contre les femmes sont-elles sanctionnées par la loi et ces lois sont-elles appliquées ?
- ▶ Existe-t-il des programmes, des projets, des budgets ou des activités ciblant spécifiquement les violences faites aux femmes (en général, et dans différents milieux tels que le foyer, l'école, le milieu professionnel, ...)
- ▶ Ces programmes, projets, lois, etc. sont-ils connus et appliqués par le public, les communautés, les acteurs concernés ?
- ▶ Les lois et/ou règles coutumières instaurent-elles une domination des femmes ? Quelles sont les « valeurs » attribuées aux femmes selon ces coutumes ?
- ▶ Certaines règles/lois (religieuses/traditionnelles) criminalisent-elles les femmes victimes de violence (qui, dans certains cas, se traduisent par des crimes d'honneur) ?
- ▶ Existe-t-il des associations de lutte contre ces violences ?

## Stratégies et bonnes pratiques

- ▶ Playdoyer auprès des ministères pour lutter contre les violences faites aux femmes, aux enfants et aux adolescents ; mise en place de lois et de sanctions plus sévères à l'endroit des auteurs des violences.
- ▶ Formations et sensibilisation des juges et des policiers quant aux dépôts des plaintes.
- ▶ Formation du personnel médical et formation de conseiller(ère)s psychosociaux(sociales).
- ▶ Mise en place de structures spécifiques dédiées à la prise en charge des victimes.
- ▶ Développement et soutien aux associations de femmes soutenant les victimes de violences et de lutte contre les E/MGF.
- ▶ Enregistrement systématique des viols, violences et E/MGF dans les services de santé et de police (collecte conjointe).
- ▶ Sensibilisation des populations (médias, théâtres, magazines).
- ▶ Sensibilisation des femmes à la reconnaissance des violences et accompagnement de leur prévention.
- ▶ Sensibilisation et éducation des hommes par les pairs – associations d'hommes et/ou associations de femmes luttant contre ces violences.
- ▶ Implications des leaders politiques et religieux locaux pour impulser des changements de comportements.

## % Indicateurs

- ▶ Nombre de viols, violences et E/MGF (et évolution dans le temps).
- ▶ Existence de lois et niveau de mise en œuvre de ces lois.
- ▶ Nombres d'associations de femmes luttant contre les différentes sortes de violences.
- ▶ Décompte des sanctions imposées aux auteurs de viols, violences, MGF.
- ▶ Développement d'associations ou de mouvements d'hommes impliqués dans la lutte contre les violences liées au genre.
- ▶ Nombre et taille des associations de femmes et d'hommes impliqués dans la lutte contre les violences faites aux femmes.



## Utiliser le sport pour changer les mentalités

« **Coaching boys into men** » est une campagne multimédia qui se sert du sport pour encourager les garçons à adopter des modèles de masculinité respectueux des femmes. Pour cela, le Fonds de prévention de la violence familiale (Family Violence Prevention Fund – FVPF) a établi un partenariat avec l'association nationale des entraîneurs sportifs pour impliquer les entraîneurs dans les efforts menés dans le cadre de la campagne. Les hommes sont incités à jouer un rôle modèle auprès des garçons qu'ils entraînent et sur lesquels ils peuvent avoir une certaine influence. Le partenariat inclut la création de matériel pédagogique pour aider ces entraîneurs à transmettre des messages et à débattre de la violence faite aux femmes, dans les vestiaires et sur le terrain.

### Manuel de coaching international

En 2006, l'organisation « Futures Without Violence » a lancé le programme mondial « Coaching Boys into Men » avec le soutien de l'UNICEF. Sur la base de l'outil existant aux États-Unis, un manuel pour les coachs a été élaboré et imprimé en anglais, espagnol et français. Après une distribution dans plus de 150 pays, le manuel a été traduit en portugais et en italien et des programmes pilotes ont été lancés dans plusieurs pays ([manuel téléchargeable à l'adresse : www.coaches-corner.org](http://www.coaches-corner.org)).

### L'exemple du cricket en Inde

En partenariat avec la Fondation Nike et le Centre international de recherche sur les femmes, « Futures Without Violence » a lancé en 2010 « Parivartan », une variante du programme « Coaching Boys into Men » adaptée au contexte culturel indien et mise en place au sein de ligues junior de cricket à Bombay.

Compte tenu de sa grande popularité en Inde, le cricket a une force d'influence unique sur les comportements et les croyances des adolescents. Facile à mettre en place et à adapter au contexte, le programme Parivartan constitue un levier de qualité pour combattre les stéréotypes et les rôles genrés et prévenir la violence dans les relations filles-garçons / femmes-hommes. Partant du principe que les coachs, les leaders communautaires et les mentors ont une forte influence et constituent de modèles pour les jeunes hommes, le programme Parivartan a mis en place un programme hebdomadaire à l'intention des coachs ainsi que des messages éducatifs à destination des communautés.

Pour télécharger le programme Parivartan : [parivartan.futureswithoutviolence.org](http://parivartan.futureswithoutviolence.org).



## La campagne du Ruban blanc

La campagne du Ruban blanc (WRC – White Ribbon Campaign) est l'initiative la plus importante réalisée à l'échelle mondiale pour impliquer les hommes dans l'élimination de la violence masculine contre les femmes. Lancée au Canada en 1991 après le massacre de 14 étudiantes de l'École Polytechnique de Montréal, la WRC est présente dans plus de 55 pays et est conduite par des hommes et des femmes, même si elle se concentre sur l'éducation des garçons et des hommes. À l'origine, le ruban était le symbole de l'opposition masculine au phénomène de la violence faite aux femmes, mais dans de nombreuses écoles et communautés de la planète, il est porté par tous. Pour les hommes et les garçons, le ruban représente une promesse personnelle de « *ne jamais commettre,*

*tolérer ou garder le silence sur la violence contre les femmes et les filles* ». Pour les femmes et les filles, le ruban est une preuve de reconnaissance que les hommes et les garçons ont un rôle à jouer et une responsabilité pour mettre fin à la violence faite aux femmes. La WRC a également produit du matériel éducatif pour aider le personnel enseignant et les leaders communautaires à sensibiliser les garçons et les filles et leur apporter des compétences sur les relations égalitaires et justes. Ce matériel a été utilisé dans plus de 3 000 écoles d'Amérique du Nord et a eu une influence positive sur les attitudes, les connaissances et les comportements liés à la violence contre les femmes.

Source : [www.whiteribbon.ca](http://www.whiteribbon.ca)

En 2000, les adolescents<sup>15</sup> représentaient 29 % de la population des pays en développement et 32 % de la population des pays les moins avancés. Si la jeunesse est généralement la période de la vie où les individus connaissent le moins de problèmes de santé, l'adolescence, avec les changements psychiques et corporels qui la caractérisent et l'entrée potentielle dans la sexualité, s'accompagne cependant de besoins nouveaux en matière de santé. Or, les besoins en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents et adolescentes demeurent largement insatisfaits. Dans le rapport 2013 « Adolescentes, jeunes femmes et développement » réalisé par PLAN France pour le ministère des Affaires étrangères, on peut lire que si les besoins spécifiques des filles et des femmes à tout âge doivent être pris en compte dans les politiques, programmes et projets de développement, « *l'adolescence reste un âge durant lequel les facteurs de vulnérabilité sont concentrés*<sup>16</sup> ». Parmi ces facteurs, on peut citer la déscolarisation, les mariages précoces et les grossesses adolescentes, les maladies sexuellement transmissibles, l'exploitation par le travail, les situations de conflits, les traditions patriarcales fortes, l'isolement social, etc. Il est important ici de noter que les 600 millions d'adolescentes vivant à l'heure actuelle dans des pays en développement ne constituent en aucun cas un groupe homogène : les conditions de vie, les besoins et les difficultés peuvent être extrêmement variables selon la situation socioéconomique, le statut matrimonial, le fait d'être mère ou enceinte, d'être scolarisée ou de travailler, etc. Il faut également se prémunir d'une vision ethnocentrique lorsqu'on aborde la question de l'adolescence : la délimitation de cette période varie selon les critères culturels et sociaux pris en compte pour délimiter la fin de l'enfance et le début de l'âge adulte.

## L'adolescence et les facteurs de vulnérabilité

Les facteurs de morbidité ne sont pas neutres en fonction du genre : ainsi, les garçons sont surreprésentés dans les cas d'incapacité ou de décès liés à un accident de la route, ou à un accident plus généralement, tandis que l'anémie en fer concerne davantage les jeunes filles. Quant à la dépression et au suicide, les facteurs qui y conduisent ne sont pas neutres non plus du point de vue du genre – compte tenu des conditions de vie, des rôles et des difficultés différentes des garçons et des filles. De nombreux troubles mentaux apparaissent au début de l'adolescence et nécessitent une prise en charge rapide et efficace. Or, la santé mentale reste insuffisamment prise en compte dans de nombreux pays et ne fait pas l'objet de politiques ni de projets de développement de la même envergure que la santé sexuelle et reproductive.

Concernant cette dernière, on peut noter plusieurs enjeux particuliers de vulnérabilité à l'adolescence. Parmi les 16 millions d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans qui deviennent mères chaque année, 90 % vivent dans des pays en développement. Comme le soulignent l'OMS et le FNUAP<sup>17</sup>, si pour certaines, la grossesse est planifiée et désirée, dans bien des cas elle peut découler d'un mariage précoce, d'une absence de possibilité d'éviter cette grossesse (absence d'information, manque d'accès à la contraception, ...), d'un rapport forcé ou de la difficulté/l'impossibilité d'avoir accès à un avortement sûr et légal. En 2008, 3 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans ont subi un avortement à risque. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement demeurent la première cause de mortalité à l'échelle mondiale chez les jeunes filles de cette tranche d'âge (OMS). L'accès à l'information sur la contraception, à des services adaptés, aux soins prénatals de qualité ainsi qu'à l'avortement (lorsque la législation l'autorise) dans de bonnes conditions constitue donc un enjeu primordial.

<sup>15</sup> Généralement, on considère comme population adolescente les individus âgés de 10 à 19 ans et comme « jeunes adultes » les individus âgés de 19 à 25 ans (FNUAP, PLAN).

<sup>16</sup> « Adolescentes, jeunes femmes et développement », rapport 2013, Ministère des Affaires étrangères, p.6.

<sup>17</sup> « Prévenir les grossesses précoces et leurs conséquences en matière de santé reproductive chez les adolescentes dans les pays en développement : les faits », OMS, FNUAP, 2012.



Comme évoqué brièvement au sujet des grossesses non désirées, la violence n'est malheureusement pas absente des enjeux de santé sexuelle et reproductive des adolescentes. À l'échelle mondiale, 30 % des jeunes filles entre 15 et 19 ans sont soumises à la violence d'un partenaire. Selon ONU Femmes, 30 % des premiers rapports sexuels sont des rapports contraints. Parmi les filles âgées de moins de 15 ans au moment de leur première relation sexuelle, ce taux s'élève à 45 %.

Dans bien des contextes, les relations sexuelles non consenties entre époux ne sont pas considérées comme des viols et ne peuvent pas être punies : seuls 52 pays ont adopté une législation condamnant le viol conjugal.

On peut également évoquer le poids de la coercition et des normes de genre : dans de nombreux contextes, les traditions (religieuses et/ou culturelles) induisent une forte pression sociale pour que les jeunes filles soient vierges au mariage. Cet interdit, ainsi que les tabous qui entourent parfois la sexualité, ont pour conséquence un manque voire une absence d'informations sur le sujet, qui a un impact direct sur l'accès à la contraception et à la planification familiale.

La méconnaissance de la sexualité n'est pas spécifique aux filles. Des enquêtes ont montré que les adolescents et les jeunes hommes sont largement ignorants de la sexualité de leurs partenaires, ne discutent pas avec elles des questions de santé et notamment de prévention du VIH/SIDA et des autres maladies sexuellement transmissibles, qu'ils ont des idées fausses sur les préservatifs et autres méthodes contraceptives et n'ont souvent qu'un accès limité à ceux-ci (FNUAP, 2000). La Conférence Internationale sur la population et le développement (CIPD) reconnaît que « *les besoins des adolescents en tant que groupe ont été jusqu'à présent largement ignorés et que le comportement sexuel responsable, la sensibilité, et l'équité dans les relations de genre inculqués pendant les années de formation permettraient de valoriser et promouvoir un partenariat harmonieux entre les hommes et les femmes.* »

Il apparaît donc crucial de **mener des campagnes d'éducation sexuelle** (prévention des IST/MST et des grossesses non désirées notamment) **et de sensibilisation autour des violences** et contraintes que les jeunes filles peuvent rencontrer à l'adolescence, qui s'adressent **aussi bien aux garçons qu'aux filles et à leurs familles (hommes et femmes).**

## Questions clés

- ▶ Concernant la situation des adolescents : dispose-t-on de données désagrégées par sexe concernant leur état de santé général ? Et celui d'adolescents non scolarisés et/ou vivant dans la rue ?
- ▶ De quelles données dispose-t-on par rapport à l'exploitation sexuelle, aux viols et aux violences subies par les adolescentes ?
- ▶ Quel est le taux de grossesses adolescentes ? Comment évolue-t-il ?
- ▶ Des associations d'adolescents et/ou d'adolescentes (spécifiques aux jeunes filles) sont-elles identifiables ?
- ▶ Des programmes de santé nationaux et/ou gouvernementaux en direction des adolescents ont-ils été adoptés (concernant la sensibilisation à la santé reproductive et au planning familial notamment) ?
- ▶ Les actions de sensibilisation et la promotion de l'accès des adolescent(e)s aux services de SSR et planification familiale s'adressent-elles / mobilisent-elles aussi bien les garçons que les filles ?
- ▶ Le personnel médical et les conseillers psycho-sociaux sont-ils formés à la prise en charge des adolescent(e)s (et notamment au respect de leur intimité) ?
- ▶ Les parents connaissent-ils les besoins spécifiques des adolescent(e)s ? La santé des adolescent(e)s et les enjeux spécifiques qui y sont associés sont-ils abordés dans les médias ? Ou lors de campagnes de sensibilisation ?



## Stratégies possibles

**Dix recommandations** ont été élaborées par le groupe de travail « Adolescentes, jeunes femmes et développement » pour une meilleure prise en compte de leurs besoins dans les politiques, les programmes et projets de développement. Ces recommandations, qui figurent dans le rapport de **PLAN**<sup>18</sup>, sont les suivantes :

- 1) Tenir compte de la diversité des situations couvertes par les termes « filles en situation de vulnérabilité ».
- 2) Mettre en place des projets en faveur de l'autonomisation des adolescentes et des jeunes femmes par et pour une plus grande égalité entre filles et garçons, entre hommes et femmes.
- 3) Tenir compte des besoins et des priorités tels qu'exposés par les filles en leur donnant la parole et les moyens de s'exprimer sur tous les sujets qui les concernent.
- 4) Privilégier une approche par cycle de vie qui permet de repérer les risques et les opportunités, les obstacles et les atouts, ainsi que les besoins et les priorités, propres à chaque âge et d'agir dessus.
- 5) Dépasser les approches sectorielles en recherchant une approche holistique, multisectorielle, pluri-acteurs, à même d'améliorer les conditions de vie et l'autonomisation des filles dans leur ensemble.
- 6) Agir sur les trois dimensions du changement, selon une approche fondée sur les droits, au niveau individuel, au niveau socioéconomique et au niveau institutionnel, pour obtenir des changements pérennes dans les conditions de vie et la position sociale des filles.
- 7) Concentrer et/ou renforcer les efforts sur l'éducation (...).
- 8) Promouvoir l'enregistrement des filles à la naissance (...).
- 9) Développer des standards communs de mesure de l'autonomisation des filles.
- 10) Prévoir les ressources humaines et financières à même de permettre la prise en compte de toutes les recommandations formulées.

Outre ces recommandations, certaines pratiques peuvent également contribuer à une meilleure prise en compte et à un meilleur traitement des problèmes spécifiques rencontrés par cette catégorie :

- ▶ plaidoyer auprès des ministères pour intégrer un volet spécifique aux adolescent(e)s (droits de l'enfant) ;
- ▶ enregistrement systématique des viols, violences et MGF dans les services de santé (données par âge, sexe et quintile de richesse) ;
- ▶ formation et sensibilisation du personnel médical et psychosocial aux problèmes spécifiques des adolescent(e)s ;
- ▶ identification des adolescent(e)s dans une situation vulnérable ou à risque (marginalisé(e)s, enceintes, risque d'enrôlement dans des groupes armés, homosexuel(le)s, non scolarisés, enfant des rues...) ;
- ▶ rapprochement et appui aux organisations et associations adolescentes ; soutien et incitation à la création de centres dédiés aux adolescent(e)s ;
- ▶ sensibilisation des différentes populations (parents, adolescents et leaders politiques et/ou religieux) dans divers milieux (scolaire, extra-scolaire, médical,...) et par différents moyens (médias, théâtres, magazines...).

<sup>18</sup> Ibid. p.9



## Connaissances et traitement vont de pair

Au **Bangladesh**, l'ONG Jatiya Taruh Sanga a travaillé avec l'OMS et l'Assemblée mondiale de la jeunesse pour améliorer la santé nutritionnelle des jeunes femmes, par la prescription de compléments nutritionnels s'ajoutant à une éducation sur la santé. L'objectif était de réduire la mortalité et la morbidité maternelles dans une société où près de la moitié des jeunes femmes sont mères avant l'âge de 17 ans. Environ 8 000 femmes âgées de 15 à 20 ans étaient ciblées dans des campagnes combinant l'adminis-

tration de compléments en fer et en acide folique et la présentation de cours sur la nutrition. Au bout de quatre mois, l'ONG a noté une augmentation de la taille et du poids des participantes. Elle pense que les femmes étaient plus enclines à accepter l'intervention sanitaire et à continuer de prendre les compléments en fer et en acide folique car elles comprenaient, grâce aux cours de santé, qu'ils leur étaient bénéfiques.

Source : OMS.<sup>19</sup>



## Le Centre pour Adolescents de Naguru

Le Centre d'information et de santé pour adolescents de Naguru est rattaché à un centre de santé à 5 miles de Kampala, en **Ouganda** qui fournit des services abordables, accessibles et confidentiels. Ce service est né de l'initiative de quelques professionnels, mais s'est développé en un centre « tout en un » offrant une vaste gamme de services, y compris des services prénatals, de maternité et de prévention des maladies sexuellement transmissibles. Il est financé par le FNUAP et est soutenu par le ministère de la Santé. Le Dr Florence Abanyat, Commissaire adjointe des services de santé reproductive, souligne qu'un tiers des mères qui meurent en couches dans les établissements de santé de Kampala sont des adolescentes. La fréquentation du centre de Naguru par les jeunes a doublé, passant de 3 700 à plus de 8 000 entre 1996 et 1999. Il fournit des services aux jeunes couples mariés et négocie avec les écoles pour permettre aux jeunes femmes enceintes non

mariées de rester en classe aussi longtemps que possible. Les jeunes se forment ici comme éducateurs de santé pairs bénévoles, et ont réussi à atteindre d'autres jeunes, particulièrement par le biais d'un programme de radio innovant. Les éducateurs de la communauté accueillent un programme de phonie (appels téléphoniques diffusés en direct) sur Radio Simba financé par l'UNICEF. Le Speak Out Teen Show vise les jeunes sortis de l'école ainsi que les parents. Plus de la moitié des adolescents qui utilisent le centre en ont entendu parler grâce au spectacle organisé. Certains viennent pour parler publiquement de la manière dont ils ont géré leurs problèmes. Edith Musika, responsable du projet, a déclaré : « *Un aspect qui est pour nous essentiel est que les jeunes acceptent le Centre de Naguru comme leur propre lieu. Nous prenons notre temps, nous les comprenons et dansons à leur rythme* ».

Source : « Services de santé adaptés aux adolescents : un programme pour le changement », OMS, 2002. Accès URL : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf)

<sup>19</sup> « Services de santé adaptés aux adolescents : un programme pour le changement », OMS, 2002. Accès URL : [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_02.14\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69750/1/WHO_FCH_CAH_02.14_fre.pdf)



## Le rôle de l'école dans la sensibilisation et l'éducation sexuelle

D'octobre 2014 à juin 2015, une équipe de chercheurs béninois a mené, sous la direction de l'anthropologue de la santé Yannick Jaffré, une recherche dans une quinzaine de collèges, sur les pratiques et les représentations de la sexualité des adolescent(e)s. Il en ressort que l'école est un lieu clef pour améliorer les problèmes de santé reproductive, pour plusieurs raisons :

- ▶ l'école est un lieu de socialisation des enfants et de transmission d'informations fiables et utiles. Elle jouit d'une certaine légitimité ;
- ▶ même si tous les élèves ne sont pas scolarisés dans le secondaire, l'école permet tout de même de toucher 900 000 « auditeurs potentiels » ;

▶ en comparaison de campagnes sanitaires ponctuelles, l'école permet un travail plus approfondi, plus régulier et sur un temps plus long sur des problématiques qui nécessitent de la confiance et un dialogue, telles que la sexualité et la planification familiale.

L'équipe a également élaboré un livret regroupant des propos d'enfants et d'adultes, qui avait pour vocation de servir de support neutre suscitant des réflexions et des échanges sur la parentalité et la santé reproductive, à l'école, mais aussi au sein de la famille (instauration d'un dialogue parents-enfants). Ce livret a permis l'acquisition de nouveaux savoirs (sur les risques de l'accouchement, les moyens de contraception...) et de nouvelles compétences sociales (un plus grand recours aux parents en cas de grossesse non désirée par exemple).

Source : AFD

Lien vers la note technique « *École et santé de la reproduction : une recherche-action dans les départements du Littoral et de l'Atlantique au Bénin* », Yannick Jaffré, Salomé Ahouangonou, Amel Dahounto et Pamphile Viayinon, 2015.

Lien vers le livret pédagogique « *Décider sa vie et construire sa famille - Réfléchir ensemble pour améliorer la santé maternelle* ».

De manière générale, l'amélioration des services de santé et l'évolution des pratiques nécessitent de travailler en lien avec les populations, à travers des activités d'information, de sensibilisation et de consultation. Ces activités de dialogue sont un moyen privilégié pour intégrer le genre. En effet, qu'il s'agisse d'un échange d'informations, de processus de consultation, de la mise en place d'un système de santé communautaire ou de sessions de formations, les interactions avec les hommes et les femmes sont différentes et dépendent du contexte local.

Ci-dessous sont listés les éléments les plus sensibles à prendre en compte pour les activités de communication pour le changement de comportement (CCC), d'information, de consultation ou d'intermédiation sociale :

- ▶ les femmes et les hommes utilisent ou ont accès à des sources et/ou des canaux d'information différents (en Éthiopie, par exemple, les femmes n'écoutent guère la radio mais elles discutent plus facilement entre pairs) ;
- ▶ prendre en compte la variété des taux d'alphabétisation (selon le sexe et le statut socioéconomique) ;
- ▶ utiliser / développer des outils de communication adaptés au contexte (culturel, technologique) et au niveau d'éducation des groupes ciblés ;
- ▶ porter une attention particulière à l'utilisation des langues véhiculaires, au vocabulaire (éviter le jargon technique), la compréhension des termes notamment techniques (plus facilement maîtrisés par les hommes). Préférer une collecte des termes véhiculaires et si possible effectuer un travail sur la circulation des expressions et leurs appropriations. Ces éléments peuvent être hautement variables selon le sexe et le statut socio-économique ;
- ▶ faire attention aux horaires et aux lieux des réunions des hommes et des femmes (les normes socioculturelles peuvent interdire l'accès à certains lieux aux hommes ou aux femmes et les horaires de travail sont souvent différents), de manière à garantir la disponibilité et la participation de tous/toutes ;
- ▶ l'expression en public peut être contrainte par des normes de bienséance ou le respect de hiérarchies sociales qui vont toucher autant les animateurs que le public (les femmes interdites de prendre la parole devant des hommes ou des hommes gênés d'aborder certains sujets devant les femmes pour les animateurs). **Des équipes mixtes d'animateurs et/ou maîtrisant plusieurs langues vernaculaires sont donc indispensables ;**
- ▶ porter attention à la circulation de l'information au sein du ménage et des groupes cibles (enjeux de pouvoir, séniorité, rétention d'information, absence de prise en compte de certaines catégories de populations, etc.).

Des activités CCC ont plus de chances d'être efficaces si elles mobilisent les femmes et les hommes, mais aussi les différents groupes socioéconomiques stratégiques, en fonction des contraintes et des possibilités des uns et des autres. L'enjeu principal est donc d'engager un processus de consultation, de sensibilisation ou de participation en mobilisant les différents groupes sociaux de façon adaptée.

## Questions clés

- ▶ Quelles sont les contraintes matérielles, culturelles et sociales limitant la participation des femmes et des hommes ?
- ▶ Quels sont les incitations et/ou intérêts pour les hommes et les femmes des différentes catégories socioéconomiques à participer aux activités CCC ?
- ▶ Quels sont les différents canaux d'informations utilisés et les modalités de participation préférés par les femmes et par les hommes ?
- ▶ Des sessions de consultations/sensibilisations séparées avec les femmes sont-elles nécessaires ?
- ▶ Existe-t-il des organisations formelles ou informelles de femmes ou d'hommes qui pourraient être mobilisées ?

## Stratégies et bonnes pratiques

- ▶ Les points de vue, pratiques et préférences des hommes et des femmes doivent être distingués et documentés.
- ▶ Intégrer les hommes dans les activités de sensibilisation.
- ▶ Les équipes d'animateurs doivent être mixtes et ces derniers doivent avoir une connaissance et une expérience du contexte culturel et des enjeux de genre locaux, ainsi qu'une capacité d'écoute avérée.
- ▶ Une approche itérative et participative de la définition du projet permet de mieux intégrer le genre qu'une approche top-down.
- ▶ Identifier et impliquer les organisations formelles et informelles de femmes et d'hommes qui peuvent faciliter la participation et les activités CCC.

