

GUIDE DE PROGRAMMATION

**PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES SEXES EN
MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE,
MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT
ET DE L'ADOLESCENT**



© ONU Femmes 2019. Tous droits réservés.

Les avis, recherches et analyses exprimés dans cette publication n'engagent que leurs auteurs et ne représentent pas nécessairement ceux d'ONU Femmes, des Nations Unies ou d'une de leurs organisations affiliées.

Conception : Phoenix Design Aid A/S

Infographie : Melanie Doherty Design et Soapbox

Rédaction : Margo Alderton et Aida Olkkonen

Révision : Delphine Huddleston

GUIDE DE PROGRAMMATION
PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES
SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ
SEXUELLE, REPRODUCTIVE,
MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ,
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT



SECTION LEADERSHIP ET GOUVERNANCE

ONU FEMMES

Juin 2019

REMERCIEMENTS

Ce guide de programmation a été élaboré sous la direction de Nazneen Damji (ONU Femmes) par une équipe composée de Katy Pullen, rédactrice principale, avec l'appui de Debbie Gray, Apala Guhathakurta et Kebedech Ambaye Nigussie. La revue de la documentation et les recherches sur les études de cas ont été entreprises par Jill Gay et Melanie Croce-Galis (What Works Association). Le guide a bénéficié des commentaires recueillis lors de consultations mondiales, régionales et nationales. Nous sommes reconnaissants des réflexions approfondies menées au cours des consultations nationales tenues en Éthiopie, au Libéria, en Sierra Leone et au Kenya. Nous remercions plus particulièrement tous les participants - gouvernements, ONG et partenaires de l'ONU, notamment le personnel des bureaux régionaux et nationaux d'ONU Femmes pour leur participation et leurs contributions significatives à la conception de ce guide.

Nous saluons les contributions extrêmement utiles des partenaires du H6 (ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes, OMS et Banque mondiale) et des

représentants des institutions des Nations Unies à l'élaboration du cadre conceptuel, notamment : Sheilla Akwara, Avni Amin, Tesmerelna Atsbeha, Neelam Bhardwaj, Sevati Bondanza, Venkatraman Chandra-Mouli, Kim Dickson, Katja Isaksen, Rajat Khosla, Elena Kudravtseva, Laura Laski, Patricia Machawira, Alice Saili, Victoria Saint, Leyla Sharafi et Dirk Van Hove.

Nous remercions également tous les experts, partenaires et soutiens pour leurs judicieux apports : Hilda Alberda, Maria Jose Alcalá, Rebecca Brown, Andrea Cornwall, Ejeris Dickson, Anastasia J. Gage, Karen Hardee, Tamil Kendall, Sarah Kennell, Shannon Kowalski, Katherine Mayall, Katia Mohindra, Kate Ramsey, Kavita Singh Ongechi et Heran Abebe Tadesse.

Nous tenons à remercier Margo Alderton et Aida Olkkonen pour la révision du contenu, Jen Ross pour la révision des textes, le travail créatif de Melanie Doherty Design et Soapbox pour le développement de l'infographie, et Phoenix Design Aid pour la conception et l'impression.

ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

CCBRT	Centre communautaire de réadaptation globale en Tanzanie	IST	Infections sexuellement transmissibles
CCT	Transfert monétaire assorti de conditions	MDSR	Systèmes de surveillance des décès maternels et de réponse à leur
CEDEF	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	ONU	Nations Unies
CRVS	Enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil [Civil Registration and Vital Statistics]	ODD	Objectifs de développement durable
DM	Dialogue multipartite	OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
E/MGF	Excision/mutilation génitale féminine	OMS	Organisation mondiale de la Santé
EDS	Enquêtes démographiques et sanitaires	ONG	Organisation non gouvernementale (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes)
EPU	Examen périodique universel	ONU Femmes	
ESC	Éducation sexuelle complète	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
EWEC	Chaque femme, chaque enfant [Every Woman Every Child]	SDSR	Santé et droits sexuels et reproductifs
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	SRMNEA	Santé reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
GHM	Gestion de l'hygiène menstruelle	SSR	Santé sexuelle et reproductive
GINA	Nutrition et agriculture tenant compte des inégalités entre les sexes (Alliance) [Gender Informed Nutrition and Agriculture]	SSRMNEA	Santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
GREAT	Rôles, égalité et promotion de l'égalité des sexes (Projet) [Gender Roles, Equality, and Transformations]	UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
HCDH	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	USAID	Agence des États-Unis pour le développement international [United States Agency for International Development]
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida [International Council of Women]	VC	Violence conjugale
		VBG	Violence basée sur le genre
		WASH	Eau, Assainissement et Hygiène pour tous

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	4	4.1 Justification du cadre d'action	24
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS	5	4.2 Le cadre d'action expliqué	24
INTRODUCTION	7	4.3 Le cadre d'action dans la pratique : Études de cas programmatiques	37
Contexte	7	5. ACTION MULTISECTORIELLE POUR LUTTER CONTRE L'INÉGALITÉ DES SEXES EN TANT QUE DÉTERMINANT DE LA SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	57
Au sujet de ce guide de programmation	9	5.1 Le rôle essentiel des interventions non liées au secteur de la santé	57
Utilisation prévue et public visé	10	5.2 Renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs	58
PARTIE UNE : COMPRENDRE COMMENT L'INÉGALITÉ DES SEXES INFLUENCE LA SANTÉ DES FEMMES	11	5.3 Qu'est-ce qui fonctionne ? Études de cas portant sur des programmes dans différents secteurs et zones géographiques	59
1. LE GENRE COMME DÉTERMINANT EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	12	6. PERSPECTIVES ET ACTIONS POUR LES PROGRAMMES FUTURS	72
1.1 L'influence du sexe par rapport au genre sur les résultats en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	12	6.1 Caractéristiques des programmes qui renforcent à la fois l'égalité des sexes et les résultats en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	72
1.2 Le genre en tant que relation de pouvoir et facteur d'inégalité en matière de santé	15	6.2 Listes de contrôle pour orienter l'application pratique du cadre d'action	75
2. L'INFLUENCE DE L'INÉGALITÉ DES SEXES SUR LA FAÇON DONT LES SERVICES DE SANTÉ SONT PLANIFIÉS, DISPENSÉS ET VÉCUS	17	ANNEXES	82
3. ÉGALITÉ DES SEXES, DROITS DES FEMMES ET DROIT À LA SANTÉ	20	Annexe 1 : Glossaire	82
3.1 Renforcer l'autonomisation des femmes	21	Annexe 2 : Mécanismes et instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents	85
PARTIE DEUX : COMMENT SE CONCENTRER DAVANTAGE SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET L'AUTONOMISATION DES FEMMES	23	Annexe 3 : Exemples d'indicateurs liés au genre dans les domaines de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	92
4. RENFORCER L'ÉGALITÉ DES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT : UN CADRE D'ACTION	24	Annexe 4 : Orientations relatives aux programmes	94
		NOTES DE FIN DE DOCUMENT	96
		RÉFÉRENCES	103

INTRODUCTION

Contexte

En 2010, le Secrétaire général des Nations Unies a lancé la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2010-2015) en vue d'accélérer les progrès pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) n° 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle). C'est ainsi qu'a été initié le mouvement « *Chaque femme, chaque enfant* » (EWEC) pour concrétiser la Stratégie mondiale. Le partenariat H4+, qui s'est ensuite élargi pour devenir le partenariat H6, a soutenu le leadership et les actions des pays en faveur de la Stratégie, et comprend le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

Ces dernières décennies ont vu d'importantes améliorations en ce qui concerne la santé des femmes, des adolescents et des enfants. Entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle a chuté de 45 % et le taux de mortalité des moins de 5 ans a été réduit de plus de moitié, passant de 90 à 43 décès pour 1 000 naissances vivantes.¹ En dépit de ces progrès impressionnants, les avancées restent inégales, avec des variations dans les services de santé proposés et les résultats entre les pays et au niveau national. En 2015, plus de 303 000 femmes sont décédées de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, avec 99 % de ces décès maternels survenant dans des pays en développement.² Les adolescentes et les filles présentent un risque plus élevé de complications et de décès dus à la grossesse que les femmes plus âgées, les adolescentes de moins de 15 ans étant les plus exposées.³ L'accès aux contraceptifs modernes

reste insuffisant, les besoins n'étant pas satisfaits pour 214 millions de femmes en âge de procréer dans les régions en développement.⁴ Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 5,46 millions d'enfants de moins de 5 ans sont morts en 2017. La plupart des décès se sont produits dans des pays à faible revenu : le taux de mortalité des moins de cinq ans était près de 14 fois plus élevé dans les pays à faible revenu (69 décès pour 1 000 naissances vivantes), contre 5 décès pour 1 000 dans les pays à revenu élevé.⁵

Dans le cadre de la transition vers les Objectifs de développement durable (ODD), le Secrétaire général des Nations Unies a lancé la nouvelle Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) pour finaliser le travail non terminé des objectifs du Millénaire pour le développement (voir **Encadré 1** pour consulter les objectifs de la Stratégie mondiale). Le partenariat H6 continue d'apporter son soutien au leadership et à l'action des pays en faveur de la Stratégie (voir **Encadré 2**).

Plus ambitieuse et plus étendue que la précédente, la Stratégie mondiale révisée accorde une attention accrue aux adolescentes et à toute personne vivant dans un cadre humanitaire et fragile. Elle insiste également sur l'importance de s'attaquer aux facteurs déterminants sous-jacents des programmes de SSRMNEA, et en particulier l'égalité des sexes. La Stratégie révèle la façon dont la discrimination à l'égard des femmes a des conséquences négatives sur leur santé tout au long de leur vie ainsi que sur celle de leur famille.⁶

L'approche fondée sur le parcours de vie de la SSRMNEA reconnaît que le genre constitue un déterminant clé de la santé et du bien-être des femmes, et se concentre sur le fait que les besoins de santé des femmes diffèrent en fonction des phases de leur vie. Le fait de promouvoir une approche de la santé des femmes qui aborde le parcours de vie implique également de reconnaître

ENCADRÉ 1

Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)

La Stratégie mondiale fournit une feuille de route pour mettre un terme aux décès évitables des femmes, des enfants et des adolescents d'ici 2030 et les aider à réaliser leur potentiel et leurs droits en matière de santé et de bien-être dans tous les environnements. La Stratégie mondiale a trois objectifs : survivre (mettre un terme aux décès évitables), s'épanouir (assurer la santé et le bien-être) et transformer (étendre les environnements favorables). Ces objectifs sont conformes aux 17 cibles des neuf Objectifs de développement durable (ODD), notamment : ODD 3 sur la santé ; ODD 5 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles ; et les autres ODD liés aux facteurs politiques, sociaux, économiques et environnementaux pour la santé et l'environnement durable. L'engagement en faveur de l'égalité des sexes et de l'autonomisation des femmes est à la fois un objectif et une condition à la réalisation des ODD.