## % Indicateurs

- ▶ Nombre de femmes interrogées lors des enquêtes et des activités IEC (et ratio femmes/hommes associé).
- ▶ Nombre de réunions tenues avec uniquement des femmes (et ratio réunions femmes/réunions mixtes ou hommes).
- ▶ Nombre d'actions de formation/sensibilisation ayant ciblé spécifiquement les femmes/les hommes (et ratio formations ciblant les femmes/formation non ciblées).



## Le « divertissement éducatif » comme outil de sensibilisation

*Puntos de Encuentro* au **Nicaragua** et *Soul City* en **Afrique du Sud** sont les deux exemples les plus connus de « divertissements éducatifs » utilisés dans la lutte contre les violences liées au genre. Ces initiatives consistent à combiner le divertissement et l'éducation en utilisant des feuillets radiophoniques et télévisés aux heures de grande écoute, en plus d'un grand nombre d'autres stratégies de communication. Ces organisations ont conçu des campagnes pour sensibiliser, modifier les comportements, changer les normes et attitudes sociales et démontrer les conséquences de certaines pratiques, tout en abordant toute une série de questions de santé et de développement.

Sources : Solórzano et al., 2008 et Guedes, 2004.

Une évaluation récente du projet de *Puntos de Encuentro* « *Somos Diferentes, somos iguales* » (SDSI) (« Nous sommes différentes, nous sommes égales ») révèle que la diffusion des campagnes a eu des résultats significatifs. Cela a permis une réduction notable des attitudes stigmatisantes et discriminatoires, une augmentation de l'utilisation des services VIH/SIDA et une amélioration de la communication interpersonnelle sur le sujet de la prévention du VIH/SIDA et du comportement sexuel. De plus, on constate que le SDSI a joué un rôle important dans la promotion d'un dialogue au niveau communautaire entre les différentes organisations sur des sujets clés.

# SECTION 3

## INTÉGRER LE GENRE DANS LA PHASE D'IDENTIFICATION ET D'INSTRUCTION DU PROJET

Cette section comporte les fiches suivantes :

- Fiche 1** : Intégration du genre dans le cycle du projet – p. 46
- Fiche 2** : Clés pour une analyse genre – p. 47
- Fiche 3** : Questions clés lors de l'identification – p. 53
- Fiche 4** : Notations marqueur CAD / Avis développement durable et exigences minimales – p. 55
- Fiche 5** : Questions clés lors de l'instruction – p. 57
- Fiche 6** : Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées – p. 59
- Fiche 7** : Intégrer le genre dans les études de faisabilité – p. 64
- Fiche 8** : Les indicateurs – p. 68
- Fiche 9** : Genre et diligences environnementales et sociales – p. 72
- Fiche 10** : Dialogue avec les partenaires sur le genre – p. 74



# FICHE 1

## INTÉGRATION DU GENRE DANS LE CYCLE DU PROJET

Cette fiche explique quelles actions mener à quel moment pour intégrer le genre tout au long du cycle du projet AFD. Elle peut également servir pour le cycle de projet de DPO qui comprend les mêmes grandes étapes du cycle de projet.

COMITÉS ET DOCUMENTS	ACTIONS GENRE	FICHES GENRE	DILIGENCES E&S*
<b>IDENTIFICATION</b>			
<p><b>Fiche d'Identification de Projet (FIP)</b></p> <p style="text-align: center;">Comité d'Identification</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1<sup>er</sup> questionnement sur le genre pour identifier <i>a priori</i> les enjeux (risques et opportunités) : diagnostic et analyse genre préalable.</li> <li>Début du dialogue avec la contrepartie sur l'intégration du genre dans le projet.</li> <li>Intégration du genre dans les études de diagnostic (faisabilité) pour avoir le contexte genre de départ (données désagrégées) et préciser les points et modalités d'intégration du genre dans le projet.</li> </ul> <p>→ Finalisation de la FIP – Identification de la notation CAD-DD.</p>	<p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p> <p><b>Fiche 3 :</b> Questions clés lors de l'identification</p> <p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p> <p><b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité</p> <p><b>Fiche 9 :</b> Genre et diligences environnementales et sociales</p> <p><b>Fiche 4 :</b> Notations marqueur CAD/ Avis développement durable et exigences minimales</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation E&amp;S initiale (classement A, B+, B, C).</li> <li>Évaluation des enjeux de genre.</li> </ul>
<b>INSTRUCTION (faisabilité et évaluation)</b>			
<p><b>Fiche de Présentation de Projet (FPP)</b></p> <p style="text-align: center;">Comité de crédit</p> <p><b>Note au Conseil d'Administration (NCA)</b></p> <p style="text-align: center;">Conseil d'Administration</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sur la base des résultats de la faisabilité et de la mission d'identification, déterminer :               <ul style="list-style-type: none"> <li>les objectifs genre et les exigences minimales du projet ;</li> <li>les indicateurs désagrégés pour le suivi de l'intégration du genre durant la mise en œuvre du projet.</li> </ul> </li> <li>Poursuite du dialogue avec la contrepartie et avec les autres acteurs du projet.</li> </ul> <p>→ Finalisation de la FPP – Confirmation de la notation CAD-DD.</p>	<p><b>Fiche 5 :</b> Questions clés lors de l'instruction</p> <p><b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées</p> <p><b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs</p> <p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'action genre.</li> <li>EIES/Évaluation E&amp;S restreinte.</li> <li>CGES/PGES/PEES</li> <li>Cadre de politique de réinstallation/ Plan d'action de réinstallation / Plan succinct de réinstallation.</li> </ul>
<b>EXÉCUTION</b>			
<p><b>Convention</b></p> <p><b>Rapports de suivi d'exécution</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi des indicateurs définis durant l'instruction : intégration du genre dans les rapports de suivi réguliers du projet/dans les missions de supervision.</li> </ul>	<p><b>Fiche 11 :</b> Questions clés lors de la supervision</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clauses E&amp;S des DAO.</li> <li>Engagements d'information E&amp;S pour les rapports de suivi des PGES/PEES/ PAR/Clauses E&amp;S.</li> </ul>
<b>POST-ÉVALUATION</b>			
<p><b>Rapport d'achèvement de Projet (RAP)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation <i>ex post</i> des résultats obtenus en termes de genre, sur la base notamment des indicateurs définis durant l'instruction.</li> </ul>	<p><b>Fiche 12 :</b> Questions et points clés de l'évaluation <i>ex post</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de suivi E&amp;S.</li> </ul>

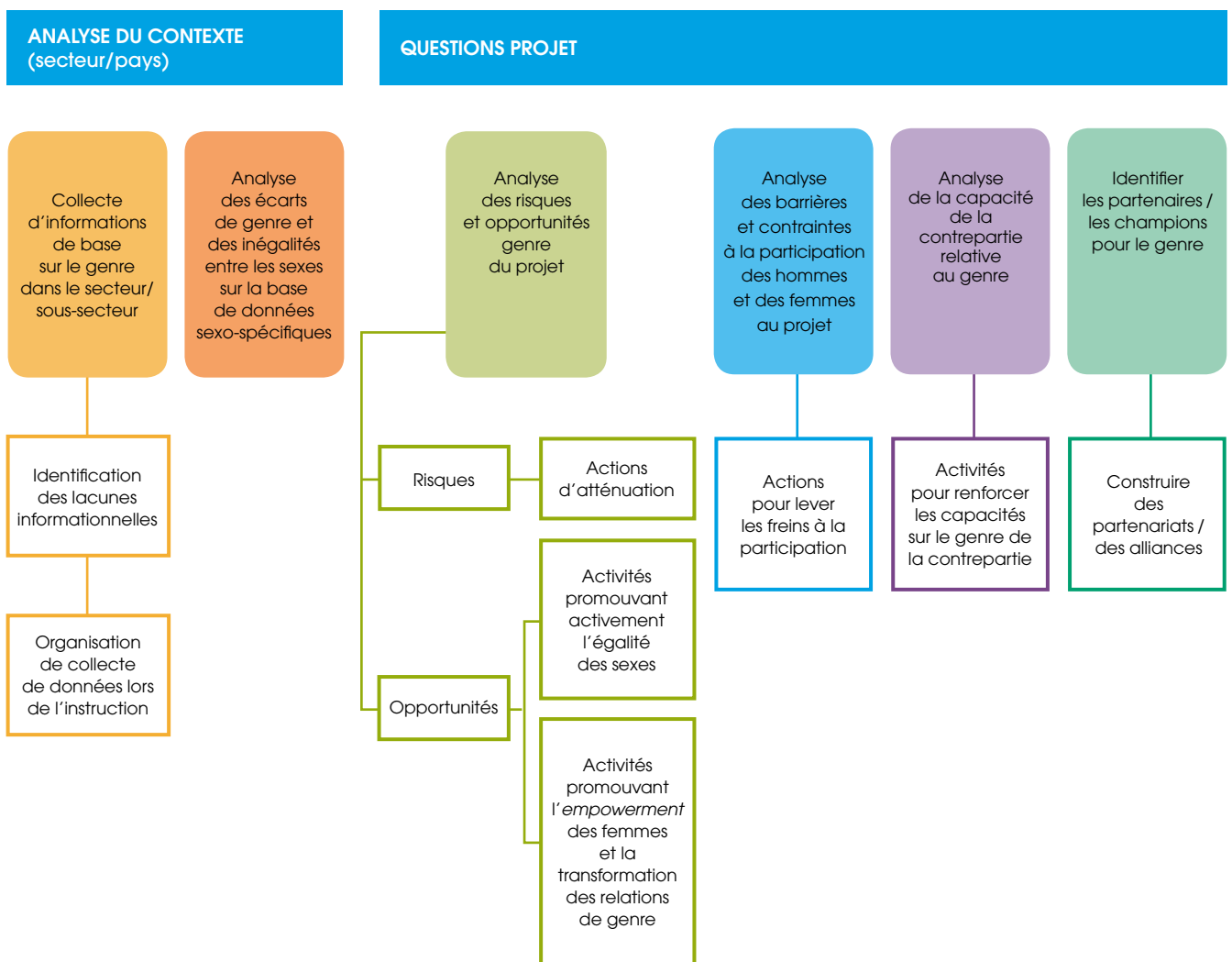
\* Voir la boîte Genre et Diligences E&S pour plus de précisions.

Cette fiche présente les points d'application d'une analyse genre, de manière générique puis sur le secteur de la santé. Elle peut être utilisée par les chefs de projet et les personnels d'agence, durant la préparation des projets (identification et d'instruction). Les différents types d'analyse proposés dans cette fiche peuvent se faire successivement ou en parallèle ; **il n'y a pas d'ordre chronologique précis à suivre pour leur réalisation.**

Cette fiche peut également servir de base pour rédiger une composante spécifique sur le genre dans les TdR des études de faisabilité, d'impact ou autres études complémentaires.

Elle complète les **Fiches 3** et **5** sur les questions clés lors de l'identification et de l'instruction.

## ANALYSE DU GENRE AU COURS DES PHASES D'IDENTIFICATION ET D'INSTRUCTION



## L'analyse genre des projets santé

Dans certains secteurs, comme l'éducation, l'agriculture ou la santé, l'analyse de genre peut utiliser des données sur les inégalités entre les sexes à partir de variables définies. On analysera les écarts de taux de scolarisation filles/garçons, les écarts en terme de possession de titre fonciers formels ou d'accès à la terre reconnus, les variations des taux de morbidité ou de mortalité de telle ou telle maladie selon les sexes, ou bien encore les différences dans les accès aux services de santé. Ces différentes variables peuvent être lues au niveau individuel.

Les éléments ci-dessous (données à récolter, questions types à se poser) présentent les principaux points à aborder pour intégrer les enjeux de genre dans la définition du projet. Ces éléments peuvent être facilement inclus dans des TdR d'études de faisabilité.

### COLLECTE D'INFORMATIONS DE BASE SUR LE GENRE DANS LE SECTEUR SANTÉ

<p><b>Données sexo-spécifiques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Données sur les états de santé des hommes et des femmes (aux différents âges).</li> <li>▶ Données sur l'accès, la qualité, l'expérience/la satisfaction de l'offre de santé : désagrégation des données.</li> <li>▶ Données périphériques sur le niveau d'éducation, l'exclusion, la vulnérabilité socioéconomique.</li> <li>▶ Par âge, régions, milieu urbain/rural, statut socioéconomique, quintile de richesse, niveau d'éducation.</li> </ul>
<p><b>Documents législatifs et de politique</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Du secteur/sous-secteur relatif au genre.</li> <li>▶ Des ministères (ou des bureaux) ayant en charge/travaillant sur genre (ministère de l'Intérieur, des Affaires sociales, etc.).</li> </ul>
<p><b>Documents budgétaires</b></p>	<p><b>Information sur les budgets sensibles au genre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Budget ciblant le genre.</li> <li>▶ Budget visant l'équité dans l'accès à la santé (à titre indicatif, on pourra consulter des exemples dans le secteur de l'éducation, de l'emploi, des infrastructures).</li> <li>▶ Budget général ayant un impact positif ou négatif sur les femmes/filles ou les hommes/garçons – ex : budget aide sociale).</li> </ul>

### IDENTIFICATION DES LACUNES INFORMATIONNELLES

#### ANALYSE DES ÉCARTS DE GENRE ET DES INÉGALITÉS ENTRE LES SEXES SUR LA BASE DES DONNÉES SEXO-SPÉCIFIQUES

<p><b>Comment expliquer et évaluer les écarts de genre?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Niveau macro : normes sociales, politiques</b> Ex : Attitudes culturelles, religieuses et sociales sur la valeur de la santé pour les femmes et les hommes; perceptions et constructions de la masculinité/féminité ; droits des femmes, de la famille, des enfants, des minorités. Ex : Politiques nationales d'égalité des chances et de réduction des inégalités entre les sexes.</li> </ul>
<p><b>Comment expliquer et évaluer les inégalités entre les hommes et les femmes en termes de santé ?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Niveau meso : organisations/Institutions, communautés</b> Ex : Représentation équitable des hommes et des femmes dans les postes à responsabilité ; politique d'égalité des chances ; integration du genre dans les interventions dans le secteur de la santé. Ex : Mariages/grossesses précoces ; degré de violence faites aux femmes et aux jeunes filles ; pauvreté ; place des femmes chez les leaders communautaires ; culture et croyances</li> <li>▶ <b>Niveau micro : établissements, familles ; individus</b> Ex : Politique d'accès aux soins (SSR, SMNI, etc.) ; parité ou représentation des hommes et des femmes aux différents niveaux hiérarchiques du soin; qualité du système de soin. Ex : représentations ; pauvreté ; valeur accordée à la santé (hommes et femmes).</li> </ul>



**ANALYSE DE LA DEMANDE : LES HOMMES ET LES FEMMES EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRES DES SERVICES DE SANTÉ**

<p><b>Le rapport à la santé des hommes et des femmes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quelles sont les conceptions/perceptions des hommes et des femmes sur la santé et les services de santé ?</li> <li>▶ Quels sont les besoins des hommes et des femmes en termes de santé ?</li> <li>▶ Quels sont les besoins en santé des adolescents et/ou des personnes âgées ?</li> <li>▶ Qui s'occupe de la santé des membres d'un ménage (enfants, adolescents, personnes âgées) – qui prend en charge le <i>care</i> ?</li> <li>▶ Quel est le rapport des hommes au <i>care</i> ?</li> </ul>
<p><b>Accès et recours aux centres de santé</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quelles sont les contraintes pesant sur l'accès aux soins pour les hommes et pour les femmes (ex. les hommes n'ont pas le temps, les femmes n'ont pas les ressources ou le temps) ?</li> <li>▶ Les hommes et les femmes ont-ils le même accès aux centres de santé ?</li> <li>▶ Qui les utilisent le plus ?</li> <li>▶ Qui décide des dépenses de santé/qui paie les soins (primaires, secondaires, dans des centres de référence) ?</li> <li>▶ Qui prend la décision de se rendre dans un centre de santé primaire/de référence ?</li> <li>▶ Qui paie le déplacement vers des centres de santé de référence ?</li> </ul>
<p><b>Analyse des barrières et contraintes à la participation des hommes et des femmes au projet</b></p>	<p>En termes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ d'accès aux services ;</li> <li>▶ d'accès à un service de qualité ;</li> <li>▶ d'expérience du service ;</li> <li>▶ de résultats/réussite.</li> </ul>

**ANALYSE DE L'OFFRE DE SANTÉ : LES HOMMES ET LES FEMMES EN TANT QU'ACTEURS DE LA SANTÉ (SOIGNANTS)**

<p><b>Renforcement des systèmes de santé (offre de santé)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le design technique du renforcement ou du développement des centres de santé a-t-il été discuté avec les hommes et les femmes professionnels de la santé (soignants ou acteurs de santé) ?</li> <li>▶ Les hommes et les femmes professionnels du secteur font-ils l'objet d'une analyse en termes de genre (hiérarchie médecins/infirmier(e)s/aides soignants/agents de santé) ?</li> <li>▶ Les relations entre les différents membres du personnel soignant incluant la relation médecins/infirmières font-ils l'objet d'une analyse ? D'un suivi ?</li> <li>▶ La qualité de la relation soignants/patients est-elle envisagée en termes de genre et/ou de <i>care</i> ?</li> </ul>
<p><b>Opportunités d'emplois</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quel est le taux d'emploi féminin dans le secteur de la santé ? À quels postes ?</li> <li>▶ Quel est le taux d'emploi masculin dans ce secteur ? À quels postes ?</li> <li>▶ Le Projet peut-il offrir des emplois aux femmes, aux hommes, à quels niveaux hiérarchiques ?</li> <li>▶ Le projet peut-il améliorer la visibilité à des postes à responsabilité des femmes dans le système de santé ?</li> <li>▶ Quelles sont les barrières à l'accès aux opportunités d'emploi (dont question de rétention du personnel / conditions de vie, de logement, ...) ?</li> </ul>
<p><b>Représentation aux postes à responsabilité</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Quel est le taux de représentation des femmes aux postes à responsabilité chez les acteurs de la contrepartie ?</li> </ul>
<p><b>Dimension institutionnelle</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les formations continues sont-elles proposées aussi bien aux F qu'aux H ? Ces formations incluent-elles une dimension genre ou <i>care</i> ?</li> <li>▶ Les hommes sont-ils sensibilisés aux enjeux de genre, au <i>care</i> ?</li> <li>▶ Quel est le niveau de connaissance et de sensibilité aux enjeux de genre des personnels et responsables des structures de santé ?</li> </ul>



**ANALYSE DES RISQUES ET OPPORTUNITÉS GENRE DU PROJET**

- ▶ Le projet est-il susceptible de perpétuer ou de renforcer les inégalités de genre ?
- ▶ Le projet est-il susceptible de réduire l'écart et les inégalités de genre ?

<p><b>Intégration des problématiques genre dans la définition du projet</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les connaissances, attitudes et pratiques des femmes et des hommes (bénéficiaires et soignants) sont-elles différenciées ?</li> <li>▶ Le budget du Projet inclue-t-il des lignes spécifiques pour des actions intégrant le genre ?</li> <li>▶ Les effets et les impacts sur les femmes et les hommes (bénéficiaires et soignants) sont-ils évalués, et suivis de façon distincte ?</li> </ul>
<p><b>Effets du projet sur les rapports de genre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Est-ce que le Projet affectera/créera des opportunités différentes pour les femmes et les hommes ?</li> <li>▶ Le projet répond-il aux besoins spécifiques des femmes et à ceux des hommes ?</li> <li>▶ La répartition des rôles prévue va-t-elle peser plus lourdement sur les femmes ou les hommes ?</li> </ul>
<p><b>Dans quelle mesure les rôles et responsabilités des hommes et des femmes et la division du travail vont-ils affecter le projet et vice-versa ?</b></p>	<p><b>Parmi les éléments à prendre en compte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Responsabilités familiales, domestiques (sphère privée).</b></li> <li>▶ <b>Responsabilité communautaires (sphère publique).</b></li> <li>▶ <b>Temporalité et saisonnalité des responsabilités.</b></li> <li>▶ <b>Spatialité : mobilité locale ou nationale.</b></li> </ul> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les femmes pourront-elles accéder aux centres de soins ? Peuvent-elles dégager du temps pour s'y rendre ?</li> <li>- Les hommes et les femmes emmènent-ils leurs enfants aux centres de santé (<i>care</i>) ?</li> <li>- Les femmes et les hommes sont-ils représentés parmi les soignants (médecins, infirmier(e)s, agents de santé) ?</li> <li>- les femmes accèdent-elles aux postes de médecins ? aux postes plus élevés dans la hiérarchie (représentation hiérarchique) ?</li> <li>- L'accès des hommes à des emplois de type « <i>care</i> » peut-il contribuer à modifier la division du travail et la hiérarchie au sein du couple ?</li> </ul>
<p><b>Dans quelle mesure le projet répond-il aux besoins pratiques et stratégiques et aux perspectives des hommes et des femmes ?</b></p>	<p><b>Parmi les éléments à prendre en compte :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ <b>Accès financier (coûts directs et indirects de la santé).</b></li> <li>▶ <b>Accès au transport.</b></li> <li>▶ <b>Accès aux aides (pour les femmes chefs de famille).</b></li> </ul> <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les femmes disposent-elles des ressources pour accéder à la santé (centres et médicaments) ?</li> <li>- Les femmes et les hommes ont-ils accès aux aides sociales ?</li> <li>- Les femmes et les hommes ont-ils un accès équitable aux transports ?</li> <li>- Les hommes et les femmes ont-ils accès aux emplois dans le secteur de la santé ? aux différents niveaux de la hiérarchie ?</li> </ul>



...

**Participation des hommes et des femmes au Projet de sensibilisation / prévention, d'information, d'éducation en santé**

- ▶ Quelles sont les contraintes pesant sur la participation des femmes et des hommes au projet (p.ex. en termes de disponibilité, d'horaires, de contraintes culturelles, d'accès à certains lieux ou forum) ?
- ▶ Quelles sont les actions définies par le projet pour intégrer ces contraintes et assurer la participation équitable des femmes et des hommes ?
- ▶ Les TdR des études et des activités CCC incluent-ils des demandes spécifiques sur le genre ?
- ▶ Les ressources humaines (animateurs, formateurs) et matérielles (temps, moyens de déplacement) pour les activités d'intermédiation sociale (CCC) sont-elles prévues et sécurisées ?

**Parmi les éléments à prendre en compte :**

- ▶ **Prise de décision dans la famille, l'établissement, l'organisation.**
- ▶ **Hiérarchie et effets possibles d'une autonomie accrue.**
- ▶ **Attention aux effets « rebonds ».**

Exemples :

- La hiérarchie établie au sein du couple et dans la famille permettra-t-elle aux jeunes filles mariées ou mères de famille d'accéder aux formations de santé/aux sessions de sensibilisation (en PF notamment) ?
- Le contexte familial et social est-il favorable à l'implication des hommes dans les activités d'information, de sensibilisation et de prévention ?
- Le développement de compétences individuelles, sociales et de genre induit par le projet va-t-il entraîner un meilleur équilibre du pouvoir au sein du couple et du ménage / de la communauté ?
- Attention, dans les processus d'autonomisation des femmes, aux effets rebonds : les hommes peuvent « se venger » d'être dépossédés de leur pouvoir (cf. violences faites aux femmes).

**Dans quelle mesure le projet répond-il aux besoins pratiques et stratégiques et aux perspectives des hommes et des femmes ?**

Besoins pratiques et stratégiques (immédiats et structurels) / perspectives des groupes suivants :

- ▶ Filles / garçons, femmes / hommes.
- ▶ Urbains / ruraux.
- ▶ Groupes vulnérables (ex : pauvres, minorités ethniques ou linguistiques, personnes atteintes du VIH/SIDA, personnes handicapées, femmes cheffes de ménage, etc.).

...

...

**ANALYSE DE LA CAPACITÉ DE LA CONTREPARTIE RELATIVE AU GENRE**  
(cf. Fiche 10 : Dialogue avec les partenaires sur le genre)

**Quelle est la capacité genre de la contrepartie ?**

▶ **Capacité de planification et S&E**

- Des données désagrégées sont-elles disponibles pour l'objet et la zone d'intervention du projet ?
- Les documents de politique sectorielle mentionnent-ils les enjeux de genre ?
- Des objectifs spécifiques concernant ces enjeux sont-ils définis ?

▶ **Capacité humaine**

Ex : Experts en genre, points focaux genre, champion du genre.

▶ **Capacité matérielle**

Logements, commodités, production de documents libres de stéréotypes genre, documents donnant une image positive des femmes, modules de formation genre.

▶ **Capacité de management, coordination et communication**

Ex : Les enjeux de genre sont-ils pris en compte par les administrations du secteur de la santé / y a-t-il des administrations dédiées au genre (ex. ministère de la Femme, bureau national du genre, cabinet interministériel des femmes, etc.) ?

Développement de politiques, gouvernance sensible au genre, capacité de coordination d'acteurs et parties prenantes internes et externes sur les questions de genre, capacité de communication sur le genre.

▶ **Capacité financière**

Ex : Existe-t-il des lignes budgétaires sectorielles réservées pour des actions sur le genre ?

**Organisations ou réseaux de femmes**

- ▶ Des organisations représentant les femmes dans le secteur de la santé existent-elles ?
- ▶ Sont-elles identifiées et participent-elles à l'élaboration des politiques sectorielles ?
- ▶ Est-il possible de développer des partenariats avec ces organisations ?