SURVIVRE

Mettre un terme aux décès évitables

- Réduire la mortalité maternelle mondiale à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes (ODD 3.1)
- Réduire la mortalité des nouveau-nés à 12 pour 1 000 naissances vivantes au maximum dans tous les pays (ODD 3.2)
- Réduire la mortalité des moins de cinq ans à 25 pour 1 000 naissances vivantes au maximum dans tous les pays (ODD 3.2)
- Mettre un terme aux épidémies de VIH, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et d'autres maladies transmissibles (ODD 3.3)
- Réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles et promouvoir la santé et le bien-être mentaux (ODD 3.4)

S'ÉPANOUIR

Assurer la santé et le bien-être

- Mettre un terme à toutes les formes de malnutrition et pourvoir aux besoins nutritionnels des enfants, des adolescentes, des femmes enceintes ou qui allaitent (ODD 2.2)
- Assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et génésique (y compris la planification familiale) et le respect des droits en la matière (ODD 3.7 et 5.6)
- Assurer l'accès de toutes les filles et de tous les garçons à un développement de qualité dans la petite enfance (ODD 4.2)
- Réduire sensiblement les décès et les pathologies liés à la pollution (ODD 3.9)
- Réaliser la couverture sanitaire universelle, notamment la protection contre les risques financiers, et l'accès aux services, aux médicaments et aux vaccins essentiels de qualité (ODD 3.8)

TRANSFORMER

Étendre les environnements favorables

- Éradiquer l'extrême pauvreté (ODD 1.1)
- Faire en sorte que toutes les filles et tous les garçons accomplissent une scolarité primaire et secondaire complète (ODD 4.1)
- Éliminer toutes les pratiques préjudiciables, la discrimination et la violence à l'égard des femmes et des filles (ODD 5.2 et 5.3)
- Assurer l'accès universel à de l'eau potable à un coût abordable et à des conditions d'assainissement et d'hygiène adéquates (ODD 6.1 et 6.2)
- Développer la recherche scientifique, renforcer les capacités technologiques et encourager l'innovation (ODD 8.2)
- Fournir une identité juridique à tous, notamment l'enregistrement des naissances (ODD 16.9 et 17.19)
- Renforcer le partenariat mondial pour le développement durable (ODD 17.16)

Sources : *Chaque femme, chaque enfant* (2015). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* (2016-2030). Genève : OMS.
Disponible ici : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/

ENCADRÉ 2

Le Partenariat H6

Le partenariat H6 associe les forces collectives d'ONUSIDA, du FNUAP, de l'UNICEF, d'ONU Femmes, de l'OMS et de la Banque mondiale pour aider les pays lourdement touchés à améliorer la survie, la santé et le bien-être de chaque femme, nouveau-né, enfant et adolescent. En tant que branche technique du mouvement Chaque femme, chaque enfant, il apporte un soutien technique coordonné aux pays pour mettre en place les actions et recommandations de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) et atteindre les objectifs ODD associés, notamment l'ODD 3 sur la santé et l'ODD 5 sur l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes et des filles.

Les efforts du partenariat se concentrent sur la fourniture aux pays d'un soutien technique, d'un renfort des capacités et de conseils stratégiques ; de données et d'informations stratégiques pour révéler les lacunes, mettre en avant les retours sur investissements et hiérarchiser les réponses ; et d'une assistance pour exploiter les investissements et rassembler les parties prenantes autour des initiatives liées à la santé des femmes, des adolescents et des enfants.

que le sexe et le genre s'ajoutent aux facteurs sociaux et environnementaux de la santé pour influencer la façon dont les risques et les avantages pour la santé s'accumulent tout au long de la vie. De cette façon, l'inégalité des sexes est explicitement reconnue comme un facteur important des résultats de santé, les femmes et les filles étant souvent désavantagées sur le plan social. Les femmes, les enfants et les adolescentes victimes de discrimination basée sur le genre l'identité sexuelle, l'expression sexuelle ou l'orientation sexuelle se heurtent à des inégalités dans l'accès aux services et ressources en matière de santé, et dans l'utilisation qui en est faite.

Tant la Stratégie mondiale que les ODD soulignent également la nécessité de mettre en place des partenariats et une action multisectorielle. Il est fondamental de mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé – et de veiller à ce que les femmes, les adolescentes et les filles soient informées de leurs droits et puissent prétendre à des services sans risque de discrimination et sans stigmatisation – pour défendre leurs droits humains au plus haut niveau possible de santé, conformément aux garanties de la loi internationale. De plus, environ 50 % des progrès réalisés dans le domaine de la santé pour les femmes, les enfants et les adolescentes sont le fruit d'investissements extérieurs au secteur de la santé,⁷ notamment dans l'éducation, la nutrition, l'eau et l'assainissement, la technologie et l'environnement.⁸ Ces efforts multisectoriels déployés pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la santé ont une importance particulière pour réduire les inégalités et créer des environnements plus sains.⁹ Ils englobent des actions dans divers secteurs (par exemple, la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement, l'environnement et la nutrition) ainsi que des actions conjointes entre secteurs (par exemple, entre les secteurs de la santé et de l'éducation, ou de l'environnement et de l'eau et l'assainissement). En se concentrant ainsi sur les déterminants de la santé, notamment l'inégalité des sexes, les interventions au-delà du secteur de la santé devraient être considérées comme essentielles aux stratégies nationales sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents.

Au sujet de ce guide de programmation

Compte tenu de l'impact de l'inégalité des sexes sur la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, et sur la santé des femmes et de leurs enfants, il est impératif que les responsables politiques, les professionnels et les organisations communautaires dans le domaine de la santé disposent d'orientations et d'outils pratiques pour comprendre en quoi le genre influence la SSRMNEA et de quelle manière intégrer efficacement l'égalité des sexes à la programmation. Ce guide est conçu pour répondre aux lacunes perçues dans ces orientations.

Objectif

Ce guide constitue une ressource importante qui complète et développe les orientations et les outils existants pour renforcer l'égalité des sexes afin d'améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescentes. Il est conçu pour aider les utilisateurs et utilisatrices à :

- Comprendre en quoi et pourquoi l'inégalité des sexes est un déterminant clé de la SSRMNEA ;
- Apprendre à identifier les types d'interventions visant à lutter contre les inégalités entre les sexes en tant que causes profondes des mauvais résultats liés à la SSRMNEA en donnant des exemples d'interventions fondées sur des preuves ;
- Identifier les actions pour soutenir les interventions basées sur les droits de l'homme et tenant compte des questions de genre afin d'améliorer l'égalité des sexes et les résultats des programmes de SSRMNEA pour les femmes, les enfants et les adolescentes.

Ce guide a été élaboré pour accroître la sensibilisation à l'influence des inégalités entre les sexes sur la santé des femmes et pour proposer des idées en vue de les combattre dans le contexte de la SSRMNEA. Il se concentre sur le genre en tant que déterminant de la santé et examine comment l'inégalité des normes, attitudes et pratiques liées au genre peut affecter les comportements des femmes en matière de santé et la jouissance de leurs droits. Il suggère que la demande de services de santé soit déterminée au niveau individuel, mais aussi par les membres du ménage, les réseaux sociaux, les communautés et les politiques et normes sociales et structurelles en général.¹⁰

Méthodologie

Le cadre conceptuel pour la promotion de l'égalité des sexes dans les programmes de SSRMNEA a été élaboré après une analyse documentaire des programmes, des approches et des documents politiques. Il

s'appuie sur les cadres conceptuels existants, en particulier le Modèle socio-écologique (voir **Annexe 1**) en faveur des interventions sanitaires, et s'aligne sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). Il se fonde sur les contributions issues de consultations de groupes d'experts, notamment une consultation virtuelle au niveau mondial et des consultations tenues pendant les réunions internationales des partenaires du H6 au Cameroun, au Kenya et au Burkina Faso (2015-2016). Ces orientations ont fait suite aux consultations menées en 2017 en Éthiopie, au Kenya, en Sierra Leone et au Libéria pour finaliser le cadre et les orientations de programmation.

Utilisation prévue et public visé

Ce guide de programmation est destiné au public suivant :

- aux responsables politiques, aux directrices et directeurs de programmes et aux professionnels du secteur de la santé qui interviennent dans la prestation des services de santé et dans les résultats des programmes de SSRMNEA ;
- aux responsables politiques, aux directrices et directeurs de programme et aux professionnels d'autres secteurs, notamment ceux de l'égalité des sexes, de la planification et de l'éducation, dont les activités contribuent à l'obtention de résultats liés à la SSRMNEA ;
- aux organisations non gouvernementales nationales et internationales et organisations communautaires ;
- aux réseaux et organisations de femmes qui militent en faveur de l'égalité des sexes et de la santé sexuelle et reproductive et des droits associés ; et
- aux organismes et programmes des Nations Unies qui appuient les pays dans la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).



COMPRENDRE COMMENT
L'INÉGALITÉ DES SEXES
INFLUENCE LA SANTÉ
DES FEMMES

1. LE GENRE COMME DÉTERMINANT EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

1.1 L'influence du sexe par rapport au genre sur les résultats en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Le sexe et le genre influencent tous deux la santé. Le sexe fait référence aux distinctions biologiques et physiologiques entre les hommes et les femmes, comme les organes reproducteurs, les chromosomes et les hormones. Le genre, en revanche, met l'accent sur les rôles, les comportements et les attributs socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et les femmes, ce qui à son tour affecte la façon dont les gens vivent, travaillent et interagissent à tous les niveaux, y compris par rapport à leur santé.¹¹

Certains états de santé sont déterminés principalement par les différences biologiques entre les sexes. D'autres découlent de la façon

dont les sociétés socialisent les femmes et les hommes dans des rôles liés au genre appuyés par des normes sur la masculinité et la féminité et des relations de pouvoir qui accordent des privilèges aux hommes, mais qui nuisent à la santé des femmes comme des hommes.¹² Mais de nombreux états de santé traduisent une combinaison de différences biologiques entre les sexes et de facteurs sociaux liés au genre. Par exemple, les femmes enceintes courent un plus grand risque biologique que les hommes de contracter un paludisme grave dans la plupart des zones endémiques. De plus, des études portant sur les activités qui augmentent le contact avec les vecteurs humains révèlent que la façon dont les femmes et les hommes passent leur temps pendant les périodes de pointe de piqûre de moustiques peut les exposer à un risque différent de contracter le paludisme.¹³

Dans le contexte de la SSRMNEA, les facteurs biologiques fondés sur le sexe interagissent avec les inégalités fondées sur le genre, l'âge, le revenu, les origines, l'origine ethnique, le handicap, la classe et les facteurs environnementaux pour

déterminer l'exposition des femmes, des enfants et des adolescents aux risques sanitaires, leur situation de mauvaise santé, leur accès aux services sanitaires, et donc leurs résultats sanitaires. Par exemple, des études en Asie du Sud ont documenté un risque accru de mortalité néonatale chez les filles, malgré leur avantage biologique précoce en termes de survie.¹⁴ La littérature existante a mis en évidence une préférence selon le genre et des comportements différents en matière de recherche de soins pour expliquer cette inversion du risque. Des rapports font état de déséquilibres entre les sexes dans certains pays, notamment les données du recensement en Inde, par exemple, qui font apparaître un déséquilibre entre les sexes chez les enfants. Ces disparités dénotent presque toujours une préférence pour les fils.¹⁵ Les caractéristiques biologiques des femmes et des filles, combinées à l'inégalité des sexes, augmentent leur vulnérabilité aux infections sexuellement transmissibles (IST) et au VIH. Chez les adolescentes, les filles courent un

plus grand risque que les garçons de contracter des IST et le VIH en raison d'un désavantage biologique qui rend possible l'abrasion et le déchirement de l'appareil génital immature, notamment lors de leur premier rapport sexuel. Il en va de même pour les femmes adultes, qui courent un plus grand risque physiologique de contracter le VIH que les hommes en raison du désavantage biologique de l'anatomie reproductive des femmes. Cependant, la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH ne peut s'expliquer uniquement par la biologie. Des études révèlent également que les manifestations de l'inégalité des sexes, comme les violences basées sur le genre et les normes de genre préjudiciables, exposent davantage les femmes à l'infection par le VIH (voir **Encadré 3**). Dans de nombreuses sociétés, les normes et les attitudes liées au genre encouragent les hommes à avoir des rapports sexuels et de multiples partenaires sexuel(le)s simultanément(e)s, tandis que les femmes sont censées être monogames et sexuellement passives.

ENCADRÉ 3

Violence à l'égard des femmes et des filles et résultats médiocres liés à la SSRMNEA

La violence à l'égard des femmes est l'une des manifestations les plus extrêmes et les plus néfastes de l'inégalité des sexes, et elle constitue une grave violation des droits de l'homme, qui influe considérablement sur la mauvaise santé des femmes et des filles. La violence à l'égard des femmes et des filles entrave l'accès à l'information et aux services de SSRMNEA, limite la capacité des femmes et des adolescentes d'exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive, et se traduit par de mauvais résultats liés à la SSRMNEA. Parmi les manifestations les plus tangibles de la violence à l'égard des femmes et des filles, on peut citer la violence conjugale (VC), la violence sexuelle et les pratiques néfastes comme les mutilations génitales féminines ou l'excision (E/MGF), et le

mariage précoce et forcé des enfants, qui ne se mesurent pas seulement par de mauvais résultats liés à la SSRMNEA mais également par des résultats défavorables sur les questions d'égalité des sexes et de développement dans un contexte élargi.¹⁶ Dans le monde entier, la lutte contre la violence à l'égard des femmes et des filles a été identifiée comme une priorité importante pour améliorer la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) réaffirme que la violence et les pratiques préjudiciables ne se limitent pas à un problème sanitaire critique mais qu'elles constituent un problème de droits de l'homme et de développement qui ne peut être ignoré.

ENCADRÉ 3 (SUITE)

Violence à l'égard des femmes et des filles et résultats médiocres liés à la SSRMNEA

Un problème mondial

- On estime que 35 % des femmes dans le monde ont été victimes de violence physique et/ou sexuelle de la part de leur partenaire intime ou de violence sexuelle de la part d'un non-partenaire à un moment de leur vie.¹⁷
- Environ 120 millions de filles dans le monde (un peu plus d'une sur 10) ont eu des rapports sexuels forcés ou d'autres actes sexuels forcés à un moment de leur vie.¹⁸
- On dénombre aujourd'hui dans 30 pays au moins 200 millions de femmes et de filles victimes d'excision ou de mutilations génitales féminines.¹⁹
- À l'échelle mondiale, 21 % des jeunes femmes (âgées de 20 à 24 ans) aujourd'hui ont été mariées dans leur enfance et environ 650 millions de femmes et de filles vivantes aujourd'hui l'ont été avant 18 ans.²⁰

Impact sur la santé sexuelle et reproductive et les droits associés des femmes et des adolescentes

- La violence ou la peur de la violence peut dissuader les femmes de se faire soigner. Une étude a démontré que des femmes victimes de violence conjugale (VC) présentaient deux fois plus de risques de renoncer à des soins médicaux que les femmes non-victimes de VC.²¹
- Les formes de violence, telles que l'excision, les mutilations génitales féminines et les mariages précoces et forcés d'enfants, constituent de graves violations des droits de l'homme affectant les droits à la santé des enfants, des

adolescentes et des femmes. Ces formes de violence sont également associées à de mauvais résultats dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive pour les adolescentes, les femmes et leurs enfants.

- Les femmes ayant subi des E/MGF sont confrontées à des risques à court et à long terme pour leur santé, tels que des infections chroniques, des problèmes menstruels, un risque accru d'infection par le VIH et des complications liées à leur santé sexuelle.²²
- Globalement, les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont les principales causes de décès chez les adolescentes (15-19 ans).²³

Impact sur l'accès à la planification familiale et son utilisation

- De nombreuses études ont révélé que les femmes peuvent hésiter à utiliser des contraceptifs ou des préservatifs en raison de la réaction potentiellement violente de leur partenaire.²⁴
- La violence limite l'accès des femmes à la planification familiale, qui peut potentiellement diminuer la mortalité maternelle d'environ 20 à 35 % en réduisant l'exposition des femmes aux risques sanitaires liés à la grossesse.²⁵
- Il arrive souvent que les femmes victimes de violence conjugale ne soient ni en mesure de choisir le moment où elles souhaitent avoir des rapports sexuels, ni d'insister ou d'utiliser efficacement et systématiquement une forme de contraception.²⁶

ENCADRÉ 3 (SUITE)

Violence à l'égard des femmes et des filles et résultats médiocres liés à la SSRMNEA

Impact sur la capacité à se protéger contre les IST, y compris le VIH

- Dans certaines régions, les femmes victimes de violence physique ou sexuelle sont 1,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les femmes qui n'ont pas été victimes de violence conjugale. Des études à grande échelle ont également révélé que la violence augmente le risque d'IST.²⁷

Impact sur la santé maternelle et néonatale

- La violence conjugale pendant la grossesse augmente la probabilité de fausses couches, de mortinaissances, d'accouchements prématurés et de bébés de faible poids à la naissance.²⁸
- Les adolescentes sont plus susceptibles de souffrir de fistules obstétricales du fait de la grossesse avant que le bassin ne soit complètement développé.²⁹

Impact sur la santé des enfants

- La violence conjugale est associée à des taux plus élevés de mortalité et de morbidité infantiles et post-infantiles (par exemple, maladies diarrhéiques, malnutrition). Par exemple, il a été démontré que l'exposition de la mère à des violences conjugales augmente considérablement le risque de retard de croissance chez l'enfant.³⁰
- Il est probable que les enfants exposés à la violence commettent à leur tour des actes de violence plus tard dans leur vie.³¹
- Près de la moitié des filles (15-19 ans) dans le monde (environ 126 millions) croient qu'un mari peut avoir raison de frapper ou de battre sa femme.³²

Ces exemples démontrent que même en matière de santé (où le corps physique est central), le destin est loin d'être déterminé par la biologie.³³ Le sexe et la société, la nature et l'éducation, la génétique et l'environnement interagissent de façon complexe et déterminent les résultats de la SSRMNEA. Parvenir à l'égalité des sexes dans le domaine de la santé signifie que – indépendamment du sexe biologique – les femmes et les hommes bénéficient, tout au long de leur vie des mêmes chances de réaliser pleinement leurs droits et leur potentiel en matière de santé, de contribuer à un développement sain et de tirer parti de ses effets.

1.2 Le genre en tant que relation de pouvoir et facteur d'inégalité en matière de santé

Les résultats liés à la SSRMNEA sont influencés par les conditions dans lesquelles nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons, et par la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources qui affectent ces conditions. Ce sont les facteurs déterminants sociaux de la santé.³⁴ Ces facteurs influent sur la santé des femmes, des enfants et des adolescentes, qui sont souvent victimes de discrimination et d'inégalités dans l'accès aux ressources et la réalisation de leurs droits. Ces facteurs génèrent des inégalités en

matière de santé, affectant l'accès et la couverture des interventions sanitaires essentielles et nuisant directement à la santé des femmes, des enfants et des adolescentes entre les pays et au niveau national.

Les relations de genre concernent les relations sociales qui existent entre et parmi les hommes et les femmes. Elles peuvent établir des hiérarchies entre les groupes sur la base de normes et peuvent contribuer au déséquilibre des rapports de pouvoir. Les relations de pouvoir liées au genre expliquent en grande partie l'inégalité des sexes et comptent parmi les facteurs sociaux de la santé les plus influents.³⁵ Elles interviennent dans de nombreux aspects de la vie et déterminent si les besoins des gens sont reconnus, s'ils peuvent faire entendre leur voix ou exercer un contrôle sur leur vie et leur santé, et s'ils peuvent jouir de leurs droits.³⁶ En tant que relation de pouvoir, le genre influence : la vulnérabilité à la mauvaise santé, la prise de décision au sein du foyer et les comportements en matière de santé, l'accès aux services de santé et leur utilisation, la conception et l'utilisation des produits de santé et de la technologie (par exemple, les produits de SSRMNEA), la nature du personnel de santé, les implications du financement de la santé, les données collectées et leur gestion, et l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et programmes sanitaires.³⁷

Les manifestations de l'inégalité des sexes (telles que les différences d'accès à l'éducation et aux services de santé, les mariages forcés et précoces d'enfants, le déséquilibre dans la participation au marché du travail et la rémunération, la violence faite aux femmes et aux enfants) contribuent de façon importante à la mortalité maternelle et infantile.³⁸ En dépit des

améliorations réalisées à l'échelle mondiale en matière de santé maternelle et néonatale, les inégalités entre les sexes continuent d'influencer les résultats liés à la SSRMNEA à bien des égards. Par exemple, jusqu'à une femme sur quatre dans le monde est victime de violence physique ou sexuelle pendant la grossesse.³⁹ La violence faite aux femmes pendant la grossesse a des conséquences néfastes pour la santé des femmes et des enfants, se traduisant notamment par des fausses couches, une dépression et des retards dans les soins prénatals.⁴⁰

Inversement, il existe de nombreux moyens grâce auxquels une plus grande égalité des sexes peut conduire à une amélioration de la santé et de la qualité de vie des femmes et de leurs familles. La probabilité d'avoir moins d'enfants, d'avoir accès aux services de santé et de disposer du contrôle des ressources de santé est plus élevée chez les femmes qui jouissent d'une plus grande capacité d'action et qui sont par ailleurs moins exposées aux violences conjugales.⁴¹ Leurs enfants ont plus de chances de survie, peuvent recevoir une meilleure prise en charge à la maison et des soins de santé quand ils en ont besoin.⁴² L'amélioration des résultats en matière de santé des femmes et des adolescentes peut également contribuer à renforcer leur propre capacité d'action et leur autonomisation. Les femmes et les filles en bonne santé sont mieux à même de participer activement à la société et de prendre des mesures collectives pour promouvoir leurs propres intérêts, par exemple en exigeant des services de santé basés sur les droits et sensibles aux questions de genre. Ces environnements favorables à l'égalité des sexes sont aussi associés à des résultats positifs pour la santé et la société en général.⁴³

2. L'INFLUENCE DE L'INÉGALITÉ DES SEXES SUR LA FAÇON DONT LES SERVICES DE SANTÉ SONT PLANIFIÉS, DISPENSÉS ET VÉCUS

Dans le secteur de la santé, les résultats des programmes de SSRMNEA sont influencés à la fois par l'offre d'informations et de services de santé ainsi que par la demande de services.⁴⁴ Les interventions de SSRMNEA du côté de l'offre se concentrent généralement sur les éléments constitutifs du système de santé de l'OMS⁴⁵ visant à améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de SSRMNEA. Les interventions du côté de la demande visent à encourager les comportements sains et la recherche de soins appropriés en fournissant des informations aux individus et aux groupes, en mobilisant la communauté et en ayant recours à des incitations financières.⁴⁶

L'égalité des sexes influence à la fois l'offre et la demande d'informations et de services de SSRMNEA. Comme le montre le **Graphique 1**, les interventions du côté de l'offre visent à garantir que des services acceptables de SSRMNEA puissent être disponibles et accessibles aux femmes et aux filles, et les interventions du côté de la demande ont pour effet d'améliorer leur accès au savoir et leur capacité à solliciter et faire usage de ces services. Pourtant, les politiques et les programmes qui influencent la SSRMNEA prennent rarement en compte la dimension de genre. Lorsque cette question est considérée, elle se concentre souvent uniquement

sur les femmes ou ne va pas plus loin que la ventilation des données en fonction du sexe. Ces deux approches ignorent les relations de pouvoir socialement construites et les normes liées au genre qui existent entre et parmi les hommes, les femmes, les personnes transgenres et d'autres identités de genre qui peuvent se traduire par des besoins, expériences et résultats sanitaires très différents.⁴⁷ Les politiques, programmes et systèmes de santé peuvent même exacerber ces inégalités par la manière dont ces systèmes de santé sont conçus, mis en œuvre et dispensés.⁴⁸ En effet, les systèmes de santé ne sont pas neutres du point de vue du genre : ils reflètent les normes liées au genre et, en tant que tels, peuvent renforcer les inégalités et la discrimination basée sur le genre. Cela peut notamment se traduire par une discrimination et des abus sexistes, la prestation de soins de qualité inégale pour les femmes et les hommes, des préjugés sexistes dans les politiques et la planification de la santé, et des environnements de travail défavorables pour une catégorie de personnes.