**Organisations ou réseaux d'hommes**

- ▶ Existe-t-il des organisations représentant / ayant des hommes parmi leurs membres dans les secteurs de la santé maternelle et infantile ; en planification familiale ; en lutte contre les violences ?
- ▶ Sont-elles identifiées et participent-elles à l'élaboration des politiques sectorielles ?
- ▶ Est-il possible de développer des partenariats avec ces organisations ?



QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Lorsque le projet est évoqué avec le partenaire</b>	
1. Les enjeux de genre dans le secteur et le pays concernés sont-ils mentionnés et pris en compte dans la demande du partenaire ?	Profils Genre Pays AES <sup>20</sup> <b>Section 1</b> : Introduction au genre <b>Section 2</b> : Les enjeux de genre dans le secteur Santé
2. Quelle est l'attitude de la contrepartie par rapport à l'intégration de l'approche genre ?	<b>Fiche 10</b> : Dialogue avec les partenaires sur le genre
3. Une analyse genre doit-elle être conduite pour l'identification de ce projet ?	<b>Fiche 2</b> : Clés pour une analyse genre
4. Les coûts sont-ils pris en compte dans le budget ?	<b>Fiche 4</b> : Notations marqueur CAD / Avis développement durable et exigences minimales
<b>Sur l'analyse du contexte sectoriel</b>	
5. Les enjeux de genre dans le pays et le secteur (voire sous-secteur) sont-ils décrits ?	Profils Genre Pays AES <b>Fiche 14</b> : Ressources sur le genre et la santé
6. Des indicateurs sexo-spécifiques sont-ils utilisés ?	<b>Fiche 8</b> : Les indicateurs
7. Quelles sont les conditions légales, culturelles, politiques, économiques et sociales concernant le genre qui peuvent avoir une influence sur le projet ou sur lequel le projet peut avoir une influence ?	Profils Genre Pays AES <b>Section 2</b> : Les enjeux de genre dans le secteur Santé
8. La prise en compte du genre peut-elle avoir une influence sur la conception du projet ?	<b>Fiche 2</b> : Clés pour une analyse genre <b>Fiche 4</b> : Notations marqueur CAD / Avis développement durable et exigences minimales
9. Existe-t-il des projets similaires ayant pris en compte le genre ? Si oui, de quelle façon l'ont-ils fait ?	<b>Fiche 14</b> : Ressources sur le genre et la santé Exemples de projets présentés en <b>Section 2</b>
10. Des compétences et expertises en termes d'analyse sociale et de genre existent-elles et sont-elles identifiées dans le pays d'intervention ?	<b>Fiche 10</b> : Dialogue avec les partenaires sur le genre
11. Y a-t-il un objectif principal ou secondaire de réduction des inégalités de genre ?	<b>Fiche 2</b> : Clés pour une analyse du genre <b>Fiche 4</b> : Notations marqueur CAD / Avis développement durable et exigences minimales
12. Y a-t-il des lignes budgétaires réservées à des actions genre ?	<b>Fiche 6</b> : Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées

<sup>20</sup> Disponibles sur [http://www.afd.fr/home/projets\\_afd/genre/donnees-genre/donnees-par-pays](http://www.afd.fr/home/projets_afd/genre/donnees-genre/donnees-par-pays)

QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Analyse <i>a priori</i> des effets du projet sur la réduction des inégalités et les rapports de genre (FIP)</b>	
<p><b>13.</b> Une analyse genre spécifique a-t-elle été conduite (p.ex. dans une phase précédente, dans une évaluation, par l'AFD, un autre bailleur, ou une ONG...)? Si non, une étude spécifique est-elle nécessaire?</p> <p><b>14.</b> Si le projet est en cofinancement, quelles sont les pratiques du ou des autres bailleurs en matière de genre?</p>	<p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p> <p><b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité</p> <p><b>Fiche 14 :</b> Ressources sur le genre et la santé</p>
<p><b>15.</b> Le projet est-il susceptible de perpétuer ou de renforcer les inégalités de genre? / Le projet est-il susceptible de réduire l'écart et les inégalités de genre?</p>	<p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p> <p><b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité</p> <p><b>Section 2 :</b> Les enjeux de genre dans le secteur Santé</p>
<p><b>16.</b> Y a-t-il des activités spécifiques dédiée au genre, ou qui contiennent des enjeux de genre (p.ex. participation des bénéficiaires, intermédiation sociale, formulation de politiques publiques ou de stratégies sectorielles)?</p>	<p><b>Section 2 :</b> Les enjeux de genre dans le secteur Santé</p> <p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p>
<p><b>17.</b> Y a-t-il des indicateurs genre pré-identifiés?</p> <p><b>18.</b> Les indicateurs pré-identifiés peuvent-ils être désagrégés selon le sexe?</p>	<p><b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs</p>
<p><b>19.</b> Une consultation avec les bénéficiaires finaux a-t-elle été faite / doit-elle être faite pour définir le projet?</p>	<p><b>Enjeu 6 :</b> Genre et communication pour le changement de comportement</p>
<p><b>20.</b> La mise en œuvre du projet entraîne-t-elle des risques sociaux importants (déplacements de population, pertes de revenus, etc.)?</p>	<p><b>Fiche 9 :</b> Genre et diligences environnementales et sociales</p>

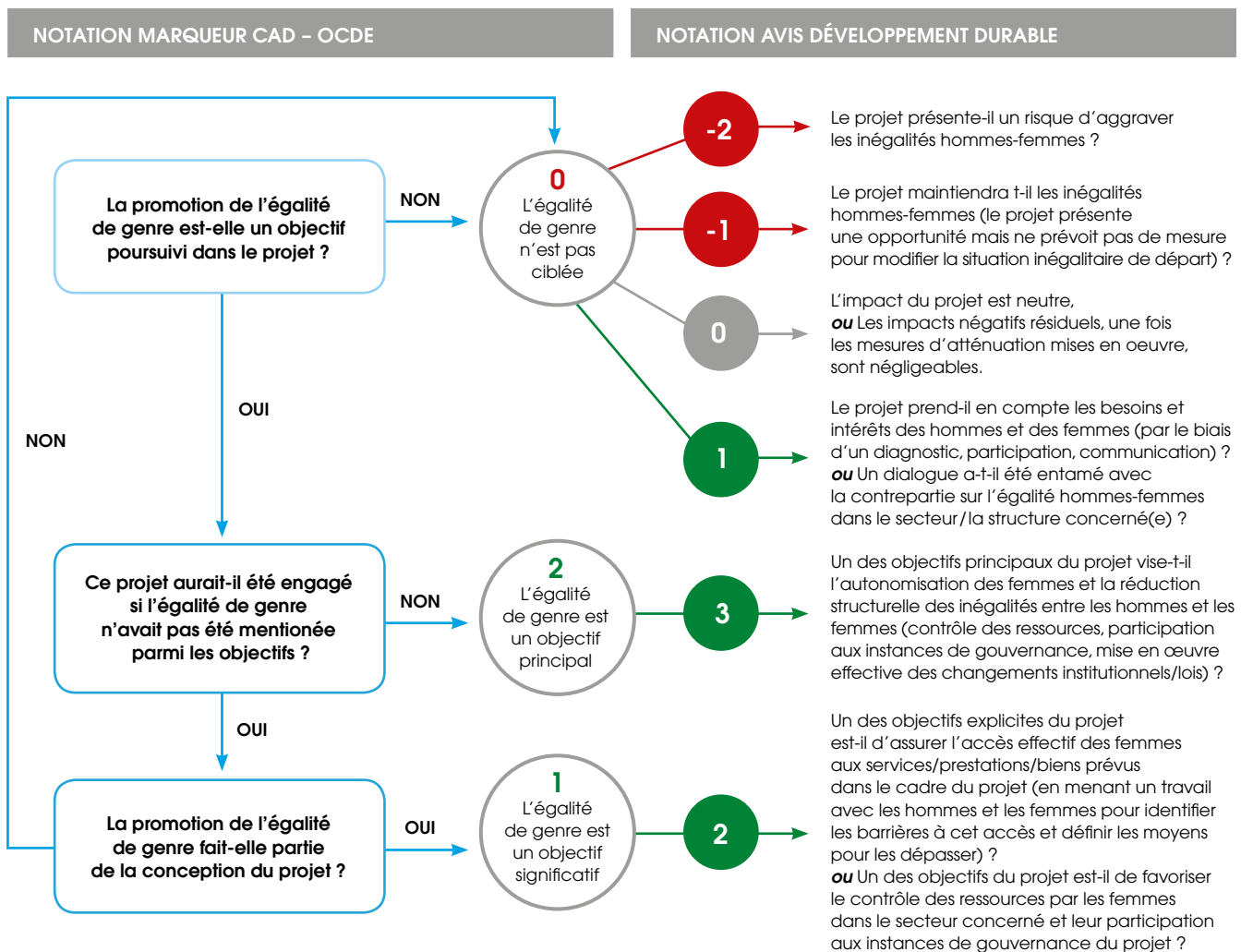
Tous les projets faisant partie du périmètre<sup>21</sup> doivent recevoir une « Notation Genre », qui induit des exigences minimales. Deux systèmes de notation sont utilisés à l'AFD pour évaluer la prise en compte du genre dans ses projets : le marqueur genre du CAD de l'OCDE et la dimension Égalité hommes-femmes de l'Avis développement durable.

Un système d'équivalence a été développé entre les deux systèmes, présenté dans la figure ci-dessous.

Lors de l'instruction des projets, les chargés de projets ne doivent renseigner que la notation développement durable dans le système d'information (le renseignement de l'équivalence CAD se fait automatiquement).

Des compléments méthodologiques sur la notation CAD/OCDE et sur la notation Avis développement durable sont présentés en annexes 1 et 2 du présent document.

## L'ÉQUIVALENCE ENTRE LE MARQUEUR ÉGALITÉ H-F CAD OCDE ET LA NOTATION ÉGALITÉ F-H DANS L'AVIS DÉVELOPPEMENT DURABLE

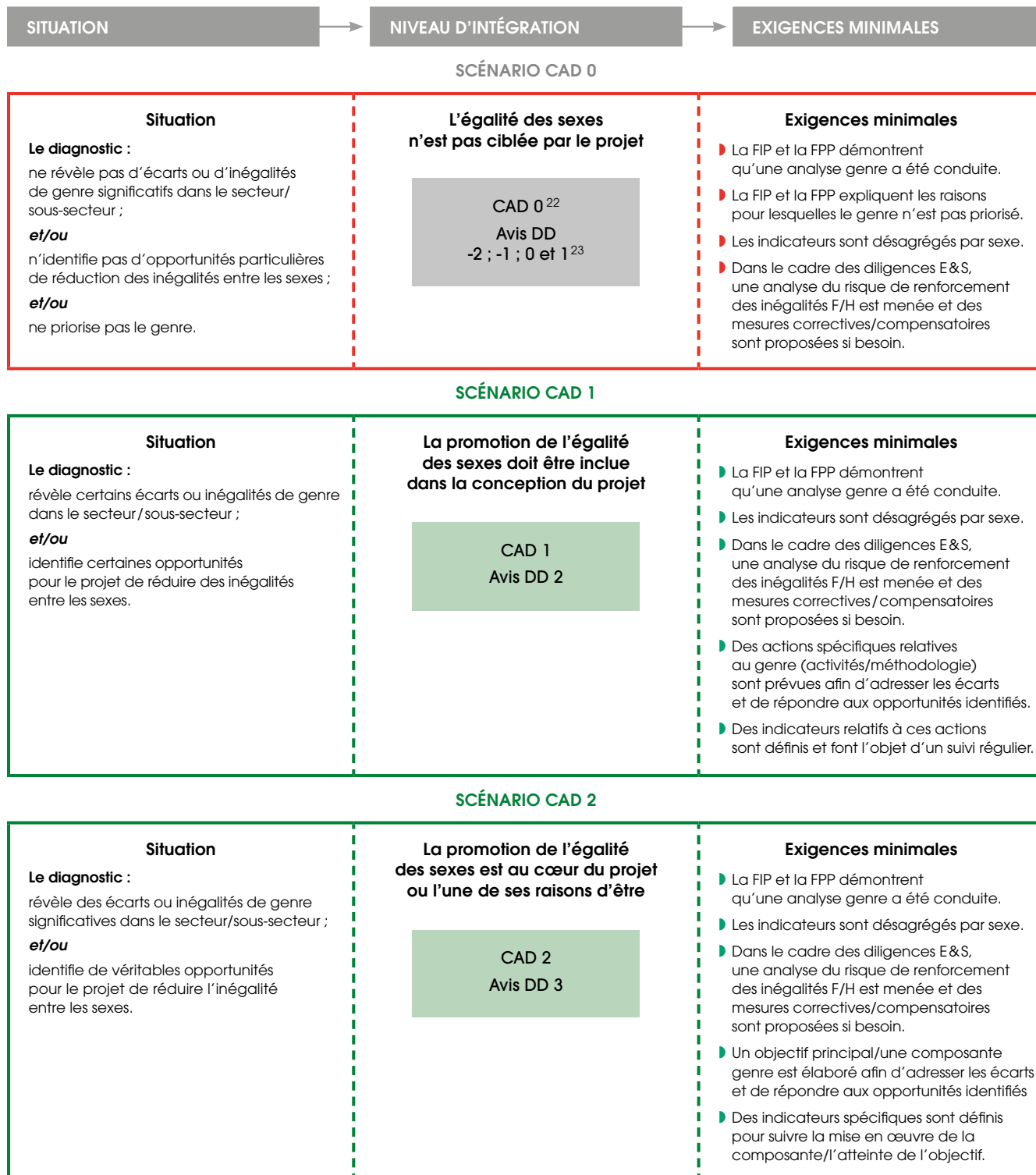


<sup>21</sup> Le périmètre de notation « marqueur CAD/OCDE Égalité F/H » correspond à la typologie de projets suivante : États étrangers, Subvention Projet (Subventions programme 209 y compris PRCC et microfinance), Prêts (hors sous-participation), IS3TF, C2D (UPPTE) et ONG. Les autres opérations (notamment les ABG, les lignes de crédit non affectées et projets financés sur les Outre-Mer) sont exclus, conformément au DOS Genre 2, ainsi que les FERC, FRCG et délégations de fonds pour lesquels le marqueur CAD n'est pas pertinent.

Le périmètre de l'Avis DD correspond à la même typologie de projets ; cependant, il ne s'applique pas aux prêts d'un montant inférieur à 5 M€ et aux subventions d'un montant inférieur à 1,5 M€. Pour les projets pour lesquels l'Avis développement durable ne s'applique pas (opérations en prêts d'un montant inférieur à 5 M€ et subventions d'un montant inférieur à 1,5 M€) mais qui entrent dans le périmètre du marqueur CAD, les chargés de projets doivent renseigner le marqueur CAD dans le système d'information.

## EXIGENCES MINIMALES

Le premier questionnement genre (diagnostic et analyse genre préalable) permet d'identifier *a priori* les risques, les enjeux et les opportunités du projet en la matière. En fonction de l'importance de ces derniers et de l'ambition du projet en termes de genre, plusieurs scénarios s'offrent aux chefs de projet, comprenant chacun des exigences minimales.



<sup>22</sup> Marqueur Genre du CAD/OCDE. Voir Annexe 1 (Modalités d'utilisation du marqueur CAD/OCDE sur l'égalité hommes-femmes).

<sup>23</sup> Dimension 3 « Égalité hommes-femmes » de la notation « Avis développement durable » de l'AFD. Voir Annexe 2 (Notation de la Dimension Égalité hommes-femmes de l'Avis développement durable de l'AFD).

QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Préparation des TdR des études de faisabilité et études d'impact</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Des données désagrégées par sexe sont-elles disponibles pour le secteur et la zone du projet ? Si non, la collecte de données désagrégées est-elle spécifiée dans les TdR des études de faisabilité et d'impact ?</li> <li>2. Les TdR des études de faisabilité et d'impact demandent-ils une analyse du contexte socioéconomique, de la demande, des besoins ou des impacts qui différencie les hommes et les femmes ?</li> <li>3. Le niveau de l'analyse genre requis demande-t-il des compétences genre spécifiques ? Si oui, cela est-il précisé dans l'expertise requise (les compétences socioéconomiques demandées incluent-elles cette expertise spécifique sur le genre) ?</li> <li>4. La méthodologie des enquêtes et de l'analyse socioéconomique proposée dans les offres et proposition de projet est-elle satisfaisante ?</li> <li>5. Les coûts relatifs au recueil de données et aux analyses genre sont-ils identifiés et budgétés ?</li> </ol>	<p><b>Section 2 :</b> Les enjeux de genre dans le secteur Santé</p> <p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p> <p><b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité</p> <p><b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées</p>
<b>Évaluation du traitement des enjeux de genre dans les études de faisabilité et d'impact</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Y a-t-il une description claire de l'accès/du contrôle des ressources, des besoins pratiques et stratégiques en santé, du processus de décision ?</li> <li>7. Des données qualitatives et quantitatives sur le genre présentées sont-elles désagrégées par niveaux socioéconomiques, par religion, ethnie ou toute autre catégorie sociale pertinente au regard du contexte et de l'objet du projet ?</li> <li>8. Est-il possible d'identifier des besoins, des usages/ pratiques, des impacts différenciés selon les sexes sur ce projet ? Y a-t-il un accès et un contrôle différenciés aux offres liées au projet ?</li> </ol>	<p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p> <p><b>Section 2 :</b> Les enjeux de genre dans le secteur Santé</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>9. Quel est le degré de consultation ou de concertation avec les bénéficiaires (analyse sexo-différenciée de la demande, prise en compte des besoins sexo-spécifiques) ?</li> </ol>	<p><b>Enjeu 6 :</b> Genre et communication pour le changement de comportement</p> <p><b>Fiche 2 :</b> Clés pour une analyse genre</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>10. Les indicateurs de suivi portant sur le genre proposés sont-ils pertinents, robustes et faciles à collecter ? Le cas échéant, un protocole de collecte des données servant à renseigner les indicateurs genre est-il proposé ?</li> </ol>	<p><b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>11. La qualité du traitement de la problématique genre dans les études est-elle suffisante pour les enjeux du projet ? Ces enjeux sont-ils priorisés ?</li> </ol>	<p><b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>12. Quelles modifications peuvent être apportées au design du projet (objectifs, activités, indicateurs) sur la base des analyses produites ?</li> </ol>	<p><b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des actions budgétées</p>

...

QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Intégration du genre dans le design institutionnel du Projet</b>	
<p><b>13.</b> Les impacts ou objectifs spécifiques sur le genre sont-ils : (1) identifiés et explicites, et (2) discutés avec la maîtrise d'œuvre et/ou la contrepartie ?</p>	<p><b>Fiche 4 :</b> Notations Marqueur CAD/ Avis développement durable et exigences minimales</p> <p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p>
<p><b>14.</b> La contrepartie et/ou la maîtrise d'œuvre a-t-elle en interne les capacités nécessaires à la prise en compte des aspects genre ou au suivi des impacts genre ?</p>	<p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p>
<p><b>15.</b> Quels sont les besoins de renforcement des équipes projets locales et de la contrepartie sur les aspects genre ?</p>	<p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p>
<p><b>16.</b> Un expert social compétent sur le genre est-il nécessaire ? Le cas échéant, est-il identifié et inclus dans le budget ?</p>	<p><b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des actions budgétées</p>

## PASSER DE L'ANALYSE À DES PROPOSITIONS D' ACTIONS BUDGÉTÉES

Le genre peut être intégré dans les budgets alloués aux études préparatoires (ex : étude spécifique sur le genre, composante genre dans les TdR de faisabilité, etc) et doit être intégré dans le budget du projet, soit dans une composante spécifique, soit dans des lignes budgétaires existantes.

### L'intégration du genre dans le projet nécessite-t-il un budget spécifique?

L'enveloppe principale peut être utilisée pour l'intégration du genre dans les composantes qui ne lui sont pas spécifiques ; idéalement, un budget dédié sera identifié en amont pour les activités ou stratégies spécifiques genre/d'une composante genre pour sécuriser les activités.

### Quels sont les avantages d'identifier un budget spécifique genre en amont ?

Cela permet d'engager un dialogue avec la contrepartie sur l'importance de la thématique pour l'AFD et d'identifier conjointement les actions/stratégies qui bénéficieront de cette ligne budgétaire, en négociant des objectifs réalistes mais conséquents et en s'assurant que les activités mises en place sont pertinentes pour leur réalisation.

Sont proposés ci-dessous des exemples de lignes budgétaires qui peuvent être incluses selon les types de projets.

## Indications de lignes budgétaires pour la phase d'identification

ACTIVITÉS À BUDGÉTISER	COMMENTAIRES
<b>Jours supplémentaires pour les études de faisabilité réservés pour une étude des enjeux de genre</b>	Selon le type de projet, la durée peut varier, mais un minimum de 7 jours devrait être alloué pour des études spécifiques tout en considérant que, pendant les autres collectes de données, des questions relatives au genre doivent aussi être incluses.
<b>Activités de diagnostic de la capacité genre de la contrepartie</b>	La durée de ce diagnostic devrait être d'au moins 2 jours.
<b>Activités de sensibilisation avec la contrepartie</b>	Il peut être utile de prévoir une demi-journée d'atelier pour sensibiliser la contrepartie à la nécessité d'intégrer une dimension genre et, si possible et pertinent, des objectifs genre dans le projet.



## Indication de lignes budgétaires pour la phase d'instruction

ACTIVITÉS À BUDGÉTISER	COMMENTAIRES
<b>Formation-renforcement des capacités avec un focus genre</b>	À destination des contreparties, du personnel du projet, des administrations du secteur (vulgarisateurs/animateurs) ou des populations bénéficiaires.
<b>Animation sociale /activités IEC / consultation des populations</b>	Cela peut inclure la production de messages médiatiques, de matériel pédagogique sensible au genre ; l'organisation de réunions publiques séparées pour les hommes et les femmes si nécessaire.
<b>Inclure une expertise genre spécifique</b>	Selon la taille et la nature des objectifs genre du projet, le recrutement d'un expert technique genre peut être justifié ; recrutement de « champions genre » vivant au sein des communautés.
<b>Activités de capitalisation sur le thème du genre</b>	En fonction du projet et de son ambition en termes d'objectifs genre, il peut être pertinent de prévoir des activités de partage des expériences, à mi-chemin d'un projet, ou de dissémination des bonnes pratiques à la fin d'un projet.

## Quelques pistes pour l'intégration du genre dans le budget du projet

- ▶ Intégrer une composante « expertise genre » spécifique.
- ▶ Établir un fonds spécifique (fonds d'innovation, fonds pour des subventions à faibles montants, fonds pour des activités génératrices de revenus) : ce dernier peut servir à financer de petites activités portant sur le genre qui seront alignées avec les objectifs du projet dont elles permettront l'opérationnalisation.
- ▶ Conditionner le décaissement de certains frais (par exemple, les frais généraux) à la participation d'un certain pourcentage de femmes dans les activités.
- ▶ Conditionner le taux du prêt à l'inclusion d'éléments promouvant l'égalité de genre.

Le tableau suivant présente des exemples de stratégies et d'activités pour intégrer le genre dans un projet Santé.

Pour des pistes d'activités/de composantes spécifiques aux différents sous-secteurs et aux différents enjeux de genre s'y rapportant, se référer à la **Section 2** de la présente boîte à outils (partie « Stratégies et bonnes pratiques » des différents enjeux).

### EXEMPLES D'ACTIVITÉS D'INTÉGRATION DU GENRE

STRATÉGIE	ACTIVITÉS RÉALISÉES (OUTCOME)	RÉSULTATS (OUTPUT)
Identifier et analyser les différences de besoins, d'usages et de demandes et/ou les différences de connaissances-attitudes et pratiques des femmes et des hommes concernant les services de santé	Enquêtes socioéconomiques quantitatives (enquêtes ménages désagrégées H-F) et/ou qualitatives (p.ex. <i>focus groups</i> , <i>MARPs</i> , cartographie participative, et/ou entretien semi-directifs, observations socio-anthropologiques).	Études et données identifiant et analysant les différences entre hommes et femmes quant aux pratiques, besoins et demandes vis-à-vis des services de santé. Identification des enjeux de genre dans le contexte du projet vis-à-vis de ces services.
Augmentation de l'inclusion des femmes dans les processus de prise de décision	Fourniture d'appui au renforcement de capacités et d'opportunités pour les femmes de participer aux processus de prises de décision.	Augmentation de la participation et de l'influence des femmes dans les processus de prise de décision.
Intégration du genre dans les politiques sectorielles	Développement de documents sectoriels de planification et de stratégie intégrant des objectifs spécifiques sur les enjeux de genre.	Mise en œuvre des stratégies et plans sectoriels pour l'atteinte des objectifs d'intégration du genre définis.
Intégration du genre dans les politiques de ressources humaines et formations du secteur (initiale et continue)	Sensibiliser les personnels du secteur aux enjeux genre RH dans le secteur de la santé ; former les RH à une gestion des carrières sensible au genre ; faciliter l'accès des femmes aux diverses formations du secteur (yc pour des postes traditionnellement occupés par des hommes).	Réduction des disparités de genre dans le milieu professionnel.

...