L'inégalité des sexes affecte également la demande et le recours aux informations et aux services de SSRMNEA. À titre d'exemple, en Afrique subsaharienne, des études ont révélé que l'inégalité des sexes a une influence sur le comportement

GRAPHIQUE 1

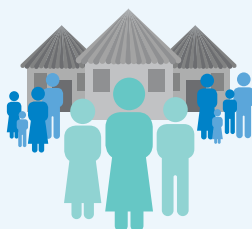
Traiter les facteurs de l'offre et la demande pour l'accès des femmes à la SSRMNEA

Demande

Les individus et communautés ont accès aux connaissances et aux capacités pour solliciter et garantir leurs droits liés à la santé.



Soutenir la demande de services de santé par les femmes traite **la question de l'autonomie et de l'intégrité corporelles des femmes à différents moments où une femme a besoin d'informations, de services et d'opportunités** pour agir et faire des choix tout au long de sa vie.



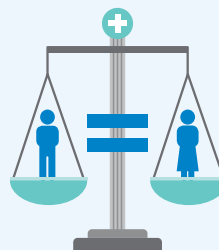
La demande de services de santé par les femmes est non seulement déterminée par des attributs individuels tels que les connaissances et les compétences, **mais également par leurs relations avec les membres du foyer, les réseaux sociaux, les communautés et les politiques et normes sociales et structurelles en général.**

Offre

Fournir des services sanitaires de qualité qui sont disponibles, accessibles et acceptables aux individus et aux communautés desservis.



Supprimer les frais liés aux soins maternels, en particulier pour les accouchements, peut à la fois stimuler la demande et augmenter l'utilisation des services essentiels.



Éliminer toute discrimination des environnements liés aux soins de santé, et s'assurer que les femmes et les adolescentes connaissent leurs droits et puissent demander des services sans stigmatisation ni discrimination est par conséquent fondamental pour garantir leurs droits humains.

procréateur et sur la demande de produits et services de planification familiale.⁴⁹ Les couples qui habitent cette région ont tendance à avoir des aspirations différentes en termes de procréation, les hommes souhaitant avoir des familles plus nombreuses (fertilité plus élevée). Il est donc crucial que les femmes de toute l'Afrique subsaharienne soient associées à la prise de décisions au niveau interpersonnel et familial pour réduire la natalité et ainsi améliorer la santé maternelle.⁵⁰ Ce constat est

corroboré par des études portant sur la relation entre l'autonomisation des femmes et les indicateurs de natalité, qui ont établi une association positive entre l'augmentation de la capacité d'action des femmes et une baisse de la natalité, des naissances plus espacées et un plus faible taux de grossesse non désirée.⁵¹ Ces travaux de recherche parmi d'autres continuent de prouver que l'un des moyens les plus directs et les plus efficaces de réduire les inégalités en matière de santé, d'assurer une utilisation efficace

des ressources sanitaires et d'améliorer les résultats liés à la SSRMNEA consiste à donner aux femmes et aux filles la possibilité de faire valoir et de réaliser leurs droits.⁵²

Le renforcement des facteurs côté demande (voir **Encadré 4**) encourage les femmes à être pleinement informées de leurs droits et à même de rechercher des services de SSRMNEA appropriés, de qualité et sans discrimination. Aussi faut-il impérativement s'attaquer aux obstacles sous-jacents qui empêchent les femmes de revendiquer et de réaliser leur droit à la santé. Cela suppose de faire face à des défis tels que le manque de connaissances et d'éducation sur les droits des femmes et des filles, les contraintes économiques et le manque d'autonomie ou de prise de décision. Ces facteurs liés au genre affectent la capacité des femmes et des filles à agir en leur propre nom et à protéger leur santé, notamment en jouissant d'une autonomie de décision, en contrôlant leurs revenus et leurs biens, et en ne subissant ni violence ni discrimination.

ENCADRÉ 4

Qu'est-ce que la demande ?

La demande fait référence à la volonté et à la capacité des hommes et femmes, y compris les filles et garçons, à utiliser les informations, services et produits de SSRMNEA et/ou à adopter des comportements sains.

Les problèmes structurels, notamment l'inégalité des sexes et la pauvreté, influencent de nombreux obstacles **côté demande** pour accéder aux services de SSRMNEA.

La génération de demande vise l'amélioration de la sensibilisation des services de SSRMNEA et des droits des femmes, des enfants et des adolescents pour que les individus, en particulier les femmes et les adolescentes, puissent faire un choix éclairé concernant l'accès à ces services et leur utilisation.

3. ÉGALITÉ DES SEXES, DROITS DES FEMMES ET DROIT À LA SANTÉ

Par les voies décrites dans la section précédente, l'inégalité des sexes empêche les femmes et les filles de revendiquer et de faire prévaloir leur droit

à la santé, un droit humain pourtant fondamental (voir **Encadré 5**). Tous les individus, sans distinction d'origine ethnique, de couleur, de sexe, de langue,

ENCADRÉ 5

Le droit à la santé

« [Le droit à la santé est] un droit quand lequel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé... »

– *Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale N° 14*

Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits :

- **Les libertés** comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps (par exemple les droits sexuels et reproductifs), et d'éviter les interférences (par exemple, libre de tout traitement médical non consensuel).
- **Les droits** comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse

à chacun, de manière égale, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.

Le droit à la santé comprend quatre éléments interdépendants :

- **Disponibilité** : Les établissements, les biens et les services de soins de santé sont en nombre suffisant et fonctionnent correctement.
- **Accessibilité** : Les établissements, les biens et les services de santé sont accessibles à tous. L'accessibilité est composée des dimensions suivantes : la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information.
- **Acceptabilité** : Les établissements, les biens et les services de santé doivent respecter l'éthique médicale et les différences culturelles, et tenir compte des besoins des hommes et des femmes tout en maintenant la confidentialité.
- **Qualité** : Les établissements, des biens et des services de santé doivent être adaptés et de qualité.

Source : OMS (2017). « Human Rights and Health Fact Sheet No. 323. » Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

de religion, d'opinions politiques ou autres, d'origine nationale ou sociale, de richesses, de lieu de naissance ou de toute autre considération jouissent des mêmes droits de l'homme.⁵³ Nous avons tous le droit d'exercer nos droits de l'homme sans discrimination et sur un pied d'égalité. Ces droits sont tous étroitement liés, interdépendants et indivisibles.⁵⁴ Le droit à la santé est étroitement lié à la réalisation des autres droits de l'homme, et les droits des femmes en font partie. De cette façon, l'égalité des sexes est un précurseur de la réalisation du droit à la santé.⁵⁵

Le droit à la santé sous-entend le droit à des soins de santé dispensés en temps opportun et de manière appropriée. L'élimination de toutes les formes de discrimination – y compris la discrimination basée sur le genre, l'identité sexuelle, l'expression sexuelle et l'orientation sexuelle – constitue l'élément central d'une approche fondée sur les droits de l'homme.⁵⁶ La prestation des services de SSRMNEA doit être exempte de stigmatisation et de discrimination et respecter le droit du patient à l'autonomie, à la vie privée, au consentement éclairé et au choix.⁵⁷ Tout indique que l'application systématique des normes et principes relatifs aux droits de l'homme, y compris l'égalité des sexes, contribue positivement à l'amélioration des résultats sanitaires.⁵⁸ **L'Annexe 4** présente des ressources sur les approches de la SSRMNEA axées sur les droits de l'homme.

Le droit à la santé implique également de prendre en compte les facteurs déterminants sous-jacents qui concourent aux résultats en matière de santé. La réalisation des droits de l'homme dans le contexte de la SSRMNEA implique de reconnaître et de prendre en compte les causes sous-jacentes des violations des droits fondamentaux des femmes et des hommes, de se confronter aux contraintes structurelles à l'égalité des droits et aux choix des femmes et des filles concernant leur santé et de mettre en œuvre les politiques et programmes appropriés conformément aux principes relatifs aux droits de l'homme. Une approche de l'égalité des sexes fondée sur les droits de l'homme implique également la participation des groupes marginalisés, démunis et discriminés de femmes et de filles, et d'hommes et de garçons,

notamment les adolescents, aux décisions qui touchent leurs moyens de subsistance et leur développement durable général, mais également l'opportunité de profiter des mêmes avantages sociaux issus de ce développement.⁵⁹

La mesure dans laquelle les lois et les politiques favorisent la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) est cruciale pour les femmes et leurs droits. La santé des femmes, des enfants et des adolescentes est reconnue comme un droit humain fondamental dans de nombreux traités internationaux (**Annexe 2**). De surcroît, les gouvernements ont également signé des accords issus de grandes conférences des Nations Unies, tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, et la Déclaration et le Programme d'action de Beijing. La responsabilisation des gouvernements à l'égard de ces normes internationales en matière de droits de l'homme demeure une stratégie vitale pour réduire les inégalités et les facteurs sous-jacents à l'origine de l'inégalité des sexes et des mauvais résultats de la SSRMNEA pour les femmes, les enfants et les adolescentes. Les organes de suivi des traités de l'ONU réclament que les gouvernements publient des rapports périodiques sur leurs préoccupations et leurs recommandations, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et les droits associés. L'Examen périodique universel (EPU) créé en 2006, et premier mécanisme international des droits de l'homme à s'adresser à tous les pays et qui concerne tous les droits humains, est également devenu un important mécanisme de responsabilisation en matière de droits de l'homme, notamment le droit à la santé et l'égalité des sexes.

3.1 Renforcer l'autonomisation des femmes

Les femmes autonomes exercent leurs droits humains et leur droit à la santé. Il s'agit d'un point essentiel pour parvenir à l'égalité des sexes et améliorer les résultats liés à la SSRMNEA. L'autonomisation est

définie comme « le renforcement de la capacité des personnes [des femmes] à faire des choix de vie stratégiques dans un contexte où cette capacité leur était auparavant refusée ». ⁶⁰ C'est un processus social qui permet aux femmes de prendre le contrôle de leur vie. Et c'est un moyen d'aborder les rapports de pouvoir inégaux et les aspects de la discrimination basée sur le genre, qui vise également à accroître les capacités individuelles ou collectives.

Les faits démontrent qu'en engageant les femmes comme agents du changement et en les sensibilisant davantage à leurs droits en matière de SSRMNEA, elles sont plus susceptibles de les revendiquer. ⁶¹ La probabilité d'avoir moins d'enfants, d'avoir accès aux services de santé et d'avoir le contrôle des ressources de santé est plus élevée chez les femmes qui bénéficient d'une plus grande capacité d'action et qui sont par ailleurs moins exposées aux violences

conjugales. ⁶² Leurs enfants ont plus de chances de survie, peuvent recevoir une meilleure prise en charge à la maison et des soins de santé quand ils en ont besoin. ⁶³ L'amélioration des résultats en matière de santé des femmes et des adolescentes peut également contribuer à renforcer leur propre capacité d'action et leur autonomisation. Les femmes et les filles en bonne santé sont plus à même de participer activement à la société et de prendre des mesures collectives pour promouvoir leurs propres intérêts, par exemple en exigeant des services de santé basés sur les droits et sensibles aux questions de genre.

Adopter une approche fondée sur les droits dans les programmes de SSRMNEA qui placent l'autonomisation des femmes au premier plan peut se concrétiser en interventions plus efficaces pour améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescentes.



COMMENT SE CONCENTRER
DAVANTAGE SUR
L'ÉGALITÉ DES SEXES
ET L'AUTONOMISATION
DES FEMMES

4. RENFORCER L'ÉGALITÉ DES SEXES EN MATIÈRE DE SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT : UN CADRE D'ACTION

4.1 Justification du cadre d'action

Un cadre d'action est un outil d'analyse permettant de définir et de comprendre le rôle de l'inégalité des sexes dans la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles, mais également les résultats sur le plan médical chez les femmes et leurs enfants. Ce cadre n'est pas nouveau, mais il s'appuie sur les modèles existants et les combine afin d'établir une approche visant à renforcer l'égalité des sexes dans les programmes de SSRMNEA. Le cadre souhaite appuyer les programmes et les interventions de SSRMNEA au sein et au-delà du secteur de la santé.

4.2 Le cadre d'action expliqué

Le cadre se divise en quatre étapes clés (voir le **Graphique 2**) :

Étape 1. Utiliser le Modèle socio-écologique pour comprendre les multiples niveaux d'un système social et les interactions entre les individus et leur environnement dans ce système.

Étape 2. Appliquer une « optique tenant compte de des questions de genre » au Modèle

socio-écologique pour : i) comprendre en quoi le genre et l'inégalité des sexes jouent un rôle dans la SSRMNEA à différents niveaux ; et ii) identifier les obstacles qui empêchent les femmes et les adolescentes d'exiger et de réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA.

Étape 3. Intégrer pleinement les analyses des questions relatives au genre et les enjeux liés à l'inégalité entre les sexes dans la planification et la programmation afin de réduire les obstacles et d'améliorer l'accès à l'information et aux services des programmes SSRMNEA et leur usage.

Étape 4. Promouvoir des mesures qui donnent aux femmes et aux filles les moyens de faire valoir et de réaliser leurs droits à des services visant à améliorer leur santé et leur bien-être.

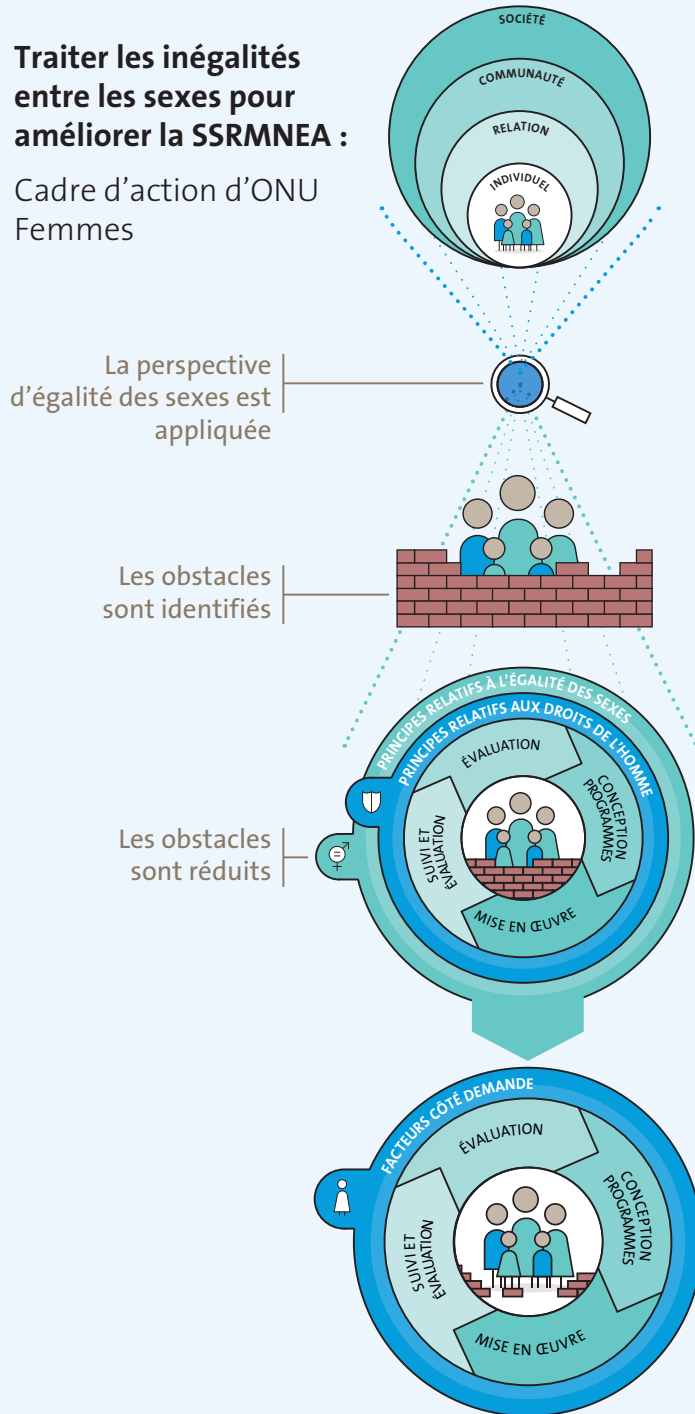
Étape 1. Utiliser le Modèle socio-écologique pour comprendre les multiples niveaux d'un système social et les interactions entre les individus et leur environnement dans ce système.

GRAPHIQUE 2

Renforcer l'égalité des sexes pour la SSRMNEA : Un cadre d'action

Traiter les inégalités entre les sexes pour améliorer la SSRMNEA :

Cadre d'action d'ONU Femmes



1

Utiliser le Modèle socio-écologique pour comprendre les multiples niveaux d'un système social et les interactions entre les individus et leur environnement dans ce système.

2

Appliquer l'égalité des sexes au Modèle socio-écologique pour :

- (i) comprendre comment le genre et l'inégalité des sexes jouent un rôle dans la SSRMNEA à différents niveaux ;
- (ii) identifier les obstacles qui empêchent les femmes et les adolescentes de demander et de réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA.

3

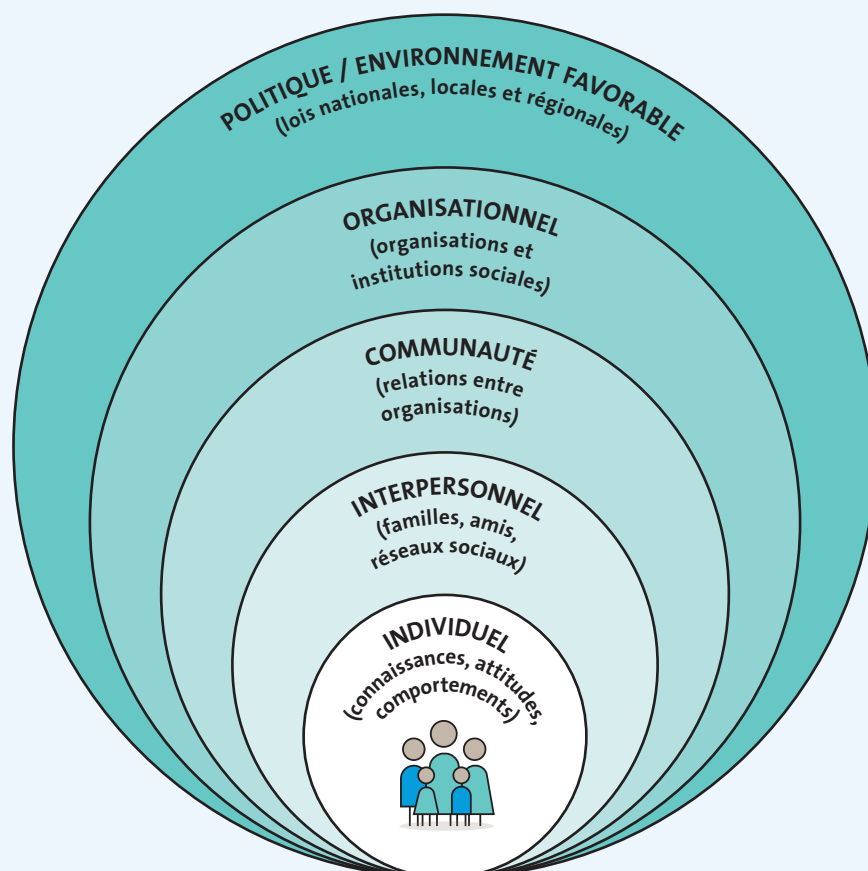
Intégrer pleinement l'analyse de genre et les enjeux liés à l'égalité des sexes dans la planification et la programmation afin de réduire les obstacles et d'améliorer l'accès aux informations et aux services de SSRMNEA.

4

Garantir au sein des programmes une meilleure attention à l'autonomisation des femmes et des adolescentes pour solliciter des services (génération de demande) et revendiquer leurs droits liés à la santé.

GRAPHIQUE 3

Le Modèle socio-écologique des interventions pour la santé



Le Modèle socio-écologique est un cadre conceptuel largement accepté pour comprendre les comportements liés à la santé et les interventions de changement à plusieurs niveaux.⁶⁴ Dans la mesure où les résultats liés à la SSRMNEA sont influencés par d'autres facteurs que les seuls soins de santé, le Modèle socio-écologique se révèle utile pour conceptualiser les domaines entrecroisés où des facteurs clés associés à la SSRMNEA entrent en jeu (voir **Graphique 3**). Cette approche permet également d'expliquer les raisons pour lesquelles les efforts visant à améliorer les facteurs déterminants de la santé, tels que le genre, nécessitent une action au sein et en dehors du secteur de la santé afin d'accélérer les progrès en matière de SSRMNEA.

Le Modèle socio-écologique reconnaît qu'il existe de multiples facteurs déterminants associés à tout état de santé, en particulier en matière de SSRMNEA.⁶⁵ Les femmes, les enfants et les adolescents font partie de réseaux, de communautés et de systèmes. En plus de faire participer les femmes, les enfants ou les adolescents, il est également important d'aborder les divers facteurs de SSRMNEA qui résident dans l'environnement plus large dans lequel ils vivent et interagissent avec les autres. Cet environnement plus étendu comprend les différents niveaux du système dans lequel vivent les femmes, les enfants ou les adolescents, tels que les relations avec les membres du foyer, la communauté et la société.