STRATÉGIE	ACTIVITÉS RÉALISÉES (OUTCOME)	RÉSULTATS (OUTPUT)
<b>Campagnes de sensibilisation et d'éducation sensibles au genre</b>	Développement de méthodes et supports de sensibilisation et d'éducation sensibles au genre.	Amélioration de la prise de conscience des inégalités de genre et amorce d'un changement dans les relations de genre.
<b>Campagnes de sensibilisation (santé, PF, SMNI) à l'intention des hommes et des femmes (adultes et adolescents)</b>	Développement de méthodes de mobilisation et d'animation, de supports de sensibilisation à destination des deux sexes.	Amélioration de la prise de conscience par les hommes et adolescents, au même titre que les femmes et adolescentes, des enjeux de santé.
<b>Collecte des données sur le genre dans le secteur de la santé</b>	Définition de protocole de collecte de données désagrégées selon le sexe.	Les données sur le genre dans le secteur de la santé sont disponibles et alimentent la planification sectorielle.
<b>Améliorer la prise en compte des opinions des femmes par le renforcement des associations de femmes œuvrant dans le secteur de la santé</b>	Sessions de formation et de renforcement des capacités à destinations des associations de femmes œuvrant dans le secteur.	La participation des associations de femmes œuvrant dans le secteur est améliorée.

## Pistes pour intégrer le genre dans la gouvernance du projet

### Composition du comité de pilotage

- ▶ S'assurer que le comité de pilotage du projet comprenne des hommes et des femmes. Exiger un quota de femmes (ou d'hommes) si besoin au départ et prévoir un renforcement de capacités si nécessaire.
- ▶ Intégrer le point focal genre (s'il existe) de la contrepartie dans le comité de pilotage.
- ▶ Intégrer le point focal genre du ministère de tutelle et mobiliser le ministère dédié aux questions d'inégalités de genre, pour avis, même lorsque ces derniers ne sont pas la contrepartie.

### Suivi-évaluation

- ▶ Évaluer la pertinence du système de suivi-évaluation pour la collecte d'informations pertinentes permettant de suivre la participation et les résultats du projet sur les hommes et les femmes ; voir la possibilité d'obtenir les données ventilées par sexe sur la base des indicateurs pertinents définis lors de l'instruction, ne se limitant pas au quantitatif ni à l'accès.
- ▶ S'assurer qu'un point genre est inclus dans les ordres du jour des réunions de suivi du projet, afin d'analyser les données et de faire le point sur les stratégies mises en œuvre et les opportunités futures.

- ▶ Prévoir des activités de partage d'expériences et de bonnes pratiques pour encourager la capitalisation de l'existant et la mutualisation des initiatives.

### Points focaux genre

- ▶ Nommer un point focal genre pour le projet, ou un binôme homme-femme, afin de s'assurer qu'un suivi spécifique soit effectué.

### Redevabilité

- ▶ Demander les modalités d'intégration des responsabilités pour le genre dans le projet/la gestion du projet.



Dans le cadre d'un projet, la composition des équipes de direction des établissements et des équipes du personnel administratif et de supervision (ministère, services décentralisés/déconcentrés, inspection) peut faire l'objet d'un objectif de progression sur un indicateur de parité.

Cette fiche propose des éléments pour intégrer le genre dans les études de faisabilité ou les études d'impact pour les projets où des enquêtes socioéconomiques doivent être effectuées (analyse de la demande, des pratiques et perceptions en matière de santé, analyse genre, etc.). Cela concerne donc les projets où des populations locales peuvent être (i) soit des bénéficiaires, (ii) soit le personnel de santé. Les éléments méthodologiques (dont éléments de TaR) qui suivent s'appliquent à ces différents types d'études et peuvent là encore être adaptés aux contraintes de temps, de moyens et du degré d'intégration du genre dans le projet.

### Questions de méthode

#### Focus groups

Sans entrer dans des détails méthodologiques, il est crucial de s'assurer d'une bonne représentation des différentes catégories de population (en fonction du sexe et de l'âge) lors des entretiens, quel que soit l'outil utilisé.

Dans la majorité des contextes, il est nécessaire d'organiser des *focus groups* non mixtes même quand il s'agit d'interroger des leaders communautaires (qui comportent parfois des femmes). En effet, les relations de genre font qu'elles investissent parfois difficilement l'espace pour s'exprimer. Les entretiens distincts H-F permettent aussi à la parole de se libérer plus facilement, sur des sujets parfois perçus comme « tabous » et dont on ne parle qu'entre hommes/qu'entre femmes. D'où l'intérêt de mobiliser si besoin des binômes animateurs(trices).

Dans un deuxième temps et uniquement si le contexte y est favorable (relations entre hommes et femmes pouvant être améliorées par cette pratique), un *focus groups* mixte peut être mis en place à condition de cadrer le temps de parole et de donner une valeur égale aux propos tenus par les deux sexes.

#### Questionnaires

Dans les enquêtes santé, les populations cibles sont de plus en plus souvent les individus, toutefois, dans quelques cas, les enquêtes sont limitées à des « questionnaires ménage ». Dans la majorité des cas, cette échelle d'analyse n'est pas adaptée et, souvent, l'enquêteur finit par ne parler qu'au chef de famille en oubliant l'épouse ou les autres membres du ménage (notamment les adolescent/es et les personnes âgées). **Il ne faut donc pas se limiter à des « questionnaires ménages » classiques** qui se focalisent souvent sur des questions à choix multiples qui peuvent révéler certaines tendances mais manquent de finesse dans les éclairages qu'ils peuvent fournir. Il faut dépasser les limites propres à ce type d'approche, soit en multipliant les outils et les types de collectes de données, soit en définissant une méthodologie des enquêtes ménages permettant d'analyser les questions de santé à l'aune des rapports de genre.

Il est également nécessaire d'introduire dans les questionnaires individuels et ménages des questions spécifiques sur les rapports de genre : répartition des charges entre les membres du ménage, participation aux processus de décision, part des revenus de chacun dans les dépenses du ménage, participation (H-F au sein du ménage) aux décisions de consulter les services de santé/aux dépenses de santé, type d'utilisation du service par les femmes et les hommes.

#### Outils qualitatifs

Les enquêtes individuelles sont parfois complétées par des *focus groups* et/ou des entretiens avec des personnes ressources. De même, des méthodes dites participatives (p.ex. MARP) peuvent être utilisées lors des enquêtes. La validité de ces types de démarches, souvent rassemblées sous le terme de « méthodes qualitatives », repose sur le savoir-faire et l'expérience des enquêteurs<sup>24</sup>. Les données obtenues peuvent facilement être biaisées. Là aussi, une rigueur méthodologique est nécessaire : il ne s'agit pas simplement d'aller « discuter » avec quelques personnes : des compétences et des méthodologies spécifiques doivent être mobilisées. Il est nécessaire d'établir l'écart entre les discours, souvent normatifs, et les pratiques effectives des différents acteurs interrogés.

Les données qualitatives sont souvent perçues comme anecdotiques ou *ad hoc*. Or, **ce sont souvent les informations qualitatives collectées à une échelle fine qui permettent d'identifier clairement les problèmes et les solutions spécifiques à chaque catégorie de population**. Les données qualitatives sont également dépréciées du fait de la difficulté à leur attribuer une valeur statistique. **Les enquêtes quantitatives et qualitatives peuvent fonctionner de façon complémentaire** : une enquête qualitative exploratoire très localisée ou sur un échantillon restreint peut permettre d'identifier des variables significatives qui servent ensuite à alimenter des enquêtes quantitatives à une échelle plus vaste.

<sup>24</sup> Voir Nour-Eddine Sellamna, Marilou Mathieu et Philippe Lavigne Delville, *Les Enquêtes Participatives En Débat: Ambition, Pratiques et Enjeux* (KARTHALA Éditions, 2000).

## Adaptation de la communication au contexte local

Les projets de santé (et les enquêtes menées dans ce cadre) utilisent souvent des notions génériques telles que planification familiale, contrôle des naissances, maladie/infection sexuellement transmissible, ... qui peuvent n'avoir aucun sens ou une signification différente pour les populations interviewées. Il s'agira donc de veiller à ce que les expressions locales/termes véhiculés soient collectés et analysés, et que les messages soient le plus possible diffusés en langues locales. Elles permettront d'harmoniser le dialogue entre le personnel de santé et les bénéficiaires ainsi que le suivi et l'évaluation de la prise en charge dans les centres de santé. Il en va de même pour les supports de communication, qui devront être adaptés si possible aux différentes cultures en présence parmi les acteurs et bénéficiaires du projet.

## Désagrégation des données secondaires disponibles

La plupart des données secondaires (déjà disponibles dans la littérature, dans des rapports d'évaluation ou de recherche) sont encore rarement désagrégées par sexe. Cependant, les bailleurs oublient parfois cette nécessité, notamment dans l'accès aux centres de santé et aux besoins sexo-spécifiques en santé. Il est donc utile de demander aux consultants d'utiliser le plus possible les données existantes déjà désagrégées par sexe.

## Étude du contexte institutionnel

Les études du contexte institutionnel comprennent en général assez peu de données désagrégées. Il peut être utile de demander soit de collecter soit d'utiliser des données, telles que la part d'emplois des femmes aux différents échelons des organismes impliqués dans la santé.

## Éléments de TdR

Les éléments de TdR ci-après peuvent être utilisés soit pour des projets mettant en place un nouveau service, soit pour des projets de renforcement ou d'amélioration d'un service existant. Les TdR proposés ci-dessous peuvent être utilisés dans les cas où de hauts risques d'impact négatifs sur le genre ont été identifiés, mais également dans des projets présentant des opportunités d'intégration d'activités/de composantes.

### OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

Ajouter parmi les objectifs spécifiques :

- ▶ Établir une analyse des pratiques et des demandes liées au projet, à différentes échelles (districts, quartiers/villages, ménages, intra-ménages) (à adapter selon le contexte du projet) avec une approche genre.

### MÉTHODE

Les données utilisées pour l'analyse devront autant que possible être désagrégées par sexe.

Les soumissionnaires devront présenter de façon détaillée les méthodes envisagées pour collecter et analyser les données aux différentes échelles.

Si des enquêtes ménages doivent être réalisées, elles incluront les différences d'usage, de pratique, d'attente et de charge entre les sexes au sein des groupes quant au type de service proposé par le projet. Le soumissionnaire devra proposer un plan d'échantillonnage.

Des méthodes qualitatives viendront compléter les données collectées par questionnaires. Le soumissionnaire détaillera la façon dont les données qualitatives seront récoltées et validées.

Les soumissionnaires devront notamment détailler les méthodes envisagées pour interroger les femmes et les hommes d'un même ménage, afin de distinguer les informations concernant le ménage dans son ensemble des informations sexo-spécifiques. La façon dont la définition des questionnaires permettra d'intégrer ces différentes échelles devra être expliquée, ainsi que les modes de validation des questionnaires.

...

## RÉSULTATS ATTENDUS

- ▶ Le Consultant procédera à un diagnostic de la situation actuelle basé sur l'analyse des données recueillies, les inventaires réalisés et les résultats des enquêtes effectuées.
- ▶ L'analyse devra présenter les données collectées en les ventilant en fonction des différents groupes socioéconomiques identifiés (selon leur niveau de pauvreté ou de richesse, leur emplacement géographique, la religion, l'ethnie, la taille de la communauté d'appartenance ou du ménage ou toute autre variable significative). Le sexe du chef de ménage constituera obligatoirement l'une des variables utilisées pour la ventilation des données.

Des études de cas précises seront fournies pour illustrer et préciser les principaux enjeux identifiés par les analyses développées, pour chacun des groupes socioéconomiques pertinents identifiés.

L'analyse devra préciser les bénéfices (économiques ou d'autres types) de l'accès à un service amélioré, pour les femmes et les hommes.

**L'analyse devra notamment détailler les points suivants pour la SSR/PF et la SMNI :**

**Santé sexuelle et de la reproduction – planification familiale**

- ▶ Les femmes accèdent et/ou recourent-elles à la SSR/PF ?
- ▶ Quelles sont les barrières structurelles (tarifs, accessibilité, qualité de l'accueil) limitant l'accès aux services de SSR/PF ?
- ▶ Quels sont les freins de types culturels empêchant les recours aux soins SSR (faible intérêt pour l'espacement des naissances, normes de genre limitant le contrôle des naissances) ?
- ▶ Les hommes accèdent-ils ou recourent-ils à la SSR/PF ?
- ▶ Quelles sont les barrières structurelles (tarifs, accessibilité, qualité de l'accueil) limitant l'accès aux services de SSR/PF ?
- ▶ Quels sont les freins de types culturels empêchant les recours aux soins SSR (faible intérêt pour l'espacement des naissances, normes de féminité, masculinité/virilité liées au nombre d'enfants) ?
- ▶ Quelles sont les différences entre les attentes des hommes et des femmes par rapport au projet ?
- ▶ Les personnels des centres de SSR-PF sont-ils sensibilisés aux enjeux de genre, aux attentes spécifiques des femmes et des hommes, adolescents et adultes ?

**Santé maternelle, néonatale et infantile**

- ▶ Comment les femmes et les hommes appréhendent-ils et considèrent-ils les services de santé maternelle, néonatale et infantile ?
- ▶ Y recourent-ils/n'y recourent-ils pas ? Pour quelles raisons ?
- ▶ Quels sont les rôles des hommes et des femmes dans la SMNI ?
- ▶ Les services de santé offrent-ils des soins de qualité attentifs aux questions de genre (implication des pères et des mères, d'autres membres de la famille) ?
- ▶ Les femmes rencontrent-elles des contraintes particulières pour émettre leurs avis et leurs besoins en SMNI ? Ceux-ci sont-ils pris en compte par les services de SMNI ?
- ▶ Quelles sont les attentes des hommes et des femmes (patients/personnel de santé) vis-à-vis du projet ?

**Pour l'analyse du contexte national et institutionnel**

- ▶ Échelle et nature des dépenses dans le secteur concerné par le projet, différence entre dépenses d'investissements et dépenses de fonctionnement.
- ▶ Part de femmes aux différents échelons des organismes en charge de la gestion du service.
- ▶ Part des différents budgets ciblant spécifiquement les femmes.



...

## COMPÉTENCES

La proposition devra détailler les compétences nécessaires à la mise en œuvre de la méthode retenue, en les justifiant par rapport aux différentes contraintes et groupes cibles pré-identifiés. Le nombre et les profils des enquêteurs devront correspondre au volume et la nature des enquêtes à effectuer.

- ▶ **Expert senior international** : Formation supérieure en sciences sociales (sociologue, anthropologue, socioéconomiste) avec une expertise / expérience avérée en matière de méthodologie genre, expérience du secteur et de la région ou du pays, 10 ans d'expérience, avec des références en supervision d'enquêtes individuelles et ménages (*l'expertise internationale peut ne pas être requise en fonction du type ou de la taille du projet et en fonction des compétences existant dans le pays*).
- ▶ **Superviseur / expert senior national** : formation supérieure en sciences sociales (sociologue, anthropologue, socioéconomiste), avec une expertise / expérience avérée en matière de méthodologie genre, expérience du secteur et de la zone d'intervention, connaissance des caractéristiques socioculturelles de la zone d'intervention, 7 ans d'expérience, expérience de terrain avérée en matière d'enquêtes ménages et de pratique des méthodes qualitatives intégrant le genre.
- ▶ **Enquêteurs** : Une équipe mixte devra être proposée, comptant autant de femmes que d'hommes. Les animateurs devront avoir l'expérience du secteur et de la zone d'intervention et une expérience avérée du travail de terrain (au moins 2 ans). Une formation supérieure (Bac + 2 en sciences sociales) est souhaitable. Les animateurs et animatrices devront parler au moins une des langues parlées couramment dans la ou les zones d'intervention. Des compétences / expériences en termes de méthodologie d'enquête intégrant le genre est souhaitée (sinon, une formation des équipes d'enquêteurs doit être prévue préalablement au démarrage de l'étude).

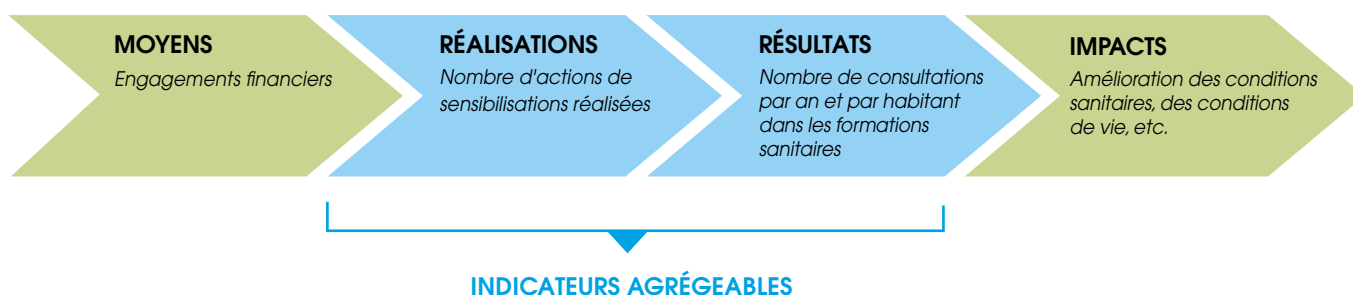
## Grille d'évaluation

ÉLÉMENTS ÉVALUÉS	PONDÉRATION
<p><b>Méthodologie proposée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Le soumissionnaire donne-t-il des détails sur la façon dont les enquêtes ménages permettront d'obtenir des données désagrégées (à l'échelle intra-ménage également, si pertinent) ?</li> <li>▶ Des détails sur la façon dont les questionnaires seront conçus ou administrés sont-ils donnés ? Ces détails sont-ils satisfaisants quant à l'obtention des données selon le genre<sup>25</sup> ?</li> <li>▶ Les méthodes d'échantillonnage sont-elles détaillées ?</li> <li>▶ Les équipes d'enquêteurs sont-elles constituées de binômes mixtes ?</li> <li>▶ Des méthodes qualitatives sont-elles proposées ? Sont-elles détaillées ? Se limitent-elles à des entretiens et des <i>focus groups</i> ou proposent-elles des approches plus poussées ?</li> <li>▶ Est-il prévu que les questionnaires soient traduits dans une langue lisible par tous les enquêtés et enquêtées ?</li> <li>▶ Les supports de communication sont-ils envisagés pour être adaptés aux différentes cultures en présence ? L'articulation entre données qualitatives et données quantitatives est-elle décrite ? Est-elle satisfaisante ?</li> </ul>	<p><b>50 %</b></p>
<p><b>Compétences proposées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'expertise senior possède-t-elle une expérience avérée des enquêtes individuelles et de groupes (couple/ménage, communauté, village) ? A-t-elle des références et une expérience satisfaisantes en termes d'approche genre ? A-t-elle un niveau satisfaisant de formation en sciences sociales ?</li> <li>▶ Les enquêteurs ont-ils une expérience dans les enquêtes ménages ? L'expérience en question est-elle une expérience de terrain ou une expérience académique ?</li> <li>▶ Les enquêteurs parlent-ils au moins une langue véhiculaire locale, dont on est certain qu'elle soit à la fois parlée par les hommes et les femmes ?</li> </ul>	<p><b>XX %</b></p>

<sup>25</sup> Des exemples de méthodes permettant la désagrégation par sexe sont indiqués sur le site Gender Asset Gap Project (<http://genderassetgap.org/>)

Il existe quatre types principaux d'indicateurs permettant d'évaluer les projets de développement : les indicateurs de **moyens**, de **réalisations**, de **résultats** et d'**impact**. Les indicateurs agrégables de l'aide bilatérale sont des indicateurs chiffrés qui comprennent, pour un secteur, des indicateurs de réalisations ou de résultats. Ils se situent ainsi entre le suivi des moyens et celui des impacts proprement dit.

## LES DIFFÉRENTS TYPES D'INDICATEURS ET INDICATEURS AGRÉGEABLES <sup>26</sup>



Ces différents types d'indicateurs peuvent prendre en compte les rapports de genre. L'intégration de la dimension genre passe en effet par la **désagrégation systématique de l'ensemble des indicateurs du cadre logique**, pas seulement ceux se rapportant aux actions visant spécifiquement les rapports de genre.

### Désagrégation systématique des indicateurs par sexe

L'intégration de la dimension genre passe par la **désagrégation systématique de l'ensemble des indicateurs du cadre logique**, pas seulement ceux se rapportant à la sous-composante genre.

Exemples :

▶ nb de personnel sensibilisé → *nb d'hommes et de femmes sensibilisés et ratio.*

▶ nb de consultations dans les formations sanitaires, par an et par sexe.

### Valeurs de départ et cibles

Mesurer le progrès passe par l'identification de valeurs de départ et de valeurs cibles. Tout objectif de progression identifié entre les deux valeurs en termes de genre doit être appuyé par des activités qui permettront sa réalisation. Un principe de progressivité annuel peut permettre de tirer les leçons de l'efficacité des stratégies en place, et de les revoir si besoin est, afin d'atteindre la valeur cible en fin de projet.

Exemples de valeurs cibles :

▶ effectifs du centre de formation des infirmier(e)s : H : 100, F : 1000 (ratio h/f : 10 %) ;

▶ effectifs de formations des médecins : H : 1000, F : 800 (ratio f/h : 80 %) ;

▶ réduction des disparités h/f dans les effectifs de 50 %.

<sup>26</sup> Source : AFD – PSP/PST, décembre 2013, Consolidation des indicateurs CICID États étrangers *ex post* 2012.

## Exemples d'indicateurs de cadres logiques AFD et pistes d'amélioration

Les tableaux suivants détaillent les indicateurs de moyens, de réalisations, de résultats et d'impacts ayant trait au genre.

### % Indicateurs de moyens

- ▶ Existence ou non de montants spécifiquement réservés à des actions genre.
- ▶ Montants des lignes budgétaires ayant pour objectif (principal /secondaire ou indirect) la lutte contre les inégalités de genre.
- ▶ Montants alloués aux études et/ou à l'expertise intégrant les enjeux de genre (tant pour les phases d'instruction que de mise en œuvre).
- ▶ Nombre de personnes (équipe maîtrise d'œuvre, personnel de santé) ayant reçu une formation / sensibilisation aux enjeux de genre dans le secteur de la santé.
- ▶ Nombre de personnes ayant une expertise genre impliquées dans le projet (instruction et mise en œuvre), et position dans le schéma institutionnel du projet.
- ▶ Nombre de femmes dans les équipes de gestion et de mise en œuvre du projet (et ratio femmes/hommes).
- ▶ Volume d'assistance technique sur le genre financé.

### % Indicateurs de réalisations

- ▶ Nombre de femmes interrogées et/ou de réunion tenues lors des enquêtes et des activités CCC (et ratio femmes/hommes associé).
- ▶ Nombre d'actions de formation/de sensibilisation ayant ciblé spécifiquement les femmes/les hommes (et ratio formations ciblant les femmes/formation non ciblées)
- ▶ Nombres d'actions de sensibilisations et de formations mixtes ayant parmi ses objectifs une meilleure communication au sein du couple (et ratio formations ciblées / formation non ciblées).
- ▶ Nombre de femmes employées à des postes à responsabilité dans les centres de santé (et ratio femmes/hommes associé).
- ▶ Nombre d'infrastructures publiques améliorées prenant en compte des considérations de genre (p.ex. latrines séparées selon les sexes ; chambres non mixtes ; salles pour les familles).
- ▶ Mise en place d'une politique RH interne prenant en compte le genre.
- ▶ Intégration de données sur le genre dans la base de données sur les bénéficiaires.
- ▶ Nombre de sessions d'atelier ou de formations sur l'intégration du genre dans les politiques sectorielles.
- ▶ Nombre d'études sur le genre dans le secteur de la santé (quel que soit le sous-secteur).

## % Indicateurs de résultats

### ACCÈS AUX SERVICES

- ▶ Niveau de satisfaction des usagers/bénéficiaires hommes/femmes des soins de santé (p.ex. compréhension de l'information reçue, qualité de l'accueil, respect de l'intimité et/ou de l'anonymat).
- ▶ Accessibilité financière aux soins de santé, ventilé par sexe, âge, quintile de richesse, niveau d'éducation.
- ▶ Nombre de femmes ayant renforcé leur capacités (et ratio femmes/hommes parmi les bénéficiaires d'actions de formation ou de renforcement de capacités).
- ▶ Nombre de femmes participant aux prises de décision sur les services (et ratio femmes/hommes).

### RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR SANTÉ

- ▶ Taux de féminisation à des postes à responsabilité dans les structures de santé (et ratios d'emplois femmes/hommes associés).
- ▶ Perception de l'évolution de la place des femmes dans le système de santé par les hommes soignants et dirigeants.
- ▶ Taux d'hommes aux postes d'infirmiers, de sages-femmes, d'agents de santé communautaires.
- ▶ Qualité et efficience de la relation hiérarchique (médecins-infirmier.e.s-agents de santé).

### APPUI À LA POLITIQUE SECTORIELLE

- ▶ Part des dépenses publiques affectées directement à des associations ou groupes de femmes et d'hommes et des groupes mixtes travaillant sur les questions de santé.

## % Indicateurs d'impacts

### ACCÈS AUX SERVICES

- ▶ Évolution des usages différenciés des services de santé (part des femmes et des hommes).
- ▶ Évolution de la part des dépenses de santé dans le budget des femmes et des hommes / dans le budget commun du ménage, dans les zones ciblées par le projet et dans les zones non ciblées par le projet.
- ▶ Évolution de la volonté et de la capacité à payer selon le sexe.
- ▶ Bénéfices sociaux et économiques spécifiques pour les hommes et les femmes d'un accès à un service de santé et coûts sociaux et économiques différentiels pour les femmes et les hommes du manque d'accès à un service amélioré (comparaison avec la situation « sans projet »)
- ▶ Évolution de l'appréciation du service par les hommes et les femmes (comparaison attentes avant-projet et satisfaction après-projet).