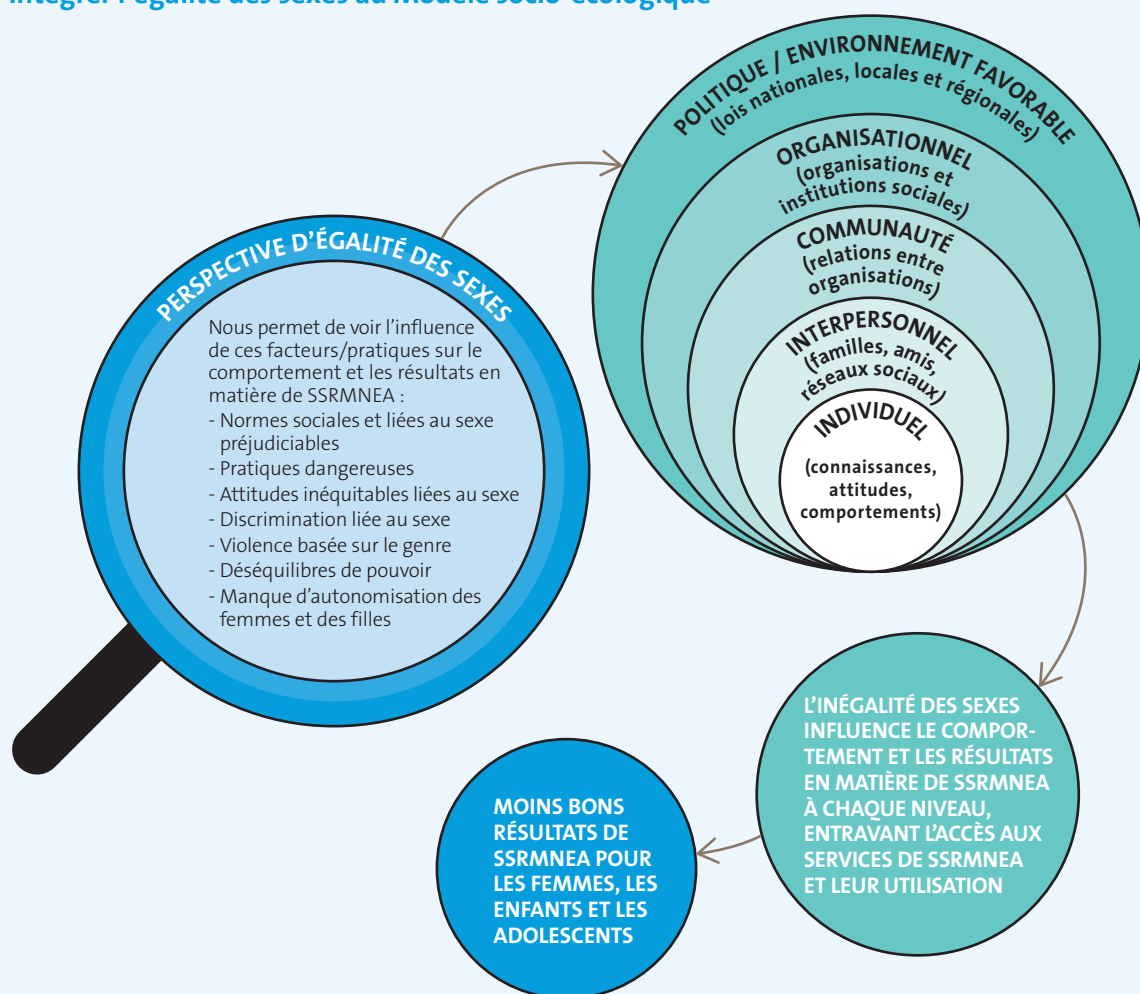
Étape 2. Appliquer une optique tenant compte des questions de genre pour comprendre le rôle de l'inégalité des sexes dans la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent à différents niveaux et identifier les obstacles qui empêchent les femmes et les filles de revendiquer et réaliser leurs droits.

La deuxième étape du cadre consiste à appliquer une optique tenant compte des questions de genre au Modèle socio-écologique (voir **Graphique 4**). L'analyse des questions relatives au genre est une

étape essentielle pour examiner de quelle manière l'inégalité des sexes affecte la santé et le bien-être. Plus précisément, elle permettra de déterminer les facteurs sous-jacents et la façon dont ils influencent les comportements, les services et les résultats en matière de santé. Ces causes sous-jacentes concernent les attitudes discriminatoires, les normes sociales et les relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes. Cependant, non seulement le genre influence le comportement individuel et les relations interpersonnelles, mais il a aussi un impact au niveau organisationnel, communautaire et politique. Appliquée au Modèle socio-écologique, une optique tenant compte des questions de genre nous

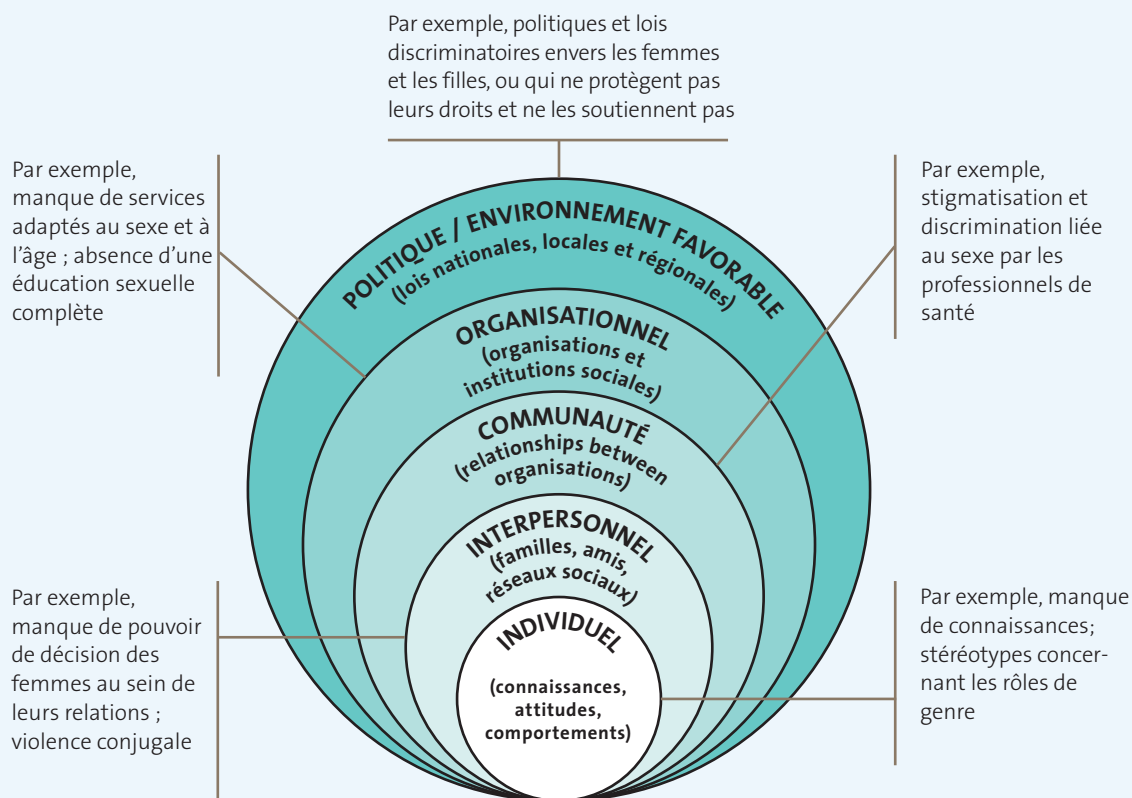
GRAPHIQUE 4

Intégrer l'égalité des sexes au Modèle socio-écologique



GRAPHIQUE 5

Exemples d'obstacles liés à l'égalité des sexes pour accéder à la SSRMNEA à différents niveaux du Modèle socio-écologique



aide à voir en quoi le genre influence les résultats liés à la SSRMNEA pour les femmes et les filles au cours de leur vie.

Divers types de données sont nécessaires pour comprendre en quoi l'inégalité des sexes influe sur la SSRMNEA. L'analyse des questions relatives au genre doit s'appuyer sur des données ou des informations recueillies dans le cadre d'activités de recherche, de suivi et de contrôle et faire appel aux consultations de divers groupes et individus, hommes et femmes. Le peu de données ventilées disponibles peut parfois conduire à rechercher des informations lorsqu'il n'y a pas d'éléments de preuve disponibles. En utilisant le Modèle socio-écologique, l'analyse des questions relatives au genre devient un outil précieux pour identifier les obstacles aux informations, aux services et aux produits liés à la SSRMNEA et ceux qui sont influencés par l'inégalité des sexes. Cette analyse s'appuie sur un ensemble de

questions clés et critiques permettant d'identifier les obstacles. Le processus de questionnement critique est crucial, dans la mesure où une bonne question peut en soulever une autre dévoilant davantage les causes profondes de l'inégalité des sexes.

Le **Tableau 1** présente des exemples de questions pour l'analyse relative aux questions de genre qui pourraient être prises en compte à chaque niveau du Modèle socio-écologique. La **Liste de contrôle 1** fournit également des **recommandations : Recommandations pour identifier les obstacles relatifs aux questions de genre dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.**

Le **Graphique 5** suggère certains obstacles qui pourraient être identifiés par une analyse liée aux questions de genre relativement à la SSRMNEA parmi les différents niveaux du Modèle socio-écologique.

TABEAU 1

Analyse illustrative à tous les niveaux du Modèle socio-écologique de l'influence du sexe sur la capacité des femmes et des filles à demander et à réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA

Niveau du Modèle socio-écologique	Description (dans le contexte de la santé)	Questions à considérer	Exemples d'obstacles liés à l'égalité des sexes	Comment ces obstacles limitent la capacité des femmes et des filles à demander et à réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA
INDIVIDUEL	Caractéristiques d'une personne, telles que les connaissances, les attitudes, le comportement et les compétences qui influencent la façon dont le genre est appréhendé par l'individu. Ces caractéristiques ont à leur tour une incidence sur les besoins sanitaires, expériences et résultats, et peuvent également interagir avec d'autres marqueurs sociaux comme l'âge, l'éducation, l'origine ethnique, le handicap, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les services de SSRMNEA sont facilement accessibles, pourquoi n'y a-t-il pas plus de femmes et d'adolescentes qui y accèdent et les utilisent ? • Quels facteurs au niveau individuel peuvent affecter la capacité des femmes et des adolescentes à accéder aux services de SSRMNEA disponibles et/ou à les utiliser ? 	Les compétences (lecture, écriture), les attitudes, la stigmatisation (y compris l'autostigmatisation) et la discrimination, la gêne, les croyances (croyances culturelles et liées à l'égalité des sexes concernant la santé reproductive), les connaissances (expériences négatives passées dans le cadre des soins de santé), la pauvreté, le niveau d'éducation, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Un manque de connaissances sur la santé sexuelle et reproductive ; manque de connaissances sur l'égalité des sexes et les droits des femmes ; l'acceptation des normes sociales qui justifient le statut inférieur des femmes et des filles ; et un manque de ressources pour accéder aux services SSR.
INTER-PERSONNEL	Examine les relations étroites qui peuvent entraîner ou exacerber les inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé. Les normes préjudiciables liées à l'égalité des sexes et les relations de pouvoir inégales entre un individu et leur partenaire intime/conjoint, les membres de la famille et le cercle social/les pairs peuvent influencer leur comportement à l'égard de la santé et contribuer à leur expérience.	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle est l'influence relative des différents réseaux sur les questions de SSRMNEA ? • Comment pouvons-nous augmenter l'implication des hommes dans les programmes de soins de santé maternelle, du nouveau-né et de l'enfant ? • Quels facteurs au niveau interpersonnel peuvent compliquer l'implication des hommes et des femmes dans les sujets liés à la SSRMNEA ? 	Le conjoint (attitudes, croyances et connaissances sur les services SSR) ; les amis (désinformation ou désapprobation de pairs) ; la famille (structure familiale, désapprobation des proches).	<ul style="list-style-type: none"> • Les normes de genre et les contraintes sociales peuvent stipuler que les femmes et les filles doivent rester modestes et chastes concernant les questions sexuelles, en limitant l'accès aux informations et aux services. • Dans certains environnements, les jeunes femmes non mariées peuvent être désignées comme ayant de mauvaises mœurs si elles cherchent des informations ou des services associés. • L'environnement familial peut ne pas être favorable à l'accès à des informations ou services de SSRMNEA. • La pression de pairs peut empêcher les jeunes hommes et les jeunes femmes de chercher des informations sur la santé. • Dans certaines relations, la discussion sur la sexualité et la santé reproductive peut être limitée. • Les normes et les croyances peuvent considérer que la femme est responsable de la planification familiale/la santé de l'enfant.

TABLEAU 1 (SUITE)

Analyse illustrative à tous les niveaux du Modèle socio-écologique de l'influence du sexe sur la capacité des femmes et des filles à demander et à réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA

Niveau du Modèle socio-écologique	Description (dans le contexte de la santé)	Questions à considérer	Exemples d'obstacles liés à l'égalité des sexes	Comment ces obstacles limitent la capacité des femmes et des filles à demander et à réaliser leurs droits aux informations et services de SSRMNEA
ORGANISATIONNEL/ COMMUNAUTÉ	Explore les cadres organisationnels /institutionnels et communautaires, tels que les écoles, les lieux de travail, les institutions de soins de santé et les quartiers où des relations sociales ont lieu. Vise à identifier les caractéristiques des cadres qui augmentent l'inégalité des sexes dans le domaine de la santé (notamment les valeurs et les croyances de la communauté ou d'un agent de santé, les normes sociales perçues/ rôles attendus).	<ul style="list-style-type: none"> • Les prestataires des services de santé traitent-ils de la même manière les hommes et les femmes, les garçons et les filles dans leurs prestations de services de SSRMNEA ? • Quels défis doivent relever les communautés locales et les écoles pour fournir un environnement plus favorable aux services de santé reproductive, notamment la gestion de l'hygiène menstruelle ? 	Des heures de travail compliquées, l'inaccessibilité géographique des services, des conseils inappropriés des professionnels de santé, l'absence de confidentialité, la désapprobation, la stigmatisation ou la discrimination de la part des professionnels de santé, des normes et valeurs établies dans la communauté (rigidité des rôles liés au genre, désapprobation, stigmatisation ou discrimination de la part des membres de la communauté).	<ul style="list-style-type: none"> • Les adolescentes peuvent être dans l'incapacité d'accéder aux informations si le niveau de confidentialité ou d'intimité proposé n'est pas suffisant, par peur que leur famille ait connaissance de l'événement et désapprouve leur comportement. • Les adolescentes peuvent craindre des attitudes négatives et un comportement irrespectueux de la part de professionnels de santé désapprobateurs. • Les professionnels de santé peuvent discriminer les femmes et les filles, en particulier les plus pauvres et celles issues de groupes marginalisés.
POLITIQUE/ ENVIRONNEMENT FAVORABLE	Examine les facteurs sociétaux, politiques et économiques, comme la politique publique, la législation et l'affectation des ressources, dans lesquels l'inégalité des sexes est progressivement transformée ou répliquée en affectant les injustices dans les services de santé et les résultats en la matière.	<ul style="list-style-type: none"> • L'environnement légal et politique soutient-il la fourniture d'informations et de services de SSRMNEA à la fois aux hommes et aux femmes, y compris les adolescentes et adolescents ? • Certaines lois ou politiques compliquent-elles l'accès aux informations et services de santé sexuelle et reproductive pour des populations spécifiques (notamment : les femmes non mariées ou les adolescents) ? 	Des lois et politiques nationales qui ont une incidence directe ou indirecte sur la SSRMNEA (y compris les politiques nationales ayant trait aux femmes, aux enfants et aux adolescents, et à l'affectation des ressources). Des informations publiques et leur diffusion (informations conflictuelles de l'État et d'institutions sociales, notamment : médias, écoles, société civile, institutions religieuses, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Des lois peuvent établir un âge minimum pour le mariage qui est trop jeune, mettant ainsi en danger les adolescentes. • Le mariage des enfants est étroitement lié à la maternité précoce, dont les conséquences peuvent être mortelles. L'accès limité aux informations et services de santé reproductive pour les adolescents non mariés et mariés contribue à ces préjugés. • Le mariage des enfants prive également les filles de certaines opportunités pour leur vie.

Tableau partiellement adapté à partir de : Chimphamba Gombachika, B. et autres (2012). « A Social Ecological Approach to Exploring Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Services among Couples Living with HIV in Southern Malawi, » *ISRN Public Health*, Article ID 825459. Disponible ici : <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/825459/cta/>

Étape 3. Intégrer pleinement l'analyse de genre et les enjeux liés à l'égalité des sexes dans la planification et la programmation afin de réduire les obstacles et d'améliorer l'accès aux informations et aux services en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et leur usage.

Adopter une optique d'égalité des sexes au Modèle socio-écologique peut aider un planificateur ou un exécutant de programme à identifier et à comprendre de quelle manière ils peuvent contribuer efficacement à renforcer l'égalité des sexes par le biais des programmes SSRMNEA, à un ou plusieurs niveaux du modèle, ce qui affecte en retour la façon dont les services et informations de SSRMNEA sont sollicités,

dispensés et vécus. La pleine intégration de ce type d'analyse tout au long du cycle de programmation constitue une étape importante pour que les programmes répondent au mieux aux besoins des femmes, enfants et adolescents en matière de santé. Il s'agit de la troisième étape du cadre d'action.

L'intégration d'une analyse des questions relatives au genre aux approches fondées sur les droits de l'homme à chaque étape du cycle de programmation (conception, élaboration, mise en œuvre, suivi et évaluation), permettra aux programmes qui se rapportent à la santé des femmes, des enfants et des adolescents d'identifier et d'éliminer plus facilement les éléments qui empêchent la réalisation de progrès en matière de SSRMNEA. Les interventions peuvent être concentrées, selon le type de programme et le contexte, à un ou plusieurs niveaux du Modèle socio-écologique.

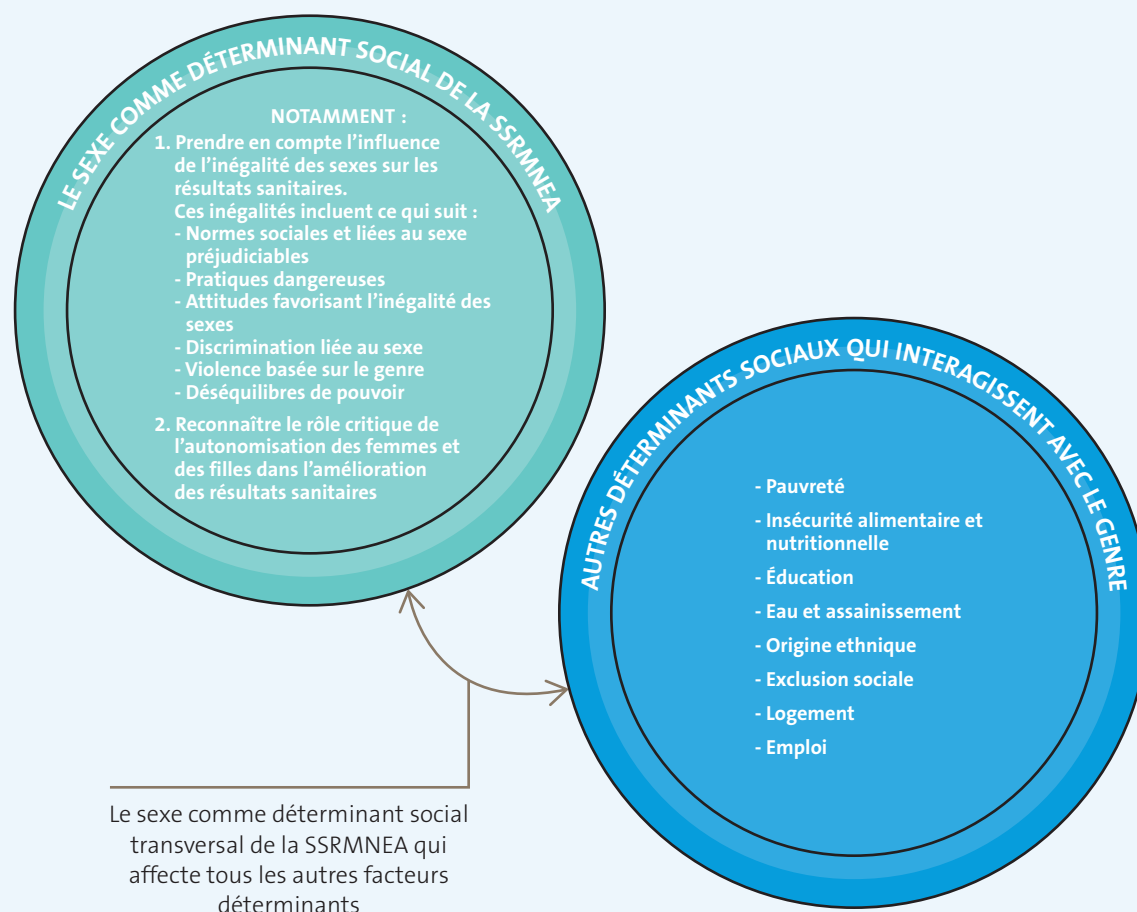
TABLEAU 2

Exemple illustratif du traitement des questions d'égalité des sexes pendant les étapes du cycle de programmation

Étape du cycle de programmation	Comment intégrer les considérations liées à l'égalité des sexes à la SSRMNEA
CONCEPTION ET DÉVELOPPEMENT	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les considérations liées à l'égalité des sexes à la conception et au développement du programme de SSRMNEA et des activités de soutien politique en menant une analyse qui examine l'influence du genre sur la SSRMNEA sur les cinq niveaux du Modèle socio-écologique. Identifier les stratégies pour réduire les obstacles qui freinent la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles mais aussi les résultats pour la santé des femmes et de leurs enfants, et également les stratégies permettant d'augmenter l'autonomisation des femmes. Identifier les interventions spécifiques dans différents secteurs (santé, éducation, énergie, autonomisation des femmes et égalité des sexes, finance, justice, agriculture, etc.) qui contribuent à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes, tout en soutenant la réalisation des résultats de SSRMNEA. Utiliser les données de base incluant les données ventilées par sexe sur certaines questions liées au genre afin d'identifier les objectifs en matière d'égalité des sexes et d'établir des objectifs connexes réalisables.
MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que l'égalité des sexes reste une priorité pendant la mise en œuvre en examinant les données de suivi pour évaluer les impacts différentiels sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons, mais également l'impact sur l'égalité des sexes, en ajustant au besoin la mise en œuvre du programme.
SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer que le plan de suivi et d'évaluation mesure efficacement l'influence du programme sur l'égalité des sexes. Pour plus d'informations, voir la Liste de contrôle 2 : Outil de programmation de la SSRMNEA prenant en compte l'égalité des sexes. L'Annexe 3 fournit des indicateurs illustratifs liés au genre pour la programmation de la SSRMNEA. Évaluer si le programme a réduit les écarts liés à la santé entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, et a augmenté l'égalité des sexes.

GRAPHIQUE 6

L'inégalité des sexes comme déterminant transversal de la SSRMNEA



La **Liste de contrôle 2** propose un outil d'évaluation permettant de déterminer dans quelle mesure l'égalité des sexes est prise en compte dans la conception, la mise en œuvre et l'intensification d'un programme : **Outil de programmation SSRMNEA prenant en compte les questions de genre**. Le **Tableau 2** présente une approche permettant aux planificateurs et aux responsables de la mise en œuvre des programmes de veiller à ce que l'égalité des sexes soit intégrée dans tout leur cycle de programmation.