### RESSOURCES HUMAINES DU SECTEUR SANTÉ

- ▶ Évolution du nombre de femmes employées (par niveau hiérarchique) au début du projet et à la fin.
- ▶ Évolution de la qualité des soins (indicateurs de santé dans la zone concernée par le projet).

### APPUI À LA POLITIQUE SECTORIELLE

- ▶ Évolution du nombre d'objectifs spécifiques au genre dans les politiques sectorielles nationales au cours du financement AFD.
- ▶ Nombre, nature et efficacité des mesures d'atténuation de ces impacts ciblant spécifiquement les femmes.

En matière de risques sociaux, l'AFD classe les projets qu'elle finance en catégorie A, B+, B ou C en fonction de l'importance des risques sociaux pré-identifiés. Les projets classés en catégorie B+ ou A sont ceux ayant des impacts sociaux importants tels que des déplacements de population ou des violations des traités internationaux relatifs aux droits humains. Les risques sociaux les plus importants sont liés à des projets nécessitant :

- ▶ la libération et/ou l'acquisition d'emprises foncières, de façon temporaire ou permanente, et/ou la restriction d'accès à des espaces utilisés par les populations ;
- ▶ la mise en œuvre d'activités de chantier importantes, qui peuvent entraîner des pollutions ou des afflux localisés de populations, essentiellement masculines.

Ces risques sont distincts des objectifs du projet et sont liés aux activités de mise en œuvre, par exemple aux activités de construction d'infrastructures. Ces risques sont généralement liés à la libération temporaire ou définitive des emprises nécessaires à la construction des infrastructures de santé. En dehors des infrastructures proprement dites, des modifications d'un système tarifaire peuvent aussi avoir des impacts sociaux importants.

Ces risques et impacts sont anticipés, gérés et atténués par le processus de diligences environnementales et sociales. Ce processus comporte des enjeux de genre importants :

- ▶ du fait des inégalités entre femmes et hommes pré-existantes aux projets, en termes d'accès à la propriété (notamment foncière), d'accès à l'information et de participation aux processus de décision, les femmes sont plus vulnérables que les hommes aux impacts négatifs et moins susceptibles de bénéficier des impacts positifs (par exemple création d'emplois) ;
- ▶ du fait de la division sexuelle des tâches et du travail, les sources de revenus et de subsistance des hommes et des femmes sont différentes : la nature des impacts affectant les hommes et les femmes peut donc être différente ;
- ▶ les projets d'infrastructures et les processus d'étude d'impact qui les accompagnent sont souvent porteurs d'une culture professionnelle masculine : les femmes y sont peu représentées, ce qui induit des biais dans l'analyse des risques spécifiques aux femmes.

**Les mesures de gestion des risques et impacts des projets doivent donc prendre en compte les relations de genre et les inégalités hommes-femmes pour ne pas aggraver ces inégalités ni accroître les vulnérabilités des femmes.**

**Les étapes principales des diligences environnementales et sociales sont :**

- ▶ évaluation préalable des risques E&S, classement du projet en A, B+, B ou C ;
- ▶ pour les programmes comportant une série de sous-projets, ou lorsque le niveau de définition du projet ne permet pas d'identifier avec précision les impacts, un cadre de gestion environnemental et social (CGES) doit définir les principes de gestion des risques qui seront appliqués. Pour ce type de programmes, lorsque des déplacements de population sont pressentis, un cadre de politique de réinstallation (CPR) doit également être élaboré, pour définir les principes selon lesquels ces déplacements seront menés ;
- ▶ une étude d'impact environnemental et social (EIES) est réalisée (une évaluation environnementale et sociale restreinte lorsque le projet est d'une taille limitée ou comporte peu d'impacts), comprenant une étude de l'état initial socioéconomique, une analyse des impacts et des propositions de mesures d'évitement, de réduction ou de compensation de ces impacts. Pour les projets présentant les risques les plus élevés, un plan de gestion environnemental et social (PGES) est élaboré, et un plan d'action de réinstallation (PAR) si des populations doivent être déplacées. Dans tous les cas, un plan d'engagement environnemental et social (PEES), annexé à la convention de financement, rappelle les engagements pris par la maîtrise d'ouvrage pour limiter les impacts négatifs de l'opération.
- ▶ le PGES/PEES et le PAR doivent être mis en œuvre et les mesures d'atténuation des impacts suivies et évaluées ;
- ▶ une évaluation *ex post* de la mise en œuvre des mesures d'atténuation doit être réalisée.



Une boîte à outils spécifique « Genre et diligences E&S » détaille toutes ces mesures et propose des éléments spécifiques détaillés pour chacune de ces étapes (y compris éléments de TdR).

### Les éléments principaux d'intégration du genre dans les diligences E&S sont les suivants :

- ▶ une étude du cadre légal et institutionnel détaillant les limitations des droits des femmes, notamment en terme d'accès à la propriété, de participation aux processus de décision et/ou de participation à la vie publique, et en regard des textes internationaux signés ou ratifiés par le pays d'intervention ayant des implications en termes de droits des femmes ;
  - ▶ la réalisation d'études de l'état initial socioéconomique détaillant la situation des femmes et des hommes, non pas globalement, mais en :
    - présentant des données socioéconomiques désagrégées par sexe ;
    - indiquant la part de femmes dans chaque groupe socioéconomique identifié, ainsi que la part des ménages dirigés par des femmes ;
    - analysant les différences en termes d'accès et d'utilisation des services et infrastructures publics et communautaires en fonction du sexe ;
    - analysant les différences entre les sexes en termes d'accès et de contrôle des ressources naturelles et économiques ;
    - analysant la division du travail et les rapports de genre, la répartition des charges et des tâches au sein des ménages (Voir **Fiche 7** : Intégrer le genre dans les études de faisabilité).
  - ▶ L'analyse des impacts doit :
    - différencier les impacts selon le sexe pour chacune des catégories socioéconomiques affectées ;
    - prendre en compte les ménages dirigés par des femmes et indiquer la proportion de femmes dans chacun des groupes socioéconomiques affectés par le projet.
- ▶ Les processus de consultation publique doivent être adaptés aux contraintes spécifiques aux femmes (voir **Enjeu 6** : Genre et communication pour le changement de comportement).
  - ▶ Les mesures d'atténuation des impacts doivent garantir l'égalité des sexes face aux mesures mises en œuvre par le projet.
  - ▶ Les mesures d'indemnisation lors des déplacements de population doivent différencier et prendre en compte distinctement les femmes et les hommes présents au sein du ménage. Cela peut se traduire, par exemple, par le recensement et l'enregistrement en leurs noms propres (enjeux d'accès au foncier), par leur participation, partagée, aux décisions relatives au type d'indemnisation du ménage, ou encore à travers la mise en place d'un système de double signature pour le versement des indemnisations.
  - ▶ Les éléments de suivi et d'évaluation du PGES/PEES devront permettre de suivre séparément la situation des femmes et des hommes affectés par les impacts du projet. Tous les indicateurs socioéconomiques proposés devront dans la mesure du possible être désagrégés par sexe.

### Engager la contrepartie sur le genre

Engager la contrepartie sur les questions de genre et d'égalité des sexes peut être difficile, particulièrement lorsque ces dernières ne sont pas perçues comme une priorité ou lorsqu'elles sont sensibles en raison des facteurs socioculturels qui les sous-tendent.

#### Lors de l'identification et de l'instruction

- ▶ Demander à la contrepartie de formuler sa perception du problème d'égalité des sexes dans le secteur/ sous-secteur sur la base de données quantitatives et qualitatives.
- ▶ Rencontrer les acteurs travaillant sur le genre dans le secteur (points focaux, cellules, bailleurs, ONG) et développer des alliances.
- ▶ Identifier les besoins potentiels de la contrepartie/ du maître d'ouvrage en renforcement de capacités pour mener à bien les objectifs genre (voir plus loin dans cette fiche : **Analyse et renforcement des capacités de la contrepartie** – p. 78) et inclure un volet renforcement des capacités dans le projet.
- ▶ Impliquer la contrepartie dans l'ensemble des études préliminaires se rapportant au genre.
- ▶ Améliorer l'appropriation de la composante genre du projet en impliquant la contrepartie dans son développement dès l'identification.
- ▶ Développer les indicateurs du projet avec la contrepartie – l'intégration des indicateurs genre et la ventilation par sexe de l'ensemble des indicateurs du projet feront ainsi partie du travail de renforcement des capacités genre de la contrepartie.

- ▶ S'accorder sur les indicateurs de résultat et les cibles à réaliser pour les hommes et les femmes. Communiquer sur la nécessité de réaliser ces cibles afin d'engager la discussion sur des indicateurs réalistes.
- ▶ Dialoguer sur les régions cibles et prioritaires en fonction des données sur le genre.
- ▶ Montrer à la contrepartie que les activités liées au genre (actions spécifiques, composante, méthodologie appliquée transversalement) auront des impacts positifs sur le renforcement des capacités en général (planification, suivi/évaluation, etc.).
- ▶ Demander comment les responsabilités sur le genre seront comprises dans le projet/la gestion du projet.
- ▶ Inspirer la contrepartie en donnant des exemples de projets/stratégies mis en œuvre ailleurs.
- ▶ Faire le lien avec les stratégies nationales pertinentes sur le genre, ou les engagements en matière de droits internationaux : le projet peut-il être une opportunité pour le pays/la contrepartie de se montrer proactif sur un aspect porteur politiquement ?
- ▶ Préparer un argumentaire court sur l'importance et la pertinence du genre dans le secteur (voir plus loin dans cette fiche **Arguments pour convaincre la contrepartie** – p. 76).



#### Marge de manœuvre réduite pour l'AFD ?

Dans ce cas les points d'entrée principaux sont :

(i) **la négociation des indicateurs au moment de l'instruction et de la FPP** : choisir des indicateurs de résultats et d'impact plutôt que des indicateurs d'inputs et de réalisation ; au-delà des indicateurs d'accès, choisir des indicateurs de réussite (voir **Fiche 8 : Les indicateurs**) ;

(ii) **la demande d'une analyse des résultats sensible au genre lors des revues sectorielles annuelles** : a) questionner les progrès/absences de progrès sur les indicateurs de performance ; b) s'interroger sur l'adéquation des activités par rapport à l'analyse du

problème ; c) s'interroger sur l'absence de certaines stratégies ; d) pointer le manque de cohérence entre le discours et les données ; e) dialoguer sur la qualité de l'information produite lorsque les leviers sont restreints ;

(iii) **l'intégration de changements dans la planification annuelle** afin de répondre aux analyses effectuées lors de la revue annuelle et à l'inadéquation possible entre les activités, les problèmes et les cibles approuvées ;

(iv) **le plaidoyer commun avec d'autres bailleurs** pour avoir plus de poids dans les discussions.



## Lorsque les thématiques sont sensibles

Il est parfois difficile d'aborder certaines questions dans certains pays, mais l'on peut toujours trouver un point d'entrée qui permette de faire avancer le débat, même lentement, sur le genre et les inégalités. Exemples de stratégies possibles :

► **développer des alliances avec d'autres bailleurs ou les agences onusiennes** pour mieux mutualiser les informations sur les résistances, harmoniser les messages et activités de plaidoyer, engager le pays/la contrepartie de façon stratégique sur la question ;

► **identifier les champions défendant la thématique concernée sur lesquels s'appuyer** parmi les partenaires, les ONG, les organisations de la société civile, les médias, le secteur privé et y compris à l'intérieur du gouvernement, des groupes parlementaires et de la contrepartie ;

► **utiliser les journées internationales et les événements internationaux** comme un point d'entrée pour organiser des débats, des réunions de sensibilisation sur les filles, les adolescentes, la violence contre les femmes, les droits, etc. ;

► **organiser des journées « genre + thématique spécifique » dans le secteur de l'énergie** rassemblant des participants de tous bords dans un but prospectif d'analyse des enjeux et de partage d'expérience ;

► **renforcer les bases de données pour mesurer la prévalence d'un phénomène** (ex : recours à la SSR/PF ; recours des hommes aux soins de santé) et pouvoir en parler de façon directe.

## Identifier les alliés, partenaires, parties prenantes à mobiliser sur le genre

Comme évoqué précédemment, il est parfois utile et judicieux de trouver des partenaires et de créer des alliances avec les acteurs locaux afin de pouvoir convaincre la contrepartie mais aussi pour faciliter la collecte d'information ou les analyses genre.

Les Profils Genre Pays produits par AES incluent déjà des informations sur les diverses organisations susceptibles de s'intéresser aux questions d'égalité femmes /hommes dans le pays. Ici sont proposées quelques pistes de type d'acteurs gouvernementaux et de la société civile :

- associations de femmes ;
- groupes de recherches /départements universitaires ;
- ONG (nationales et internationales) ;
- points focaux genre des ministères ;
- syndicats (de travailleuses) ;
- réseaux thématiques (regroupant des ONG et/ou des bailleurs et/ou des représentants du gouvernement, etc.).

Il est aussi de bonne pratique, lors de la faisabilité, d'organiser une réunion de consultation dans le pays pour partager les résultats de l'analyse genre, présenter l'idée du projet et identifier les impacts potentiellement négatifs du projet sur l'égalité hommes femmes ; cette activité peut être incluse dans les TdR du consultant qui procède à l'analyse du contexte /des capacités genre des acteurs du projet.

## Arguments pour convaincre la contrepartie

### Arguments en faveur de la promotion de l'équité de genre

► La convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a été ratifiée par 187 pays et l'égalité hommes-femmes doit être un objectif en soi.

► L'égalité des genres est pertinente comme outil de développement car elle accroît l'efficacité économique et améliore d'autres résultats de développement de trois façons<sup>27</sup> :

- chaque femme sous-employée constitue une perte économique pour le pays ; l'accès à l'emploi qui génère des revenus supplémentaires pour la famille accroît aussi la position et le pouvoir de négociation des femmes dans la famille ;
- l'amélioration dans l'absolu du statut des femmes a des effets d'entraînement positifs sur le développement et le futur de leurs enfants : plus les femmes contrôlent les ressources du ménage, plus elles investissent dans l'éducation et le bien-être de leurs enfants ;
- les femmes réinvestissent jusqu'à 90 % de leurs revenus dans leur famille et leur communauté, contre seulement 30 à 40 % pour les hommes<sup>28</sup>.
- Améliorer la santé des femmes et des hommes constitue un levier de développement économique majeur.

### Arguments sectoriels

De nombreuses études montrent les impacts positifs de l'implication des femmes dans les projets santé en général et de l'implication des hommes dans les aspects de la santé plus spécifiquement perçus comme féminins (SMNI, SSR, PF, violences faites aux femmes, aux filles). Les exemples proviennent de partout dans le monde, et concernent des projets divers. Mais la conclusion est partout identique : les projets sont plus efficaces et pérennes lorsque les femmes et les hommes sont impliqués, les capacités de femmes sont renforcées ; l'intérêt des hommes pour leur propre santé et celle de leur famille contribue à améliorer la qualité de vie des femmes, des hommes et des communautés. Sur cette base, sont présentés ci-après quelques arguments spécifiques au secteur de la santé :

► Les hommes et les femmes ont des usages et des rôles différents concernant leur santé et celle de leurs proches.

► Il a été prouvé qu'une réelle implication des femmes et des hommes dans les projets santé est un facteur majeur de la réussite des projets, et qu'il en résulte une qualité de vie améliorée pour l'ensemble de la communauté.

► L'implication des femmes accroît la transparence, la redevabilité et l'efficacité technique des projets.

► Lorsque la différence de rôles entre hommes et femmes est prise en compte, les campagnes d'information, de communication pour le changement de comportement, dans tous les domaines de la santé, sont plus efficaces.

► Accroître la participation des femmes aux processus de décision renforce leurs capacités, mais permet aussi d'améliorer le développement économique des communautés dans leur ensemble.

► La prise en compte des besoins et des préférences des femmes et des hommes dans les projets santé a comme résultats :

- des améliorations nettes de la santé des différents membres de la famille (hommes, femmes, garçons, filles et adolescent(e)s) ;
- moins de risques pour les femmes/les jeunes-filles (violences, grossesses précoces,...).

► Tous ces facteurs renforcent la participation des femmes et des filles à la vie économique, et favorisent donc le développement de l'ensemble des communautés.

<sup>27</sup> Banque mondiale: World Development Report 2012: Gender Equality and Development. <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2012/0,,contentMDK:22999750~menuPK:8154981~pagePK:64167689~piPK:64167673~theSitePK:7778063,00.html>

<sup>28</sup> OCDE 2008 Gender and Sustainable Development. <http://www.oecd.org/social/40881538.pdf>

## Suggestions pratiques pour contrecarrer les résistances potentielles de la contrepartie

Il est courant pour une contrepartie de se montrer résistante à intégrer le genre car ce processus est souvent vécu comme une contrainte additionnelle imposée de l'extérieur. Il est donc important de bien penser à la manière d'aborder le sujet avec la contrepartie, de préférence dès les premiers contacts entre l'agence AFD locale et cette dernière.

SOURCES DE RÉSISTANCES	SUGGESTIONS
<b>Manque de temps, d'intérêt et en dehors des responsabilités professionnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Mise à disposition de ressources adéquates pour soutenir le changement organisationnel.</li> <li>▶ Redéfinition des profils de poste en faisant du genre une partie intégrante des responsabilités (ceci ne peut être qu'une proposition compte tenu de la souveraineté de la contrepartie).</li> <li>▶ Intégration des indicateurs genre dans le suivi-évaluation.</li> </ul>
<b>Manque de connaissance ou de compréhension sur la façon dont le genre peut être pertinent pour le secteur du projet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Analyser la situation en incluant le genre avec la contrepartie.</li> <li>▶ Organiser des formations, circulation d'informations.</li> <li>▶ Construire un argumentaire fondé sur des exemples concrets.</li> </ul>
<b>Contrepartie réfractaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Construire un argumentaire fondé sur des exemples concrets.</li> <li>▶ Chercher à développer des alliances avec d'autres acteurs dans le pays, ministère de la Femme, société civile.</li> <li>▶ Proposer à la contrepartie une composante de renforcement des capacités.</li> </ul>
<b>Surcoût</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Prévoir une ligne de budget pour des actions spécifiques genre et/ou femmes (selon besoins).</li> </ul>
<b>Ethnocentrisme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ramener la discussion dans le cadre des politiques et engagements du pays (sur la base notamment des profils genre pays).</li> <li>▶ Utiliser l'argument de l'efficacité des projets et des bénéfices économiques.</li> </ul>

## Analyse et renforcement des capacités de la contrepartie en matière de genre

Le but d'une analyse de la capacité genre de la contrepartie est d'identifier l'adéquation entre les objectifs/activités genre (ou activités d'atténuation des effets négatifs induits par le projet) prévus par le projet et la capacité de la contrepartie à les réaliser.

L'analyse de la capacité genre de la contrepartie peut être plus ou moins détaillée selon les enjeux, les objectifs genre du projet et l'information déjà disponible sur le sujet. En fonction de cela, elle peut se faire à travers un diagnostic rapide ou à travers une analyse plus approfondie, réalisée par un consultant (dans le cadre de l'étude de faisabilité ou en parallèle de celle-ci).

Dans ce dernier cas, des TdR spécifiques doivent être élaborés.

### Exemple d'éléments de TdR pour une analyse de la capacité genre de la contrepartie lors de l'étude de faisabilité

Les éléments présentés ci-après sont à modéliser et à adapter en **fonction du type d'institution** (ministère, division, centre de formation, groupe d'utilisateurs ou de gestion participative...).

#### 1. Objectif général

Évaluer la capacité genre des institutions impliquées dans la mise en œuvre du projet.

#### 2. Objectifs spécifiques

Évaluer selon une approche participative la **capacité genre** existante ainsi que la capacité potentielle de l'institution XXX **à travers l'analyse** :

##### ▶ de l'organigramme de l'institution ;

– Nombre (et ratio) d'hommes et de femmes travaillant dans l'institution par division et type de poste.

##### ▶ des capacités : (i) humaine, (ii) matérielle, (iii) de stratégie, coordination et communication, (iv) financière, (v) de planification, mise en œuvre et suivi-évaluation.

Le consultant utilisera les éléments du tableau ci-après comme base de cadre d'analyse et les modifiera selon les besoins, le contexte et son expérience dans le domaine.

▶ **Des facteurs contraignants et des facteurs facilitant la promotion de l'égalité** hommes-femmes aux niveaux institutionnel, organisationnel et individuel. Une analyse générale précèdera une analyse particulière relative à la mise en œuvre du projet.

▶ **Des besoins de renforcement de la capacité genre**, de façon générale, et en particulier pour la mise en œuvre du projet.

▶ **Des partenariats stratégiques** pour le genre en général et pour la mise en œuvre de la composante genre du projet.

▶ **Des bonnes pratiques et leçons apprises** en matière de renforcement de la capacité genre dans des projets antérieurs ou similaires ou des institutions similaires.

#### 3. Méthodologie

La méthodologie proposée sera participative. Elle s'attachera à :

▶ définir et à proposer une liste de répondants internes et externes à l'institution, y compris les bénéficiaires finaux du projet, hommes et femmes, garçons et filles ;

▶ élaborer un cadre de référence pour structurer le développement des outils de collecte des données ;

▶ élaborer des outils participatifs de collecte de données quantitatives et qualitatives ;

▶ établir un programme de collecte des données (échantillonnage, durée, etc.) ;

▶ présenter la méthode d'analyse des données collectées ;

▶ présenter le processus de validation des résultats et des recommandations avec l'institution et le client ;

▶ proposer un calendrier de restitution.

CAPACITÉS	POINTS À EXPLORER DANS L'ÉTUDE
<b>Capacité humaine</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Points focaux genre, rôle, statut et temps alloué aux questions de genre.</li> <li>▸ Disponibilité d'une expertise genre interne ou externe sur des thématiques précises.</li> <li>▸ Disponibilité d'une expertise genre interne ou externe pour des formations genre.</li> <li>▸ Existence de champions pour le genre.</li> <li>▸ Existence de personnes compétentes en sociologie (au sein de l'équipe en charge des impacts E&amp;S, par exemple).</li> </ul>
<b>Capacité matérielle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Outils méthodologiques disponibles comme des modules de formation sur le genre ou messages adaptés à différentes audiences (hommes, femmes, paysans, éleveurs, etc.).</li> <li>▸ Matériel pédagogique libre de stéréotypes, sensible au genre et adapté aux contextes culturels (manuels, posters etc.).</li> </ul>
<b>Capacité de stratégie, coordination et communication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Proactivité et engagement de l'institution sur les questions de genre et d'inégalités au sens large.</li> <li>▸ Volonté de l'équipe dirigeante de travailler sur les questions de genre.</li> <li>▸ Existence d'une politique spécifique sur le genre.</li> <li>▸ Code de conduite/code d'éthique.</li> <li>▸ Politique de non-discrimination pour le personnel.</li> <li>▸ Les instances de gouvernance favorisent la participation des hommes et des femmes et des représentants d'autres groupes d'acteurs masculins et féminins.</li> <li>▸ Capacité de développement de partenariats et d'alliances stratégiques sur le genre.</li> <li>▸ Publications et outils de communication reflétant les questions et enjeux de genre (présentation de données sexospécifiques, des enjeux, etc.).</li> <li>▸ Capacité de plaidoyer sur le genre auprès des parties prenantes internes.</li> <li>▸ Capacité de partage de l'information pertinente pour les hommes et les femmes.</li> </ul>
<b>Capacité financière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Budget spécifique pour des activités genre.</li> <li>▸ Budgets spécifiques pour des activités innovantes ayant un impact positif sur la réduction des inégalités, y compris des inégalités de genre.</li> </ul>
<b>Capacité de planification, de mise en œuvre et de suivi-évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Programmes et plans d'action comprenant des objectifs genre et des activités spécifiques pour réduire les inégalités de genre et promouvoir l'autonomisation des femmes.</li> <li>▸ Expérience de mise en œuvre d'activités/composantes genre.</li> <li>▸ Capacité d'exécution des projets/activités à tous les niveaux de l'institution (central, décentralisés, réseaux etc.).</li> <li>▸ Capacité de mobilisation des ressources humaines nécessaires.</li> <li>▸ Désagrégation systématique des données par sexe (usagers, groupe de gestion).</li> <li>▸ Culture de l'évaluation des activités avec un prisme genre.</li> </ul>

## Renforcement des capacités genre de la contrepartie ou de l'AMO

Si le diagnostic ou l'analyse des capacités de l'institution souligne certaines faiblesses en termes de capacités genre, différentes démarches peuvent être alors initiées pour les renforcer :

- ▶ s'assurer que la contrepartie prenne part à certaines des activités de l'étude de faisabilité portant sur le genre afin de contribuer à la formulation des problèmes et des solutions possibles ;
- ▶ suggérer à la contrepartie de faire une demande d'accompagnement spécifique sur les aspects de genre ;
- ▶ appuyer la nomination et la formation d'un point focal ou d'une cellule genre ;

- ▶ développer des modules de formation genre pour la contrepartie ;

- ▶ organiser des formations sur le genre pour le personnel de la contrepartie / l'AMO ;

- ▶ identifier des champions au sein de la contrepartie pour faire le relai sur le genre et pousser les activités de la sous-composante genre ;

- ▶ fournir une expertise genre pour la mise en œuvre des aspects genre du projet.

Dans tous les cas, il est important que cette démarche soit faite au moment de la faisabilité, ce afin d'anticiper les besoins de renforcement suffisamment en amont et de les inscrire budgétairement (soit sur le budget de l'institution, soit dans un volet « Renforcement des capacités », spécifique au genre ou non).

# SECTION 4

## INTÉGRER LE GENRE DANS LES PHASES D'EXÉCUTION ET D'ÉVALUATION *EX POST* DU PROJET

### La phase d'exécution

Une fois arrivée l'étape d'exécution, il est possible que :

- ▶ l'intégration du genre ait été négligée lors des phases précédentes ;
- ▶ des changements importants dans le pays ou dans la contrepartie aient eu lieu, qu'ils représentent des risques ou des opportunités pour le genre ;
- ▶ des effets pervers surgissent des premières activités.

L'exécution du projet offre de nouvelles opportunités pour intégrer la dimension genre, que ce soit en renforçant le système de suivi-évaluation ou en dialoguant sur la qualité des activités mises en œuvre et leur pertinence pour les hommes et les femmes, ou en étant exigeant sur le contenu des rapports de suivi.

### La phase d'évaluation *ex post* et de capitalisation

L'étape de l'évaluation *ex post* est cruciale pour les questions de genre. Elle permet de faire le bilan des résultats, d'identifier les stratégies efficaces et de tirer les leçons de l'ensemble des activités du projet pour le genre. L'évaluation permet à la fois de collecter des données utiles pour des projets futurs et de capitaliser les expériences qui permettront à l'AFD d'améliorer l'intégration du genre dans ses projets.

Cette section comprend les fiches suivantes :

**Fiche 11** : Questions clés lors de la supervision – p. 82

**Fiche 12** : Questions et points clés de l'évaluation *ex post* – p. 84

QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Préparation/vérification des DAO pour la mise en œuvre du projet</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les compétences socioéconomiques à mobiliser incluent-elles des compétences et une expérience sur le genre ?</li> </ul>	<b>Fiche 7 :</b> Intégrer le genre dans les études de faisabilité
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Des clauses genre sont-elles incluses dans les DAO ? (obligations de moyens et/ou de résultats, type de contrôles effectués, compétences à mobiliser, <i>reporting</i>, etc.) :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- pour la mise en œuvre du projet : gestion des impacts des activités de construction ;</li> <li>- pour les objectifs du projet : identification des résultats spécifiques d'intégration du genre à atteindre.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées  <b>Fiche 9 :</b> Genre et diligences E&S
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les indicateurs de suivi des impacts ou des objectifs « genre » sont-ils inclus dans les DAO ?</li> </ul>	<b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les activités d'intermédiation sociale en particulier incluent-elles des éléments méthodologiques satisfaisants sur la prise en compte des rapports de genre ? Cette prise en compte est-elle adaptée au contexte social local et aux enjeux spécifiques du projet ?</li> </ul>	<b>Enjeu 6 :</b> Genre et communication pour le changement de comportement
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les offres ou propositions reçues sont-elles satisfaisantes au regard des enjeux de genre du projet ?</li> </ul>	<b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées
<b>Avis de non-objection</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Des clauses spécifiques concernant le genre sont-elles prévues ? Si oui, sont-elles respectées ?</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Si des indicateurs spécifiques genre n'étaient pas définis ou si les indicateurs n'étaient pas ventilés par sexe, peut-on y remédier lors du processus de non-objection ?</li> </ul>	<b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Est-il possible d'ajouter des demandes spécifiques sur certaines activités/stratégies pour mieux adresser les inégalités/répondre aux besoins des hommes/des femmes ?</li> </ul>	<b>Section 1 :</b> Introduction au genre  <b>Fiche 6 :</b> Passer de l'analyse à des propositions d'actions budgétées





...

QUESTIONS À SE POSER	OUTILS DISPONIBLES
<b>Rapports d'avancement de projet, rapports de suivi technique, rapports de mission</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les rapports incluent-ils une section sur le genre ou intègrent-ils systématiquement le genre dans chaque section ?</li> <li>▶ Les rapports présentent-ils les résultats et impacts du projet sur les hommes et les femmes (données désagrégées) et la réduction des inégalités hommes-femmes ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> <li>-</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les indicateurs genre quantitatifs et qualitatifs sont-ils correctement renseignés ?</li> </ul>	<p><b>Fiche 8 :</b> Les indicateurs</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les hommes et les femmes bénéficient-ils équitablement du projet ? Si non, quelles mesures correctives peuvent-être apportées ?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les équipes projets locales ont-elles besoin d'être renforcées sur les aspects genre ?</li> </ul>	<p><b>Fiche 10 :</b> Dialogue avec les partenaires sur le genre</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les leçons tirées de ces évaluations, rapports de suivi, donnent-elles lieu à des recommandations pour les futurs projets ?</li> </ul>	<p><b>Fiche 12 :</b> Questions et points clés de l'évaluation <i>ex post</i></p>



Retourner vers la contrepartie, particulièrement lors du premier rapport de suivi, avec des suggestions (ou exigences) de qualité sur la dimension genre.

Dialoguer sur la qualité de l'information produite lorsque les leviers sont restreints.

Cette fiche présente les démarches, questions et analyses à mener une fois la phase d'exécution du projet terminée. Le chargé de projet AFD pourra puiser parmi les éléments proposés, en fonction du niveau d'approfondissement de l'analyse envisagée et du type d'évaluation à réaliser.

Outre les questions figurant dans cette fiche, l'analyse *ex post* se base également sur l'**évaluation des indicateurs spécifiques au projet**, définis durant l'instruction et qui ont fait l'objet d'un suivi durant la phase d'exécution (voir **Fiche 8 : Les indicateurs** et **Fiche 11 : Questions clés lors de la supervision**).

**Le terme « Évaluation *ex post* » utilisé dans cette fiche désigne les analyses menées après l'achèvement d'un projet.**

À l'AFD, cela peut donc concerner aussi bien :

- ▶ les **évaluations décentralisées**, plus légères, et réalisées le plus souvent assez rapidement après la fin de l'exécution du projet (18 mois maximum) ;
- ▶ que les **évaluations pilotées par la division Évaluation et Capitalisation (EVA)** de l'AFD, plus approfondies, avec un champ souvent plus large et une dimension de capitalisation plus importante. Elles peuvent parfois être réalisées plusieurs années après l'achèvement du projet (ce qui permet un recul plus important sur les impacts).

### L'évaluation *ex post* est une excellente opportunité pour :

- ▶ évaluer les résultats du projet sur l'égalité des sexes et/ou à l'aune des objectifs genre spécifiques fixés au départ ;
- ▶ évaluer la pertinence, l'efficacité et l'efficience des stratégies genre mises en œuvre ;
- ▶ évaluer l'impact du projet sur les hommes et les femmes bénéficiaires ainsi que sur l'environnement institutionnel et organisationnel pour le genre ;
- ▶ tirer les leçons et capitaliser les expériences genre dans le secteur de la santé.

### Quand mettre l'accent sur le genre dans une évaluation *ex post* ?

Il est particulièrement judicieux de renforcer les questions portant sur le genre dans une évaluation *ex post* lorsque :

- ▶ **le projet a une forte évaluabilité genre** (ex : données sexospécifiques, objectifs et activités portant sur le genre et la réduction des inégalités, résultats positifs sur la réduction des inégalités, etc.) ;
- ▶ **le projet a mis en œuvre des stratégies innovantes pour le genre** et la réduction des inégalités entre les sexes, dont l'évaluation pourrait tirer les leçons et évaluer la reproductibilité ;
- ▶ **le projet a eu des effets induits négatifs imprévus** sur l'égalité hommes-femmes **ou n'a pas**, en dépit des stratégies mises en œuvre, **obtenu les résultats escomptés** en matière de réduction des inégalités.

## Quelques questions de départ

### TDR DE L'ÉVALUATION *EX POST*

- ▶ Le genre est-il intégré dans les TdR de l'évaluation *ex post*, avec des questions genre spécifiques pour les 5 critères du CAD pour l'évaluation (pertinence, efficacité, efficience, impact, viabilité) ?
- ▶ Les TdR de l'évaluation *ex post* incluent-elles des questions spécifiques sur les activités/stratégies genre mises en œuvre dans le projet ?
- ▶ Les TdR de l'évaluation *ex post* mentionnent-elles que les résultats devront être analysés séparément pour les hommes et les femmes et que les données devront être ventilées par sexe ?
- ▶ Les TdR de l'évaluation *ex post* demandent-elles une expertise genre spécifique ?

### CAPITALISATION

- ▶ Le projet offre-t-il des opportunités de tirer les leçons de certaines activités/stratégies pour le genre dont l'AFD et la contrepartie pourraient bénéficier ?
- ▶ Quelles sont les bonnes pratiques ou les effets pervers du projet relatifs au genre méritant d'être documentés ?
- ▶ Une réunion de restitution des résultats de l'évaluation est-elle prévue avec la contrepartie, les parties prenantes, les autres bailleurs et les bénéficiaires du projet ?



#### Un bon rapport d'évaluation *ex post* :

- (i) est basé sur une méthodologie participative incluant les hommes et les femmes/bénéficiaires directs et indirects du projet ;
- (ii) présente des données sexospécifiques ;

(iii) analyse les résultats du projet pour les hommes, les femmes ;

(iv) analyse les changements pour l'égalité de genre aux niveaux micro, meso et macro ;

(v) identifie les bonnes pratiques relatives au genre pour capitalisation.



Dans le cas d'un cofinancement et dans l'éventualité qu'un autre bailleur ait prévu une évaluation des impacts sur le genre, il est recommandé que l'AFD s'assure que certaines des questions clés ci-après soient intégrées aux TdR et que l'évaluation s'attache à tirer des leçons pertinentes pour le futur.

## Questions d'évaluation

Les orientations de l'AFD sur la conduite d'évaluations décentralisées intègrent le genre dans l'ensemble des questions d'évaluation proposées<sup>29</sup>.

Les questions ci-dessous sont extraites ou adaptées des documents d'évaluation de l'AFD et du document d'orientation sur l'intégration du genre dans l'évaluation des Nations unies,<sup>30</sup>

Toutes les questions ne sont pas pertinentes pour l'ensemble des projets : une ou deux questions par critères suffiront dans la plupart des cas.

CRITÈRES	QUESTIONS DANS LESQUELLES PIOCHER LORS DE L'ÉLABORATION DES TdR D'ÉVALUATION EX POST
<b>Pertinence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ L'intervention est-elle en adéquation avec les stratégies nationales relatives à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé ? Ses résultats contribuent-ils à la réalisation de ces stratégies ?</li> <li>▶ L'intervention est-elle en adéquation avec les politiques de la contrepartie relatives à l'égalité des genres ? Les résultats contribuent-ils à la réalisation des politiques de la contrepartie relatives à l'égalité des genres ?</li> <li>▶ L'intervention a-t-elle été définie conformément aux besoins et aux intérêts des bénéficiaires hommes et femmes ? Comment ces besoins et intérêts ont-ils été déterminés ? Les résultats répondent-ils à ces besoins ?</li> <li>▶ Une analyse genre a-t-elle été conduite en amont du projet ? A-t-elle fourni les informations nécessaires sur les causes des inégalités de genre en termes d'accès aux services, de leur définition et de la prise en charge de leurs coûts ? Les activités réalisées ont-elles répondu aux objectifs de réduction des inégalités de sexes ? Les activités réalisées ont-elles répondu aux besoins spécifiques des femmes et des hommes ? Les activités ont-elles eu un effet sur les causes fondamentales des inégalités de genre dans le domaine de la santé ?</li> </ul>
<b>Efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Les hommes et les femmes ont-ils eu un accès équitable aux activités, produits et services du projet ?</li> <li>▶ Les hommes et les femmes profitent-ils des résultats du projet de la même manière ?</li> <li>▶ Quels ont été les résultats du projet en matière de réduction des inégalités de sexes ?</li> <li>▶ Dans quelle mesure les résultats du projet contribuent-ils au changement des attitudes et comportements relatifs au genre en matière de santé ?</li> <li>▶ Quelles stratégies ont été mises en œuvre pour s'assurer que les hommes et les femmes pourraient bénéficier des services / des résultats du projet ?</li> <li>▶ Les données ventilées par sexe ont-elles été utilisées pour revoir les stratégies du projet afin que les hommes et les femmes puissent bénéficier pleinement du projet ?</li> <li>▶ Dans quelle mesure les résultats de l'intervention contribuent-ils à surmonter les causes fondamentales des inégalités entre les sexes ?</li> </ul>

...

<sup>29</sup> Voir au sein du Manuel de l'organisation et des procédures de l'AFD (MOP) les procédures suivantes :

– ope-M2105 (TdR types) : [http://gaia.afd.fr/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2ddda655-0193-44d9-b2e8-1e09c0ef3bd2&groupId=1337991](http://gaia.afd.fr/c/document_library/get_file?uuid=2ddda655-0193-44d9-b2e8-1e09c0ef3bd2&groupId=1337991)

– ope-U2038 (exemples de questions évaluatives) : [http://gaia.afd.fr/c/document\\_library/get\\_file?uuid=ee56f9b5-dc55-48bb-a96b-6aa948961f3b&groupId=1337991](http://gaia.afd.fr/c/document_library/get_file?uuid=ee56f9b5-dc55-48bb-a96b-6aa948961f3b&groupId=1337991)

<sup>30</sup> GNUM (2011) Intégrer les droits de l'homme et l'égalité des sexes aux évaluations – Vers un document d'orientation du GNUM.



CRITÈRES	QUESTIONS DANS LESQUELLES PIOCHER LORS DE L'ÉLABORATION DES TdR D'ÉVALUATION <i>EX POST</i>
<b>Efficience</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Des ressources suffisantes (expertise, ressources financières) ont-elles été mobilisées pour l'intégration de la dimension genre lors de l'identification, la faisabilité, la mise en œuvre et le suivi-évaluation du projet ?</li><li>▶ Les ressources allouées aux stratégies spécifiques visant à réduire les inégalités et à soutenir l'équité entre les hommes et les femmes étaient-elles appropriées ?</li><li>▶ Des données désagrégées par sexes ont-elles été recueillies / produites ?</li><li>▶ Y a-t-il eu des obstacles spécifiques à la mise en œuvre des stratégies visant à réduire les inégalités et à soutenir l'équité entre les hommes et les femmes en termes d'accès aux services de santé ? Si oui, à quel niveau se situaient-ils (maîtrise d'ouvrage, maîtrise d'œuvre, bénéficiaires, etc.) ? Ces obstacles ont-ils été surmontés et si oui, comment ?</li><li>▶ Une petite augmentation des ressources financières du projet allouées spécifiquement au genre aurait-elle permis de renforcer de manière appréciable les résultats en termes de réduction des inégalités de genre concernant l'accès aux soins de santé ?</li></ul>
<b>Impact</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Dans quelle mesure l'amélioration de la situation des bénéficiaires hommes/femmes peut-elle être attribuée aux résultats du projet ?</li><li>▶ Le projet a-t-il des impacts positifs ou négatifs sur la dynamique des rapports de genre et l'égalité femmes/hommes en termes de répartition des responsabilités, accès et contrôle des ressources, charge de travail des femmes, etc. ?</li><li>▶ Le projet a-t-il eu un impact sur l'autonomisation et le renforcement des capacités des femmes dans d'autres domaines que la santé (ex : impact sur la confiance en soi, sur la participation à la sphère publique/aux décisions, etc.) ?</li><li>▶ Des effets négatifs sur les hommes ou les femmes ou les relations de genre ont-ils été identifiés au cours de la mise en œuvre ?</li><li>▶ Les activités et les résultats de l'intervention en matière de réduction des inégalités entre les sexes et d'autonomisation des femmes ont-ils influencé le travail d'autres organisations et programmes (ex : stratégies d'inclusion des femmes dans des formations techniques adoptées par un autre bailleur ; stratégies de définition des solutions techniques en fonction des besoins des femmes adoptées par un autre projet ; etc.) ?</li></ul>
<b>Durabilité</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▶ Quel est le degré d'appropriation des stratégies genre par les bénéficiaires ?</li><li>▶ Dans quelles mesures les stratégies genre ont-elles été intégrées dans les structures (communautaires, des autorités locales, des autorités centrales, des partenaires, etc.) ?</li><li>▶ Quelle est la probabilité selon laquelle les bénéficiaires hommes/femmes continueront d'utiliser les services/stratégies proposé(e)s une fois l'intervention terminée ?</li><li>▶ Dans quelle mesure les organisations parties prenantes du projet ont-elles modifié leurs politiques ou leurs pratiques afin d'intégrer les activités/stratégies genre proposées et de contribuer à la réalisation de l'égalité des sexes (adoption de textes législatifs/politiques, nouveaux services au niveau central/local, lignes budgétaires genre/allocation équitable des ressources, gouvernance sensible au genre, etc.) ?</li><li>▶ Les capacités de la contrepartie, des partenaires, des acteurs ont-elles été suffisamment renforcées pour appuyer les changements positifs en matière d'égalité des sexes dans le secteur, après la fin de l'intervention ?</li><li>▶ Dans quelle mesure l'implication d'acteurs au niveau national et local au cours de la mise en œuvre des stratégies genre contribuera-t-elle à la durabilité de celles-ci ?</li><li>▶ Dans quelle mesure les activités/stratégies genre de l'intervention visaient-elles à promouvoir un changement durable des attitudes, des comportements et des relations de pouvoir entre les groupes de parties prenantes dans le secteur de la santé ?</li></ul>



...

CRITÈRES	QUESTIONS DANS LESQUELLES PIOCHER LORS DE L'ÉLABORATION DES TdR D'ÉVALUATION <i>EX POST</i>
<p>Valeur ajoutée de l'AFD</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dans quelle mesure l'AFD a-t-elle contribué au développement de partenariats innovants pour le genre ?</li> <li>▶ Dans quelle mesure l'AFD a-t-elle contribué à renforcer le dialogue politique sur la réduction des inégalités entre les sexes ?</li> <li>▶ Dans quelle mesure l'AFD a-t-elle contribué au renforcement des capacités de la contrepartie et des acteurs pour réduire les inégalités entre les sexes ?</li> <li>▶ Dans quelle mesure l'AFD a-t-elle renforcé les stratégies genre des acteurs locaux ?</li> </ul>

## Capitaliser sur les bonnes pratiques

L'AFD multipliant les activités ayant une dimension genre, il est important de tirer les leçons de l'expérience et de documenter tant les difficultés rencontrées que les bonnes pratiques pour :

- ▶ une meilleure efficacité des projets futurs ;
- ▶ une capitalisation de l'existant en interne ;
- ▶ une plus grande visibilité sur les questions de genre en externe ;
- ▶ contribuer à alimenter le dialogue avec nos partenaires et les autres bailleurs sur les pratiques d'intégration du genre dans les financements en appui au secteur de la santé.

Il est intéressant de documenter les pratiques prometteuses (innovantes) et les bonnes pratiques (ayant démontré un impact positif). Tirer des leçons des difficultés et échecs rencontrés en analysant leurs causes est aussi une bonne manière de progresser.

**La documentation de bonnes pratiques** peut s'effectuer dans le cadre d'une évaluation *ex post*, en ajoutant un domaine d'étude spécifique à l'évaluation, ou en interne, dans une démarche de capitalisation de l'existant.

## Exemple de grille de capitalisation

DOMAINES	POINTS CLÉS
Problème à résoudre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Description</li> </ul>
Stratégies mises en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Objectifs des stratégies</li> <li>▸ Acteurs</li> <li>▸ Localisation / durée</li> <li>▸ Ressources impliquées</li> </ul>
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ <i>Outputs / outcomes</i></li> <li>▸ Sur bénéficiaires directs et indirects</li> <li>▸ Résultats escomptés et imprévus</li> </ul>
Leçons	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Facteurs de succès des stratégies qui marchent</li> <li>▸ Défis de mise en œuvre et facteurs entravants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- description des défis/des groupes affectés ;</li> <li>- mesures correctives apportées.</li> </ul> </li> </ul>
Recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>▸ Pour la duplication</li> <li>▸ Pour le passage à l'échelle</li> <li>▸ Pour l'institutionnalisation</li> </ul>

## Critères de sélection des bonnes pratiques

Les critères ci-après peuvent contribuer à l'identification de bonnes pratiques :

- **Pertinence** : l'intervention est appropriée et répond aux besoins des bénéficiaires dans le contexte socio-culturel et économique qui leur est propre.
- **Ayant obtenu de bons résultats** : le système de suivi-évaluation permet de collecter des données sexo-spécifiques pouvant prouver les résultats et impacts positifs ou négatifs des activités sur les garçons et les filles et la réduction des inégalités de genre.
- **Basée sur une analyse du genre** : l'intervention découle d'une analyse du genre et adresse les normes et pratiques sociales, les institutions et les politiques qui ont une influence sur les inégalités et opportunités de genre du secteur santé.
- **Ayant un bon rapport coût/bénéfices** : l'intervention démontre une utilisation efficiente et efficace des ressources visant à réduire les inégalités de genre.

- **Participation** : l'intervention est basée sur la participation des bénéficiaires directs et indirects, hommes et femmes et démontre un degré certain d'appropriation.
- **Partenariat** : l'intervention est mise en œuvre au travers de partenariats innovants pour la réduction des inégalités.
- **Durabilité** : l'intervention démontre sa durabilité et viabilité dans le moyen-terme (levée de fonds, adoption de politiques et mesures au niveau national et local visant à institutionaliser l'approche et à pérenniser les résultats, renforcement des capacités des acteurs, etc.).
- **Reproductible et adaptable** : l'intervention a un potentiel de reproductibilité dans d'autres régions ou contextes, et/ou de passage à l'échelle.

# SECTION 5

## RESSOURCES GENRE ET SANTÉ

---

**Cette section comprend les fiches suivantes :**

**Fiche 13 :** Benchmark des pratiques des bailleurs en matière d'intégration du genre dans le secteur de la santé – p. 91

**Fiche 14 :** Ressources sur le genre et la santé – p. 96



### Constat général

La revue d'un grand nombre de programmes mis en place par des ONG et/ou des bailleurs de fonds internationaux (OMS, ONUSIDA, FNUAP, Banque mondiale, etc.) et d'organismes d'aide bilatérale (USAID, KfW et/ou GIZ, SIDA, etc.) révèle certaines récurrences.

Il apparaît en premier lieu que de nombreuses approches se prévalant du « genre » relèvent en fait plus d'une approche « femmes et développement » en se focalisant sur l'amélioration de la santé maternelle et infantile ainsi que sur le développement de la santé reproductive (planning familial, accès à la contraception, etc.), sans prendre en compte les hommes et sans prendre en compte l'impact du genre dans d'autres domaines de la santé. De nombreux projets et programmes considèrent les femmes et les enfants comme faisant partie d'un même groupe de « personnes vulnérables », sans analyser en profondeur la question du genre dans le domaine de la santé (place des hommes et des femmes dans les personnels de santé, femmes en charge des différentes personnes malades dans la famille, accès inégal à l'information, etc.) et sans analyser suffisamment l'hétérogénéité du groupe « femmes ».

Toutefois, depuis quelques années, certains programmes de santé développent une approche genre, par exemple en **intégrant les hommes ou en se concentrant sur leurs vulnérabilités spécifiques** (FNUAP, 2009), ou en intégrant de manière transversale la **lutte contre les inégalités de genre dans des programmes verticaux de santé** (lutte contre le sida, la tuberculose, la malaria, la santé mentale). Une approche en termes de cycle de vie peut également être très efficace et permet de distinguer les besoins spécifiques et les difficultés particulières non pas seulement en tenant compte du genre mais également de l'âge. En 2009, l'OMS a publié un rapport (*Les femmes et la santé*) basé selon les différentes étapes de la vie : petite enfance (de la naissance à neuf ans), adolescence (de 10 à 19 ans), âge adulte (20 à 59 ans et femmes en âge de procréer de 15 à 44 ans) et personnes âgées (à partir de 60 ans).

### Stratégies et actions des principaux partenaires

#### La Banque mondiale

L'accès à une médecine reproductive de qualité et à des services de planification familiale font partie des priorités de la stratégie de la Banque mondiale dans le domaine de la santé et de la nutrition. En juillet 2015, avec les Nations unies et les gouvernements des États-Unis, du Canada et de la Norvège, la Banque mondiale a lancé la *Global Financing Facility* pour financer la stratégie globale *Every Woman, Every Child*. Ce partenariat financier, qui lie les parties prenantes sous la direction des gouvernements, doit permettre d'accélérer les efforts pour réduire les décès évitables de mères, de nouveau-nés et d'enfants.

En application du plan d'action de la Banque mondiale pour la santé reproductive 2010-2015<sup>32</sup>, 70 % des projets de la Banque dans des pays avec un fort taux de mortalité maternelle et/ou un taux de fertilité élevé incluent des composantes ou des indicateurs sur la santé reproductive.

#### Les Nations unies

Les Nations unies ont lancé en 2010 la campagne planétaire *Every Woman, every Child* (« Chaque femme, chaque enfant ») qui doit améliorer les services proposées aux femmes et aux enfants les plus vulnérables et renforcer les politiques et les financements allant dans ce sens. Les acteurs multinationaux, les gouvernements, le secteur privé et la société civile sont mobilisés dans ce mouvement qui s'inscrit dans la stratégie de l'ONU pour la santé maternelle et infantile<sup>31</sup>.

Site : <http://www.everywomaneverychild.org/about/what-is-every-woman-every-child>

<sup>31</sup> [http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914\\_gswch\\_en.pdf](http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100914_gswch_en.pdf)

<sup>32</sup> [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2011/08/01/000356161\\_20110801022805/Rendered/PDF/635430WPOBette00BOX361521B00PUBLIC0.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDS/IB/2011/08/01/000356161_20110801022805/Rendered/PDF/635430WPOBette00BOX361521B00PUBLIC0.pdf)

## L'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID)

Depuis 1965, l'USAID a fourni des informations, des produits et des services de planification familiale ; les programmes de santé maternelle et infantile sont devenus une priorité dans les années 1980, et les programmes de prévention du VIH/SIDA ont été ajustés de manière à être sensibles au genre et notamment à identifier les vulnérabilités spécifiques des femmes. Les programmes de santé reproductive, de nutrition, de lutte contre le paludisme et les maladies pandémiques accordent également de l'importance aux besoins spécifiques des femmes.

En 2012, l'USAID a lancé une nouvelle politique sur le genre<sup>33</sup> pour intégrer de manière plus efficace l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes dans ses programmes et politiques.



### Le projet GREAT (Gender Roles, Equality And Transformation)<sup>34</sup> dans le nord de l'Ouganda

À partir d'une étude qualitative sur l'apprentissage et l'intériorisation des normes de genre, ce projet vise à promouvoir des attitudes et des comportements égalitaires auprès d'adolescents de 10 à 19 ans et de leurs communautés. Il comprend la création d'outils pédagogiques (boîtes à outils pour guider les discussions, cartes avec des exemples d'activités, jeux...), la diffusion d'un feuillet radio pour susciter le débat et la formation des agents de santé communautaire afin d'améliorer les services de santé sexuelle et reproductive.



### L'initiative DREAMS (*Determined, Resilient, Empowered, AIDS-free, Mentored and Safe*) pour les adolescentes et les jeunes femmes

Avec un budget de 210 millions de dollars, cette initiative, qui repose sur un partenariat privé-public (PEPFAR, Fondation Bill et Melinda Gates, Fondation Nike...), vise à réduire de 25 % l'incidence du VIH/SIDA chez les adolescentes et jeunes femmes de 10 à 25 ans dans dix pays africains : l'Afrique du Sud, le Swaziland, le Mozambique, le Kenya, la Tanzanie, le Lesotho, l'Ouganda, le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe.

<sup>33</sup> [http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PDACT200.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACT200.pdf)

<sup>34</sup> [http://irh.org/projects/great\\_project/](http://irh.org/projects/great_project/)

## La Banque asiatique de développement (BAsD)

L'égalité de genre est au cœur de l'agenda de développement de la BAsD et fait partie des cinq moteurs du changement identifiés dans leur stratégie, d'ici 2020. Une expertise genre est systématiquement incluse dans les projets, notamment du secteur de la santé. La BAsD a également développé des plans d'actions genre sectoriels (notamment en santé) et géographiques ([http://www.adb.org/projects/documents/search/subject/health/type/project\\_document/subtype/gender-action-plans-1187](http://www.adb.org/projects/documents/search/subject/health/type/project_document/subtype/gender-action-plans-1187)) ainsi qu'une checklist Genre et santé (<http://www.adb.org/sites/default/files/publication/28727/health.pdf>).



### Dimension genre dans les projets de soins de santé de la BAsD : l'exemple du Vietnam

Le plan d'action genre<sup>35</sup> du projet « Soins de santé dans les terres centrales » a mis en place différentes actions genre, dont :

- ▶ la rénovation des infrastructures de santé qui doivent inclure des salles adéquates consacrées au suivi des grossesses et à l'accouchement, des toilettes et des douches séparées pour les hommes et les femmes...;
- ▶ une clause dans les contrats de construction ou de rénovation des infrastructures qui doit fixer un quota minimum de 30 % de femmes employées pour le travail non qualifié ;

- ▶ la priorisation des sujets de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie dans la formation continue des médecins et le fait que 60 % minimum des participants sont des femmes ;
- ▶ l'augmentation de 15 % du nombre de femmes médecins dans les centres de santé communautaires ;
- ▶ l'intégration de modules sur l'égalité de genre et l'éthique médicale dans la formation du personnel soignant.

## La Banque africaine de développement (BAfD)<sup>36</sup>

La BAfD a adopté une approche transversale du genre dans ses différents secteurs d'intervention et ses programmes, dans le but de promouvoir l'égalité de genre ainsi qu'un développement économique et humain durable. Une analyse genre est menée pour chaque intervention de la BAsD et cinq domaines prioritaires ont été identifiés, dont celui de la santé.

Dans le secteur de la santé, la BAsD met l'accent sur la santé reproductive (santé maternelle et infantile, VIH/SIDA, planification familiale), le contrôle des maladies et un accès plus égalitaire aux soins de santé. Elle soutient des initiatives qui :

- ▶ améliorent l'accès des femmes à l'information et à des soins de santé adéquats, abordables et de qualité ;
- ▶ renforcent la santé familiale, mettent en place des programmes communautaires de planification familiale et des services de santé et de nutrition pour les mères et leurs enfants ;

▶ abordent la question des maladies sexuellement transmissibles, le VIH/SIDA, les MGF et autres problématiques sexuelles ou reproductives avec une approche sensible au genre ;

- ▶ mobilisent les hommes et proposent des actions de prévention s'adressant spécifiquement à eux ;
- ▶ mènent des recherches sur l'impact de la réduction des dépenses de santé sur les femmes ;
- ▶ s'efforcent d'éradiquer des pratiques ayant des effets négatifs sur la santé des femmes et des enfants.

Un outil (checklist) a été développé sur l'intégration du genre dans le secteur de la santé : <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20%2829.pdf>

<sup>35</sup> <http://www.adb.org/sites/default/files/project-document/79508/44265-013-gap.pdf>

<sup>36</sup> <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/1000003-EN-THE-GENDER-POLICY.PDF>

## L'Agence canadienne de développement international (ACDI)

L'égalité entre les femmes et les hommes est l'un des thèmes transversaux à tous les programmes et à toutes les politiques de l'ACDI. L'agence soutient de nombreux projets dans le secteur de la santé, notamment des projets visant à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, dans le cadre de l'engagement du Canada à hauteur de 1,1 milliard de dollars à l'égard de l'Initiative Muskoka<sup>37</sup>. Ces projets se divisent en trois grands volets : le renforcement des systèmes de santé (par exemple : déploiement de sages-femmes au Soudan du Sud, construction d'une école de sages-femmes et de maternités en Haïti, formation de personnel de santé et mise à jour des infrastructures en Ouganda,...), la réduction du fardeau des maladies (programme d'éradication de la poliomyélite au Nigeria, prévention de la septicémie au Bangladesh,...) et l'amélioration de la nutrition.

## Le ministère britannique pour le Développement international (DFID)

L'égalité de genre est une priorité pour le DFID, qui a inscrit l'amélioration des conditions de vie des filles et des femmes dans son plan 2012-2015<sup>38</sup> et la décline en deux objectifs : (i) favoriser l'*empowerment* des filles et des femmes et (ii) améliorer la santé maternelle et l'accès à la planification familiale. Le DFID travaille notamment en partenariat avec la fondation Nike pour proposer des approches innovantes de soutien aux adolescentes et mène une recherche dans dix pays sur la prévention des violences de genre.

En partenariat avec l'ACDI, le DFID est à la tête d'un fonds commun pour l'accès aux soins de santé de base et de nutrition au Soudan du Sud. Le projet vise à mettre en place et à renforcer des cliniques et hôpitaux dans 40 des 79 comtés du pays, et à fournir une assistance technique au ministère de la Santé aux niveaux national, des Etats et des comtés, afin que les systèmes gouvernementaux parviennent à assurer la responsabilité de la fourniture des services de santé primaire.

## La Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ)

La GIZ aborde les questions de genre à travers une double approche : intégration transversale du genre dans l'ensemble des secteurs et des projets / projets visant spécifiquement une réduction des inégalités et des discriminations basées sur le genre. La GIZ a mis en place également une plateforme numérique de savoirs sur le genre<sup>39</sup>. Parmi les informations téléchargeables sur cette plateforme, sont présentés des outils génériques d'introduction du genre dans les projets, ainsi qu'une synthèse des enjeux de genre dans le secteur de la santé.

<http://www.gender-in-german-development.net/health-.html>

Dans le secteur de la santé, l'initiative allemande BACKUP promeut des programmes de lutte contre le VIH/SIDA sensibles au genre<sup>40</sup> ainsi que l'intégration du genre dans les activités de renforcement des systèmes de santé et la participation de la société civile<sup>41</sup>.

<sup>37</sup> Pour davantage d'information sur ces projets : <http://www.acdi-cida.gc.ca/cidaweb/cpo.nsf/fWebProjListFr?ReadForm&profile=SMNE-MNCH>

<sup>38</sup> [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/31197/DFIDbusiness-plan2012.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/31197/DFIDbusiness-plan2012.pdf)

<sup>39</sup> <http://www.gender-in-german-development.net/>

<sup>40</sup> Voir le document d'orientation de cette initiative BACKUP : <http://www.gender-in-german-development.net/custom/images/contentBilderGalerie/bilderGalerie1000513/BMZ-Germanys-contribution-to-a-sustainable-hiv-response-2012-EN.pdf>

<sup>41</sup> <http://www.gender-in-german-development.net/custom/images/contentBilderGalerie/bilderGalerie1000513/GIZ-BMZ-Conseils-pour-integrer-les-questions-specifiques-au-genre-dans-les-activites-de-renforcement-des-capacites-des-systemes-de-sante-2011-FR.pdf>

## L'Agence de coopération au développement luxembourgeoise (LuxDev)

Le genre est un thème transversal pour LuxDev. Dans le secteur de la santé, l'agence finance une dizaine de projets et de programmes : plusieurs appuient le secteur national de la santé (au Kosovo, au Laos, au Nicaragua...) ou des programmes nationaux spécifiques, tel le pro-

gramme national de santé scolaire au Cap-Vert. Les femmes sont souvent identifiées, aux côtés des enfants et des minorités ethniques, comme une population vulnérable nécessitant une attention particulière.



### Appui de LuxDev au secteur de la santé : l'exemple du Laos

LuxDev soutient le secteur de la santé au Laos depuis 1997. Dans un premier temps, l'objectif était de soutenir la conception et la mise en place de la stratégie Santé 2000-2020, orientée autour de 8 programmes prioritaires, dans l'idée d'offrir des services de santé de qualité à la majeure partie de la population et notamment aux plus pauvres et aux personnes vivant

dans des zones isolées (dont les minorités ethniques). L'objectif est désormais de soutenir la réforme du secteur de la santé 2013-2025, en mettant particulièrement l'accent sur la santé maternelle et infantile. Pour cela, les systèmes de santé de trois districts (Vientiane, Bolikhamxay et Khammouane) sont en train d'être renforcés.

Les tableaux suivants présentent des sources d'informations et de données utiles pour accéder à des données ventilées par sexe.

### DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE GENRE

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
Banque africaine de développement « Gender, Poverty and Environmental Indicators on African Countries »	<a href="http://www.afdb.org/en/knowledge/publications/gender-poverty-and-environmental-indicators-on-african-countries/">http://www.afdb.org/en/knowledge/publications/gender-poverty-and-environmental-indicators-on-african-countries/</a>	► Publication annuelle du département de statistiques de la BAfD, comprenant des données sur le genre dans les pays africains.
Banque africaine de développement, profils genre par pays	<a href="http://www.afdb.org/en/search/?tx_solr%5Bq%5D=profil%20de%20genre%20pays">http://www.afdb.org/en/search/?tx_solr%5Bq%5D=profil%20de%20genre%20pays</a>	► La BAfD publie des profils genre par pays.
Banque asiatique de développement – Country Gender Assessment	<a href="http://www.adb.org/search/series/country-gender-assessments/subtype/country-planning-documents-1020">http://www.adb.org/search/series/country-gender-assessments/subtype/country-planning-documents-1020</a>	► La BAsD produit des profils genre pour chacun de ses pays d'intervention.
Indicateurs clés pour le développement en Asie-Pacifique	<a href="http://www.adb.org/publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific">http://www.adb.org/publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific</a>	► Rapports annuels de la BAsD sur les indicateurs clés du développement de ses pays d'intervention. Des indicateurs sur le genre sont fournis.
Banque interaméricaine de développement. Base de données Geppal	<a href="http://www.iadb.org/research/geppal/index.cfm">http://www.iadb.org/research/geppal/index.cfm</a>	► Base de données sur la participation des femmes à la vie politique (en espagnol).
Gender Asset Gap Project	<a href="http://genderassetgap.org/">http://genderassetgap.org/</a>	► Exemple de programme collectant des données désagrégées par sexe, incluant des exemples de méthodes et de questionnaires.
Banque asiatique de développement – Gender Actions Plans	<a href="http://www.adb.org/projects/documents/search/subject/water/subtype/gender-action-plans-1187">http://www.adb.org/projects/documents/search/subject/water/subtype/gender-action-plans-1187</a>	► La BAsD produit des plans d'action genre pour chacun de ses projets. Ces plans contiennent des objectifs, des activités, des résultats et des indicateurs relatifs au genre.

...

...

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
Bases de données sur le genre de la Banque mondiale	<a href="http://datatopics.worldbank.org/gender/">http://datatopics.worldbank.org/gender/</a> <a href="http://datatopics.worldbank.org/gender/thematic-data">http://datatopics.worldbank.org/gender/thematic-data</a>	<p>Les données sont classées sous les thèmes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Structures économiques, participation aux activités productives et accès aux ressources</li> <li>Éducation</li> <li>Santé et services de santé</li> <li>Vie publique et prise de décision</li> <li>Droits des femmes et des filles</li> <li>Indicateurs démographiques</li> </ul>
UNWomen 2014 Gender Equality and sustainable development: World survey on the role of women in development 2014	<a href="http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2014/unwomen_surveyreport_advance_16oct.pdf">http://www.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2014/unwomen_surveyreport_advance_16oct.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport publié en 2014 sur les questions liées au genre et au développement durable.</li> </ul>
World Bank Survey of Business Managers 2014	<a href="http://www.enterprisesurveys.org/">http://www.enterprisesurveys.org/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données sur l'emploi des femmes dans les entreprises aux différents types de postes, ventilées par pays.</li> </ul>
Enquêtes démographiques et de santé (EDS)	<a href="http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm">http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm</a> Par pays : <a href="http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&amp;SrvyTp=country">http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&amp;SrvyTp=country</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprend des données intéressantes sur l'inégalité de genre, y compris l'âge médian au premier mariage, la fécondité et la planification familiale, le pouvoir d'action des femmes et la violence conjugale.</li> </ul>
Bureau international du travail (BIT)	<a href="http://www.ilo.org/dyn/lfsurvey/lfsurvey.home">http://www.ilo.org/dyn/lfsurvey/lfsurvey.home</a> <a href="http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata?locale=fr&amp;_af-Loop=379133196872507&amp;_adf.ctrl-state=mr3guiu3i_86">http://www.ilo.org/ilostat/faces/home/statisticaldata?locale=fr&amp;_af-Loop=379133196872507&amp;_adf.ctrl-state=mr3guiu3i_86</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquêtes emploi par pays et base de données sur l'emploi du BIT.</li> </ul>
Organisation internationale du travail (OIT)	<a href="http://www.ilo.org/inform/online-information-resources/research-guides/gender-equality/lang-fr/index.htm">http://www.ilo.org/inform/online-information-resources/research-guides/gender-equality/lang-fr/index.htm</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Convention sur le travail intégrant la protection des femmes, ainsi que des liens vers des statistiques ou des analyses régionales.</li> </ul>

## RESSOURCES SUR LE GENRE ET LA SANTÉ

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
<b>DONNÉES STATISTIQUES</b>		
Enquêtes démographiques et de santé (EDS)	<a href="http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm">http://dhsprogram.com/What-We-Do/Survey-Types/DHS.cfm</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présentation synthétique de données en santé. Les données sont désagrégées par sexe, géographie, quintile de richesse, religion et/ou ethnicité selon les pays.</li> </ul>
Enquêtes démographiques et de santé (EDS)	<a href="http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&amp;Srvt-p=country">http://dhsprogram.com/What-We-Do/survey-search.cfm?pgtype=main&amp;Srvt-p=country</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Par pays. Comprend des données sur les inégalités de genre (par exemple l'âge médian au premier mariage), la fécondité et la planification familiale, ainsi que sur le pouvoir d'action des femmes et la violence conjugale.</li> </ul>
<b>STATISTIQUES DES BUREAUX NATIONAUX DES STATISTIQUES OU ÉQUIVALENT DANS LES PAYS</b>		
<b>DONNÉES DE L'OMS</b>		
Rapport mondial sur la santé des femmes	<a href="http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/">http://www.who.int/gender/documents/9789241563857/fr/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aborde toutes les étapes de la vie des femmes et les problèmes de santé qu'elles rencontrent, sans limitation à la santé génésique.</li> </ul>
SSR : Rapport sur la violence faites aux femmes	<a href="http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/">http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/</a> <a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86232/1/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?ua=1">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/86232/1/WHO_RHR_12.36_fre.pdf?ua=1</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Comprendre et lutter contre les violences : aide à l'action.</li> <li>Dernières analyses sur la question des violences faites aux femmes et aux filles.</li> </ul>
OMS (en collaboration avec l'OHCHR et l'Agence suédoise de coopération internationale)	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44438/1/9789241564083_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44438/1/9789241564083_eng.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Droits humains et égalité de genre dans les stratégies du secteur de la santé.</li> </ul>
<b>DONNÉES DES GRANDES BANQUES DE DÉVELOPPEMENT</b>		
Banque mondiale	<a href="http://www.banquemondiale.org/fr/topic/health/overview">http://www.banquemondiale.org/fr/topic/health/overview</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des données et des projets en santé (données par pays et analyses transversales).</li> </ul>
Banque africaine de développement "Gender, Poverty and Environmental Indicators on African Countries"	<a href="http://www.afdb.org/en/knowledge/publications/gender-poverty-and-environmental-indicators-on-african-countries/">http://www.afdb.org/en/knowledge/publications/gender-poverty-and-environmental-indicators-on-african-countries/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Publication annuelle du département de statistiques de la BAfD, comprenant des données sur le genre dans les pays africains (de nombreuses thématiques sont abordées et la santé y occupe une place importante).</li> </ul>





...

<b>Banque africaine de développement</b>	<a href="http://www.genreenaction.net/-Methodes-et-outils-.html">http://www.genreenaction.net/-Methodes-et-outils-.html</a>	► La santé par projet et situation par pays.
<b>Banque interaméricaine de développement</b>	<a href="http://www.iadb.org/en/searchall,18736.html?languageid=en&amp;source=18736&amp;keywords=gender%20and%20health">http://www.iadb.org/en/searchall,18736.html?languageid=en&amp;source=18736&amp;keywords=gender%20and%20health</a>	► Informations, données, projets sur le genre et la santé dans les pays d'Amérique latine.
<b>Banque asiatique de développement</b>	<a href="http://www.adb.org/themes/gender/main">http://www.adb.org/themes/gender/main</a>	► Informations, données et projets genre et santé en Asie.

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
---------	-----------	---------

### RESSOURCES GENRE ET SANTÉ ET SOUS-SECTEURS

<b>Réseau Genre en action</b>	<a href="http://www.genreenaction.net/-Methodes-et-outils-.html">http://www.genreenaction.net/-Methodes-et-outils-.html</a>	► Nombreuses informations et ressources documentaires sur le genre, la santé et le développement.
<b>Association française Adéquation</b>	<a href="http://www.adequations.org">http://www.adequations.org</a>	► Nombreuses informations et ressources documentaires sur le genre, la santé et le développement.

### SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

<b>Save the Children (2011)</b>	<a href="http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An_Equal_Start_low_res_1.pdf">http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/docs/An_Equal_Start_low_res_1.pdf</a>	► Ce rapport montre en quoi l'égalité de genre impacte la santé maternelle et la survie de l'enfant. Des recommandations sont formulées, telles que le fait d'augmenter la coopération entre le ministère de la Santé et le ministère des Femmes (ou équivalent) ou de la Justice et de proposer des services de santé reproductive adéquats.
<b>Outils</b>		
<b>OMS</b>	<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/126383/1/9789241507424_eng.pdf</a>	► Boîte à outils : <i>Reproductive, maternal, new born and child health and human rights: a toolbox to examine laws, regulation and policies</i> (2014).
<b>OMS</b>	<a href="http://www.who.int/gender/mainstreaming/Module_2_Handout_Gender_and_Maternal_Health.pdf">http://www.who.int/gender/mainstreaming/Module_2_Handout_Gender_and_Maternal_Health.pdf</a>	► Document présentant de manière très synthétique une liste d'éléments à prendre en compte dans une analyse sensible au genre de la santé maternelle.

...

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
<b>VIOLENCES ET SANTÉ (Y COMPRIS MGF)</b>		
Banque mondiale (2011)	<a href="http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/VAWG%20Resource%20Guide%20Health%20Sector%20Brief%20July%202014.pdf">http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/Gender/VAWG%20Resource%20Guide%20Health%20Sector%20Brief%20July%202014.pdf</a>	► Cette note s'intéresse à l'intégration du traitement des violences basées sur le genre au secteur de la santé (prévention de la violence, accompagnement des victimes, rôle du secteur de la santé à l'échelle communautaire, politique et institutionnelle,...), donne des exemples de bonnes pratiques et formule des recommandations sur la prise en charge des victimes de violences.
OMS (2010)	<a href="http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf">http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/Introduction-Chapter1-Chapter2.pdf</a>	► Étude de l'impact de la violence domestique sur la santé des femmes à partir d'études menées dans dix pays auprès de 24 000 femmes.
UNICEF : A Statistical Snapshot of Violence against Adolescent Girls (2014)	<a href="http://www.unicef.org/publications/files/A_Statistical_Snapshot_of_Violence_Against_Adolescent_Girls.pdf">http://www.unicef.org/publications/files/A_Statistical_Snapshot_of_Violence_Against_Adolescent_Girls.pdf</a>	► Rapport sur les violences faites aux adolescentes.
<b>Outils</b>		
USAID (2006)	<a href="http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh194.pdf">http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadh194.pdf</a>	► « Combattre la violence de genre à travers les programmes de santé USAID : un guide pour les responsables de programmes dans le secteur de la santé ».
UNFPA	<a href="http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/TOOLKIT.pdf">http://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/TOOLKIT.pdf</a>	► Petite boîte à outils pour impliquer les sages-femmes dans la campagne mondiale pour mettre fin aux mutilations génitales féminines.
<b>GENRE ET VIH/SIDA</b>		
Banque mondiale (2004)	<a href="http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/10/11/000090341_20051011143115/Rendered/PDF/337410Gender1and1HI-V1AIDS1Guide1Nov104.pdf">http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/10/11/000090341_20051011143115/Rendered/PDF/337410Gender1and1HI-V1AIDS1Guide1Nov104.pdf</a>	► Guide opérationnel pour l'intégration d'une perspective genre dans les programmes de lutte contre le sida. Le guide propose des exemples d'intégration du genre à toutes les étapes du projet, identifie des problématiques spécifiques en termes de genre et propose des pistes pour y répondre efficacement.
STOP AIDS NOW !	<a href="http://www.kessels-smit.nl/files/SAN_Toolkit_Final_final_from_nienke.pdf">http://www.kessels-smit.nl/files/SAN_Toolkit_Final_final_from_nienke.pdf</a>	► Boîte-à-outils conçue à partir des recherches du <i>Gender Development Project</i> pour promouvoir une perspective de genre et une promotion de l'égalité femmes-hommes et des droits des femmes dans la prévention du sida.

...

SOURCES	RÉFÉRENCE	CONTENU
<b>IMPLICATION DES GARÇONS ET DES HOMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ</b>		
<b>OMS (2007)</b>	<a href="http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf">http://www.who.int/gender/documents/Engaging_men_boys.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>« Engager les garçons et les hommes face aux inégalités de genre dans le secteur de la santé » : à partir d’une analyse d’une soixante d’interventions auprès d’individus de sexe masculin, ce document montre l’efficacité d’une approche incluant les hommes dans la lutte pour une plus grande équité de genre dans le domaine de la santé.</li> </ul>
<b>Outils</b>		
<b>UNFPA (2010)</b>	<a href="http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Engaging%20Men%20and%20Boys%20Toolkit%20FRENCH.pdf">http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Engaging%20Men%20and%20Boys%20Toolkit%20FRENCH.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boîte à outils pour favoriser l’implication des hommes et des garçons dans l’égalité de genre et de santé : présente des informations conceptuelles et pratiques, des exemples de programmes et donne des conseils sur le plaidoyer, le suivi et l’évaluation des efforts pour impliquer les hommes et les garçons.</li> </ul>
<b>UNFPA, Promundo</b>	<a href="http://www.xyonline.net/sites/default/files/Instituto%20Promundo,%20Young%20Men%20and%20HIV%20-%20Text.pdf">http://www.xyonline.net/sites/default/files/Instituto%20Promundo,%20Young%20Men%20and%20HIV%20-%20Text.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boîte à outils pour engager les jeunes hommes dans la prévention du sida, avec une perspective genre. L’outil s’appuie principalement sur des expériences en Amérique latine et dans les Caraïbes mais les leçons tirées et les stratégies proposées peuvent avoir une portée plus vaste.</li> </ul>

...

## MÉTHODOLOGIES GENRE ET SANTÉ

ORGANISME / INSTITUTION	LIEN OUTIL	COMMENTAIRES
EIGE – European Institute for Gender Equality	<a href="http://eige.europa.eu/about-eige">http://eige.europa.eu/about-eige</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le site dans son ensemble propose un ensemble de ressources et d'outils permettant le « <i>gender mainstreaming</i> » à différentes phases des programmes (conscience, analyse, compétence, évaluation, budget, résultats, etc.).</li> </ul>
Gender Equality through health promotion	<a href="http://promotinghealthinwomen.ca/online-course/introduction/">http://promotinghealthinwomen.ca/online-course/introduction/</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Boîte à outils et manuel d'intégration du genre dans divers domaines de la santé. L'outil est très précis et établit une distinction fine entre l'intégration du genre et la transformation des normes de genre grâce à des programmes de santé. Le site entier est intéressant et constitue une ressource riche.</li> </ul>
Medical Women's International Association (MWIA)	<a href="http://mwia.net/wp-content/uploads/2013/07/TrainingManualonGender-MainstreaminginHealth.pdf">http://mwia.net/wp-content/uploads/2013/07/TrainingManualonGender-MainstreaminginHealth.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'intégration du genre dans les programmes de santé. Le document vise les mêmes objectifs que la présente boîte à outils mais son organisation diffère (notamment sont pris en compte la prévention, le traitement et la réhabilitation)</li> </ul>
Health Service Executive National Women's Council of Ireland	<a href="https://www.nwci.ie/download/pdf/equal_but_different_final_report.pdf">https://www.nwci.ie/download/pdf/equal_but_different_final_report.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bien qu'il s'agisse de l'intégration du genre dans les programmes de santé irlandais, les problématiques (recueil de données désagrégées, adéquation de l'offre de santé, etc.) sont proches de celles mises en place pour les pays du Sud.</li> </ul>
Banque asiatique de développement	<a href="http://www.adb.org/sites/default/files/publication/28727/health.pdf">http://www.adb.org/sites/default/files/publication/28727/health.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Checklist Genre dans le secteur de la santé.</li> </ul>
Banque africaine de développement	<a href="http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20%282%29.pdf">http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Policy-Documents/Gender-health-chklist-sunita-12-01-09%20%282%29.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Checklist Genre et santé.</li> </ul>
USAID	<a href="http://www.prb.org/pdf05/FrenchGenderManual.pdf">http://www.prb.org/pdf05/FrenchGenderManual.pdf</a>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manuel d'intégration du genre dans les projets de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH : de l'engagement à l'action (Octobre 2005).</li> </ul>

## RESSOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ▶ **ALI A. A., OSMAN M. M., ABBAKER A. O., ADAM I., 2010**, "Use of antenatal care services in Kassala, Eastern Sudan" *BMC Pregnancy Childbirth*, 10, 67. doi: 10.1186/1471-2393-10-67
- ▶ **ARMSTRONG B., 2003**, "The Young Men's Clinic: Addressing Men's Reproductive Health and Responsibilities." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (5): 220-225.
- ▶ **BANQUE MONDIALE, 2012**, World Development Report 2012: Gender Equality and Development. <http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTWDRS/EXTWDR2012/0,,contentMDK:22999750~menuPK:8154981~pagePK:64167689~piPK:64167673~theSitePK:7778063,00.html>
- ▶ **BAUMANN M., CANNET D., CHALONS S, 2001**, *Santé communautaire et action humanitaire : le diagnostic de santé d'une population*, ENSP, Paris.
- ▶ **BENINGUISSE G., NIKIEMA B., FOURNIER P., HADDAD S., 2004**, "L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique", *African Population Studies*, 19. <http://hdl.handle.net/1807/5835>
- ▶ **BERENI L., CHAUVIN S., JAUNAIT A., REVILLARD A., 2012 (2<sup>e</sup> Ed.)**, *Introductions aux Études sur le genre*, De Boeck Supérieure, Louvain La Neuve, Paris.
- ▶ **BUTLER J., 2005**, *Trouble dans le genre. Pour un féminisme de la subversion*, La Découverte, Paris.
- ▶ **COPPIETERS Y., BIVORT P., MADANI K., METBOUL M., 2011**, « Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algérien », *Santé Publique* 5(23) : 413-426. [www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-413.htm](http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-413.htm).
- ▶ **FAYE S. L., 2008**, « Devenir mère au Sénégal : des expériences de maternité entre inégalités sociales et défaillances des services de santé » *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 18(3) : 175-183.
- ▶ **FNUAP, 2003**, *It Takes 2: Partnering with Men in Reproductive and Sexual Health*, New York.
- ▶ **FNUAP, PROMUNDO, MENENGAGE, 2009**, *Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health: A Global Toolkit for Action*, New York, États-Unis.
- ▶ **FNUAP & SAVE THE CHILDREN, 2012**, *Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire*, New York, États-Unis.
- ▶ **GROUPE DE TRAVAIL INTER-ORGANISATIONS SUR LA SANTÉ REPRODUCTIVE EN SITUATIONS DE CRISE, 2010**, *Manuel de terrain inter-organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, Version révisée pour revue sur le terrain.
- ▶ **HANCOCK J., 2004**, "Can mainstream services learn from male only sexual health pilot projects?" *Sexually Transmitted Infections* 80: 484-487.
- ▶ **HUDSPETH J., VENTER W.D.F., VAN RIE A., WING J., FELDMAN C., 2004**, "Access to and early outcomes of a public South African antiretroviral clinic" *The Southern African Journal of Epidemiology and Infection*, 19(2): 48-51.
- ▶ **JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2003**, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala.
- ▶ **LAQUEUR T., 1992**, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, Gallimard, Paris.
- ▶ **MEAD M., 1963**, *Mœurs et sexualité en Océanie*, Terre Humaine, Paris.
- ▶ **MERZEL C., 2000**, "Gender Differences in Health Care Access Indicators in an Urban, Low-Income Community", *American Journal of Public Health*, 90 (6): 909-916.
- ▶ **MOSER C., 1993**, *Gender and Development: Theory, Practice and Training*, Routledge, Londres.
- ▶ **NIANG M., 2014**, *Le non-recours aux services de soins prénatals : expériences de femmes vivant dans la commune rurale de Kokologho au Burina Faso*, Mémoire de Maîtrise en santé communautaire, Université de Laval, Québec, Canada.

...

...

- ▶ OMS, 2000, *World Health Report 2000*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève
- ▶ OMS, 2002, *Services de santé adaptés aux adolescents – Un programme pour le changement*, Genève.  
[www.who.int/child\\_adolescent\\_health](http://www.who.int/child_adolescent_health)
- ▶ OMS, 2002**b**, *Rapport mondial violence et santé, d'après 48 enquêtes de population réalisées dans le monde*, OMS, Genève.
- ▶ OMS, 2009, *Les femmes et la santé : la réalité d'aujourd'hui, le programme de demain*, Genève.
- ▶ PHERSON GAIL, 2001, *Le prisme de la prostitution*, L'Harmattan, Paris.
- ▶ TABEL PAOLA, 2004, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économique-sexuel*, L'Harmattan, Paris.
- ▶ TREMBLAY G., L'HEUREUX P., 2010, « Genèse de la construction de l'identité masculine », in DESLAURIER *et al.* (eds), *Regards sur les hommes et les masculinités*, Presses de l'Université de Laval, Québec : 91-123.

# ANNEXES

---

**Annexe 1** : Modalités d'utilisation du marqueur CAD/OCDE sur l'Égalité hommes-femmes – p. 106

**Annexe 2** : Notation de la Dimension Égalité hommes-femmes de l'Avis développement durable de l'AFD – p. 110

## MODALITÉS D'UTILISATION DU MARQUEUR CAD/OCDE SUR L'ÉGALITÉ HOMMES-FEMMES

Le marqueur genre fait partie des marqueurs politiques du CAD. Depuis plusieurs années, il est utilisé pour notre redevabilité annuelle au CAD en matière de prise en compte du genre dans l'APD française.

Depuis la validation du Cadre d'intervention transversale (CIT) Genre de l'AFD en mars 2014, le marqueur CAD doit être systématiquement renseigné par les équipes opérationnelles de l'AFD (voir ci-dessous). Depuis septembre 2014, les équipes doivent également réaliser une notation « développement durable », dont une dimension porte spécifiquement sur les questions de genre. Une équivalence a été créée dans notre système d'information afin que les chargés de projet n'aient qu'une notation à effectuer.

La présente note propose une **définition** du système de notation ainsi qu'une **méthodologie** illustrée par des exemples pour renseigner ce marqueur.

### 1. Contexte : de nouvelles obligations pour l'AFD en matière de redevabilité sur le genre

La nouvelle Stratégie Française Genre et Développement, validée par le CICID du 31 Juillet 2013 a fixé deux objectifs à l'AFD concernant le marqueur politique CAD-OCDE sur l'Égalité hommes-femmes :

- ▶ un objectif de renseignement systématique du marqueur genre du CAD pour les projets financés par l'AFD : 100 % de projets notés suivant le marqueur en 2017 ;
- ▶ un objectif qualitatif d'intégration progressive et améliorée du genre : en 2017, l'AFD devra pouvoir démontrer que 50 % des projets financés intègrent une problématique et une analyse genre et sont marqués 1 ou 2.

Ces objectifs ont été repris dans le CIT Genre de l'AFD validé par le CA de l'AFD en mars 2014, et font l'objet d'un **suivi annuel** par les tutelles et le Haut Conseil à l'Égalité, pour mesurer les progrès réalisés en termes d'intégration de la problématique genre dans les opérations de l'AFD.

**Au-delà de l'exercice de redevabilité** à l'égard du MAE et du CAD de l'OCDE, la réflexion menée concernant la notation genre des projets s'intègre dans un **contexte d'effort global de l'AFD de meilleure intégration des problématiques d'inégalités hommes-femmes** dans nos projets, et nous oblige à nous interroger de façon systématique sur les enjeux d'accès, de participation, d'opportunités, de ressources, de revenus des bénéficiaires directs et indirects des financements AFD qu'ils soient hommes ou femmes, jeunes et moins jeunes.

### 2. Définition du système de notation du marqueur du CAD sur le genre

Le tableau ci-après fournit les définitions des 5 notes du marqueur pouvant être attribuées lors de l'analyse des projets et de leur catégorisation en fonction du niveau d'intégration de la problématique du genre et de l'**objectif fixé dans le cadre du projet** en matière de participation à la réduction des inégalités hommes-femmes existant dans le secteur d'intervention.

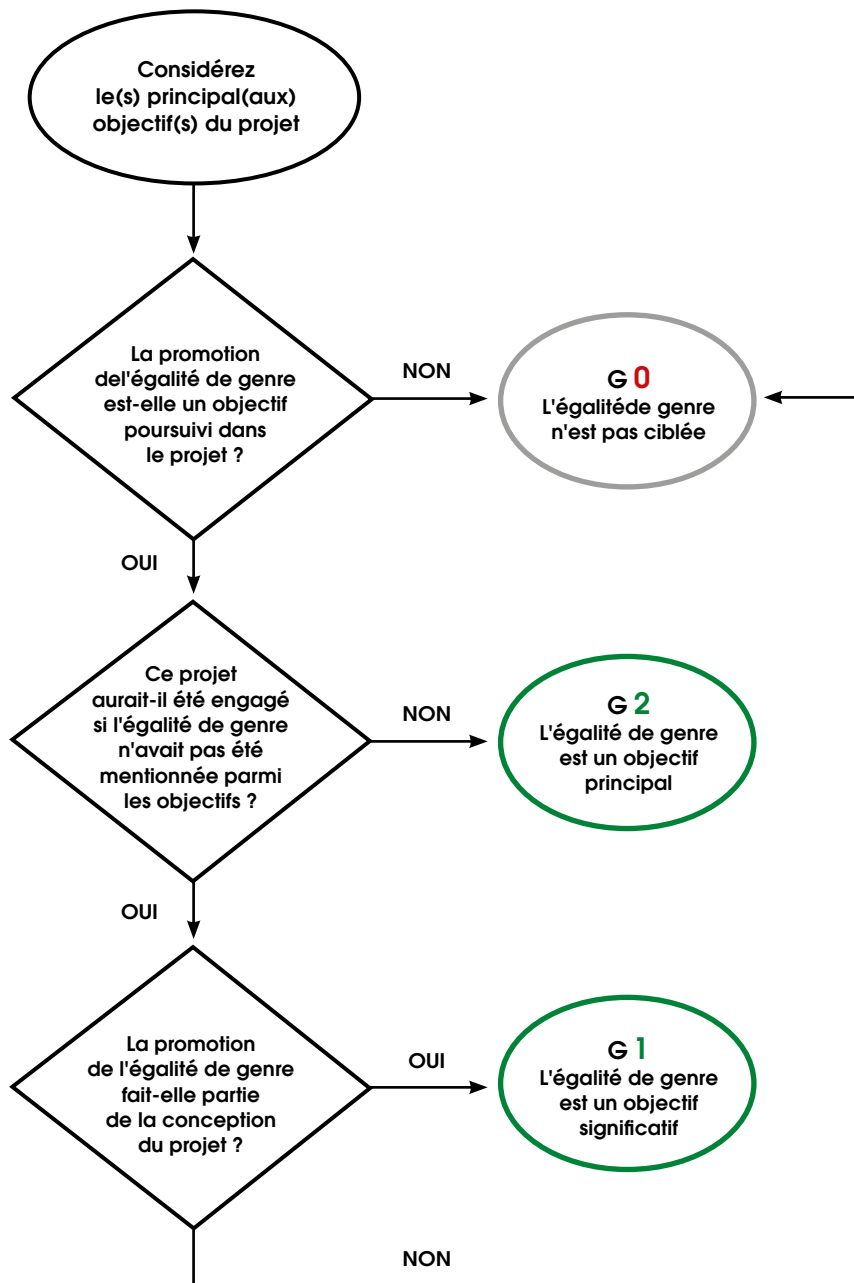
Tout projet qui vise à renforcer l'égalité hommes-femmes et l'autonomisation des femmes ou à réduire les discriminations et les inégalités fondées sur le sexe doit être noté 1 ou 2.



MARQUEUR	DÉFINITIONS	EXEMPLES
<b>Noté « Nul » / 9</b> = non renseigné	Un projet est noté « 9 » s'il n'a pas été examiné au regard de la question de l'égalité hommes-femmes.	
<b>Noté « NA »</b> = non applicable	Un projet est noté « NA » lorsqu'il ne fait pas partie du périmètre des projets devant faire l'objet d'une notation CAD. (Même s'il contient des enjeux de genre).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Projets d'urgence.</li> <li>▶ ABG et prêts budgétaires.</li> </ul>
<b>Note « 0 »</b> = non pertinent du point de vue du genre OU sans réflexion / explicitation / documentation sur les enjeux de genre	<p>Un projet est marqué 0 s'il ne vise pas à rétablir la balance relationnelle d'égalité entre les hommes et les femmes <b>mais a fait l'objet d'une réflexion à cet égard</b> (questionnement de départ).</p> <p>Un projet est marqué 0 si ses activités peuvent potentiellement bénéficier aux femmes, sans avoir fait l'objet d'une réflexion spécifique sur les enjeux de genre (<b>potentiel de passage en 1</b>).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un projet d'amélioration des services d'aérodrome, de gestion du trafic ainsi que des équipements relatifs à l'assistance météorologique.</li> <li>▶ Un projet de développement rural comprenant des enjeux de genre mais n'ayant pas fait l'objet d'une réflexion spécifique pour en faire un des objectifs du projet.</li> </ul>
<b>Note « 1 »</b> = Le genre comme objectif significatif mais secondaire	<p>Un projet est noté « 1 » si la promotion de l'égalité de genre fait partie des objectifs secondaires du projet, mais que celui-ci aurait été engagé même si l'<b>égalité de genre n'avait pas été mentionnée parmi les objectifs</b>.</p> <p>Tout type de projets (agriculture, finance, formation professionnelle, emploi, accès au marché) qui incluent des approches proactives (composantes dédiées) faisant la promotion du genre sans pour autant que 100 % du projet ne soit dédié aux enjeux de genre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un projet de route qui inclut des passerelles aériennes pour éviter aux femmes de traverser la route ou de prendre un passage souterrain.</li> <li>▶ Un projet de transport en commun qui a pris en compte les intérêts stratégiques des hommes et des femmes dans le design du tracé.</li> <li>▶ Un projet d'adduction d'eau potable qui, outre l'allègement de la corvée d'eau, promeut la participation des femmes à la définition mais aussi à la gestion des ouvrages.</li> </ul>
<b>Note « 2 »</b> = Le genre comme objectif principal du projet	La promotion de l'égalité de genre comme objectif principal du projet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Un projet de soutien au développement des PME qui a activement recherché à cibler l'entrepreneuriat et le salariat féminins en incluant des mesures de discrimination positives par exemple.</li> <li>▶ Un projet banque qui met à la disposition des femmes des produits innovants qui prennent en compte les contraintes habituelles des femmes comme le manque de contreparties pour faciliter l'accès au crédit.</li> </ul>

Il est faux de penser que certains types de projets (infrastructures par exemple) ne peuvent qu'être notés 0. Même si le but déclaré de ce type de projets ne sera jamais de rétablir l'égalité entre les hommes et les femmes, une approche sensible au genre lors du montage du projet (collecte de données désagrégées, approche participative incluant des femmes représentant des groupes de bénéficiaires potentiels au moment des prises de décision) pourra mener à des ajustements dans le design du projet qui augmenteront les chances d'effets directs ou indirects sur l'égalité. Ces démarches permettront aux projets d'être notés 1.

Les questions à se poser pour renseigner le marqueur du CAD sur le genre et parvenir à mettre en place un projet noté 1 ou 2.



Pour les projets notés 1 et 2, trois types de questions peuvent être posées :

- 1) Le genre est-il considéré dans les thématiques abordées ? et/ou
- 2) Le genre est-il considéré dans le montage méthodologique du projet ? et/ou
- 3) Le projet a-t-il identifié les principales causes des inégalités hommes-femmes en termes de capacités, de droit et de participation et proposé des mesures/activités/composantes pour promouvoir leur remise en question ?

Les projets notés 0 lors de l'élaboration d'une FIP peuvent facilement être transformés en des projets notés *a minima* 1, si quelques efforts d'analyses sont fournis pas l'équipe projet.

### Comment un même projet peut-il être marqué, 0, 1 ou 2 ?



#### L'exemple d'un projet d'aquaculture

MARQUEUR	COMMENTAIRES
0	Le projet prévoit une aide financière pour développer l'aquaculture. Le document de projet n'inclut aucune donnée désagrégée et il est impossible de comprendre en lisant le document le rôle des hommes, des femmes ou de la famille dans l'aquaculture artisanale. Une mécanisation de la transformation par exemple peut augmenter la productivité, créer des emplois pour les femmes, ou à l'inverse, avoir pour résultat leur éviction de la filière. Cela peut donc se traduire par des impacts positifs ou négatifs pour les femmes (par exemple dans le contexte de l'aquaculture traditionnelle elles travaillaient dans des systèmes d'entraides entre femmes qui se partageaient certaines tâches domestiques, qui sont maintenant à la charge de chacune) mais comme il n'y a aucune données de base et que le projet a probablement ignoré la dimension de genre dans les systèmes de production, personne ne sait vraiment si les changements offrent de nouvelles opportunités d'émancipation économique pour les femmes.
1	Le document de projet inclut des données désagrégées ainsi qu'une analyse genre du système de production aquaculture et du rôle du secteur dans l'économie familiale. Pendant le montage du projet, les associations de femmes et de pêcheurs ont été consultées et les hommes et les femmes ont contribué à l'identification de mesures mitigatives si c'est pertinent. Le projet inclut aussi un ou deux indicateurs de progression de l'égalité hommes femmes (ex : conditions d'emploi, nombre de femmes et d'hommes employés).
2	Le but du projet est de promouvoir l'intégration des femmes de pêcheurs de crevettes dans le développement économique formel à travers le développement participatif du secteur aquaculture.

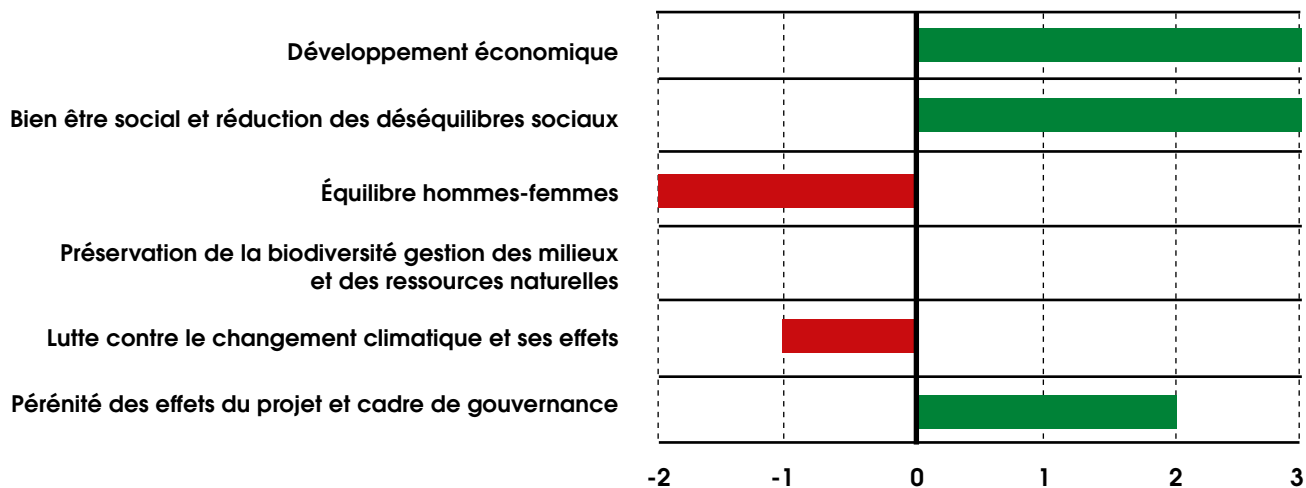
L'approche retenue est celle du Cadre d'intervention transversal « Le genre et la réduction des inégalités femmes-hommes 2014-2017 » dont l'un des deux objectifs stratégiques est de favoriser l'égalité des opportunités entre femmes et hommes, déclinée en actions pouvant avoir un impact à trois niveaux : égalité d'opportunités à l'échelle du projet ou de la contrepartie, égalité d'opportunités à l'échelle du secteur d'intervention, ou égalité structurelle d'opportunités.

La notation proposée ci-dessous a été conçue pour pouvoir comptabiliser les financements AFD dans le cadre du CAD. Aussi, pour pouvoir faire l'objet d'une notation 2 ou 3, les actions envisagées en faveur du genre doivent figurer comme des objectifs explicites du projet.

#### Échelle d'évaluation proposée :

- ▶ Le projet prend-il en compte les besoins et intérêts des hommes et des femmes (par le biais d'un diagnostic, participation, communication) ? ou bien : Un dialogue a-t-il été entamé avec la contrepartie sur l'égalité hommes-femmes dans le secteur/la structure concerné(e) ? **Noter 1**
- ▶ Un des objectifs explicites du projet est-il d'assurer l'**accès effectif des femmes aux services**/prestations/biens prévus dans le cadre du projet (en menant un travail avec les hommes et les femmes pour identifier les barrières à cet accès et définir les moyens pour les dépasser) ? ou bien : Un des objectifs du projet est-il de favoriser le **contrôle des ressources par les femmes dans le secteur concerné** et leur participation aux instances de gouvernance du projet ? **Noter 2**
- ▶ Un des objectifs principaux du projet vise-t-il l'**autonomisation des femmes et la réduction structurelle des inégalités** entre les hommes et les femmes (contrôle des ressources, participation aux instances de gouvernance, mise en œuvre effective des changements institutionnels/lois) ? **Noter 3**
- ▶ Si l'impact du projet est neutre sur une dimension, ou si les impacts négatifs résiduels, une fois les mesures d'atténuation mises en œuvre, sont négligeables : **Noter 0**
- ▶ Le projet maintiendra-t-il les inégalités hommes-femmes (le projet présente une opportunité mais ne prévoit pas de mesure pour modifier la situation inégalitaire de départ) ? **Noter -1**
- ▶ Le projet présente-t-il un risque d'aggravation des inégalités hommes-femmes ? **Noter -2**

## IMPACT DU PROJET SUR LES 6 DIMENSIONS DU DÉVELOPPEMENT DURABLE



## LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ACDI</b>	Agence canadienne de développement international
<b>AES</b>	Appui environnemental et social
<b>AFD</b>	Agence Française de Développement
<b>BAfD</b>	Banque africaine de développement
<b>BAfD</b>	Banque asiatique de développement
<b>BIT</b>	Bureau international du travail ( <i>International Labour Organization</i> – ILO)
<b>BM</b>	Banque mondiale
<b>BMZ</b>	Ministère fédéral pour la coopération économique et le développement
<b>CAD</b>	Comité d'aide au développement
<b>CCC</b>	Communication pour le changement de comportement
<b>CGES</b>	Cadre de gestion environnemental et social
<b>CSW</b>	Commission de la condition de la femme
<b>DAT</b>	Division des Appuis transversaux
<b>DFID</b>	<i>UK Department for International Development</i>
<b>E&amp;S</b>	Environnemental(e) et social(e)
<b>EIES</b>	Étude d'impact environnemental et social
<b>FNUAP</b>	Fonds des Nations unies pour la population
<b>GIZ</b>	<i>Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit</i>
<b>KfW</b>	<i>Kreditanstalt für Wiederaufbau</i>
<b>LuxDev</b>	Agence de coopération au développement luxembourgeoise
<b>MGF</b>	Mutilations génitales féminines
<b>E/MGF</b>	Excision / mutilations génitales féminines
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé ( <i>World Health Organization</i> – WHO)
<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>OP</b>	<i>Operational Policy</i>
<b>PAR</b>	Plan d'action de réinstallation
<b>PF</b>	Planification familiale
<b>PNUD</b>	Programme des Nations unies pour le développement ( <i>United Nations Development Programme</i> – UNDP)
<b>SMNI</b>	Santé maternelle, néonatale et infantile
<b>SONU</b>	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>TdR</b>	Termes de référence
<b>UNICEF</b>	Fonds des Nations unies pour l'enfance
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international