La prise en considération de l'inégalité des sexes en tant que déterminant transversal dans le domaine de la santé et l'identification des différentes voies

par lesquelles ces inégalités affectent la SSRMNEA revêtent une importance cruciale dans la planification et l'exécution des programmes qui touchent la santé des femmes, des enfants et des adolescents (voir **Graphique 6**). Cette approche concerne également des interventions non liées au secteur de la santé (par exemple dans les secteurs de l'éducation, de l'eau et de l'assainissement, de l'énergie et de l'environnement) dans la mesure où les programmes mis en œuvre dans les secteurs non liés à la santé concourent largement à réduire les inégalités entre les sexes et à améliorer les résultats liés à la SSRMNEA des femmes, des enfants et des adolescents. Ces contributions sont prises en compte dans le cadre d'action, qui préconise une

collaboration plus étroite entre le secteur de la santé et les autres secteurs pour que la SSRMNEA en tire des avantages conjoints ou partagés. Les recherches montrent qu'une plus grande collaboration entre les secteurs maximise les avantages pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents tout en les soutenant dans leur autonomisation et dans l'exercice de leurs droits.⁶⁶ Il est donc important, lors de la planification et de la prestation des services de SSRMNEA, de s'assurer que le genre est abordé comme un déterminant social transversal de la SSRMNEA, qui a des répercussions sur tous les autres facteurs déterminants.

Étape 4. Promouvoir des mesures qui donnent aux femmes et aux filles les moyens de faire valoir et de réaliser leurs droits à des services visant à améliorer leur santé et leur bien-être.

Le cadre d'action soutient une approche en faveur de l'autonomisation des femmes. Il reconnaît que les relations personnelles, les réseaux sociaux, les communautés et la société influent sur les décisions et les comportements d'une personne. Lorsqu'il s'agit d'accéder aux informations et aux services de SSRMNEA et de les utiliser, le Modèle socio-écologique permet de voir la façon dont la demande est déterminée non seulement par les caractéristiques individuelles, comme les connaissances et attitudes, mais également par les membres du foyer et les pairs, le soutien communautaire, l'accès aux ressources, mais aussi les politiques et normes sociales et structurelles en général.

Il arrive trop souvent que ces facteurs liés à la demande – et le rôle de l'inégalité des sexes dans l'influence de la demande – soient négligés dans les programmes qui touchent la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Une plus grande attention est accordée aux facteurs relatifs à l'offre des programmes SSRMNEA, notamment les ressources humaines qualifiées, l'infrastructure et la disponibilité des produits essentiels, sans se soucier de la question de savoir si les informations et services,

une fois disponibles, pourront être utilisés. Quand bien même les informations et les services sont disponibles, l'inégalité des sexes a un impact majeur sur la possibilité d'y accéder et de les utiliser.

La quatrième et dernière étape du cadre d'action appelle une plus grande attention programmatique :

- l'engagement des femmes dans la prise de décision en tant qu'agents du changement et la garantie de cet engagement à chaque niveau du Modèle socio-écologique ; et
- la garantie que les femmes disposent de connaissances et d'informations sur les services disponibles et sur leur droit d'exiger ces services.

En mobilisant les femmes comme agents du changement et en les sensibilisant davantage à leurs droits liés à la SSRMNEA, ainsi qu'en renforçant leur capacité à connaître et à défendre ces droits, elles seront plus susceptibles de les faire valoir et de les faire respecter. **L'Encadré 6** décrit dans quelle mesure les femmes autonomes sollicitent des services de SSRMNEA qui répondent à leurs besoins par le biais de la campagne *What Women Want* (Ce que veulent les femmes).

Atteindre cet objectif nécessite d'identifier les opportunités et les actions dans le cadre des programmes visant à donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de faire des choix éclairés, de recourir aux services et d'exercer pleinement leurs droits. Ces mesures et interventions peuvent avoir lieu à un ou plusieurs niveaux du modèle socio-écologique, au sein de programmes qui touchent directement (par exemple, les services de soins prénatals, d'accouchement et postnatals) ou indirectement (par exemple, les initiatives pour l'eau potable) la santé des femmes, des enfants et des adolescents. Par ailleurs, il importe de mobiliser des femmes leaders et défenseuses de l'égalité des sexes pour encourager leur participation et exiger le respect de leurs droits. Le **Tableau 3** énumère des exemples de mesures visant à renforcer l'autonomisation des femmes aux différents niveaux du modèle socio-écologique.

Les femmes peuvent être de puissants agents du changement lorsqu'elles occupent des postes de direction dans les programmes de SSRMNEA et les autres programmes qui concernent directement leur propre vie. Non seulement le leadership exercé par les femmes revêt une importance cruciale du point de vue des droits, mais il influe également sur les résultats en matière de santé. Par exemple, des études menées en Inde ont démontré que les femmes responsables politiques étaient plus susceptibles d'investir dans l'infrastructure de santé publique et qu'une plus grande proportion de femmes au Parlement était associée à une plus forte sollicitation des services prénatals, à un accroissement de l'allaitement au sein précoce, à un nombre moins élevé de naissances à domicile et à plus d'enfants vaccinés.⁶⁷ Aux États-Unis, les femmes législatrices soutiennent plus volontiers que les

hommes les projets de loi relatifs à l'éducation, aux soins de santé et à l'enfance.⁶⁸

Cependant, un nombre moins élevé de femmes accèdent à des postes de direction dans le domaine de la santé, même si elles constituent la majorité écrasante des soignantes à domicile et des professionnels de santé de première ligne. Les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé perçoivent un salaire inférieur, sont moins susceptibles d'être promues et font souvent l'objet de discrimination. Une analyse portant sur 32 pays a révélé qu'en 2010, les femmes ont contribué à hauteur de 3 000 milliards de dollars aux soins de santé au niveau mondial, mais que près de la moitié de cette somme ne leur a pas été versée.⁶⁹ En dépit du nombre de femmes dans le personnel de santé, elles demeurent peu représentées dans les rôles de leadership.⁷⁰

ENCADRÉ 6

Mieux entendre les souhaits des femmes

En sachant que les soins de santé sont plus efficaces quand les personnes visées ont des informations à leur sujet, la White Ribbon Alliance et ses partenaires ont lancé la campagne *What Women Want* en avril 2018 pour écouter directement les femmes et les filles du monde entier et savoir comment elles définissent les soins de santé maternelle et reproductive de qualité ainsi que leurs besoins prioritaires. Cette campagne vise à étendre le mouvement en faveur de soins de santé de qualité destinés aux femmes et aux filles, en aidant les gouvernements, les professionnels de santé et les organisations de la société civile à comprendre ce qui est le plus important pour les femmes et les filles.

L'objectif souhaité consistait à atteindre 1 million de femmes et de filles, et un an plus tard, elles étaient 1 187 738 à avoir répondu dans 114 pays. Tandis que les réponses sont toujours en cours d'analyse, les premières conclusions indiquent que

les femmes veulent être traitées avec dignité et respect par les professionnels de santé et qu'elles veulent des installations propres et le respect de la confidentialité. Les femmes et les filles souhaitent également bénéficier d'informations et de services complets, fournis sans jugement, quel que soit leur statut économique, leur religion ou leur âge. Un thème commun revient sans cesse dans tous les pays et continents : les femmes veulent simplement être entendues.

Une fois les résultats finaux rapportés, des dialogues au niveau national seront engagés avec des parties prenantes de plusieurs secteurs afin d'explorer les réponses des femmes et filles dans leurs propres pays et de prendre des mesures en leur faveur qui répondent directement à leurs demandes.

Sources : « *What Women Want: Demands for Quality Healthcare for Women and Girls.* » Disponible ici : <https://www.whatwomenwant.org/>. Conclusions préliminaires fournies par la campagne *What Women Want*.

TABEAU 3

Stratégies d'autonomisation des femmes à chaque niveau du modèle socio-écologique

Niveau du modèle socio-écologique	Influence de l'autonomisation des femmes sur la SSRMNEA	Stratégies d'autonomisation des femmes
INDIVIDUEL	Les femmes et les filles ont la possibilité d'élargir leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive et d'obtenir les droits et de satisfaire les besoins de base.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter l'accès des femmes et des filles aux informations et compétences de SSRMNEA. • Augmenter la sensibilisation des femmes et des filles aux questions liées à l'égalité des sexes. • S'assurer que les femmes et les filles ont une identité légale et augmenter leur connaissance des lois.
INTERPERSONNEL	Les femmes et les filles ont des relations égales et sociales positives avec les hommes et les garçons de leurs familles, ainsi qu'avec leurs pairs et au sein de leurs réseaux sociaux, ce qui leur permet de protéger leur propre santé et celle de leur famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Changer les normes liées au genre pour soutenir la prise de décision et la liberté de mouvement des femmes, etc. • Augmenter l'accès et le contrôle équitables sur le foyer et les ressources publiques.
ORGANISATIONNEL/ COMMUNAUTÉ	Les femmes et les filles sont habilitées à s'impliquer dans les structures communautaires et organisationnelles pour défendre leurs propres besoins en matière de santé sexuelle et reproductive et ceux de leur famille.	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir une formation aux fonctions d'encadrement aux femmes et aux filles. • Augmenter la participation des femmes et des filles à la société civile. • Augmenter l'accès des femmes et des filles à l'éducation et aux opportunités économiques.
POLITIQUE/ ENVIRONNEMENT FAVORABLE	Les femmes et les filles sont habilitées à défendre les structures légales et politiques qui soutiennent leurs choix en matière de santé sexuelle et reproductive.	<ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la participation des femmes et des filles aux structures légales et politiques. • Augmenter la participation des femmes et des filles à la budgétisation tenant compte des questions de genre. • Défendre les lois et politiques qui soutiennent les droits des femmes.

En 2015, seulement 27 % des ministres de la santé étaient des femmes.⁷¹ Seul un quart des délégations des États à la 68^e Assemblée mondiale de la santé en 2015 incluait une déléguée en chef femme.⁷²

Un changement positif exige une transformation à tous les niveaux du Modèle socio-écologique. Les croyances et les attitudes individuelles concernant le leadership des femmes doivent évoluer. Un appui doit être fourni en facilitant l'accès à la formation et aux postes de direction, en élaborant des politiques en matière de ressources humaines qui soutiennent les femmes dans tous leurs rôles et tout au long de leur vie, en adoptant des politiques qui tiennent compte des questions de genre, en mettant en œuvre des politiques relatives au marché du travail, en

reconnaissant la participation bénévole des femmes aux services médicaux et aux soins, et en éradiquant la discrimination au niveau des salaires.⁷³

La collaboration des partenaires masculins, des foyers, des communautés et des sociétés, y compris les parents/tuteurs et les membres de la famille, les dirigeants communautaires, les professionnels de santé, les médias et les responsables politiques, est indispensable pour que cette demande croissante soit prise en compte. Cela exige une collaboration à plusieurs niveaux et multisectorielle pour renforcer la sollicitation des services en matière de SSRMNEA dans le but de prendre en compte les inégalités entre les sexes et d'accroître la capacité des femmes et des filles à faire appel à ces services. Les hommes et les

garçons sont des alliés importants dans la lutte pour l'amélioration de la SSRMNEA des femmes.

Ils sont bien souvent insuffisamment pris en compte ou totalement absents des interventions SSRMNEA ; ils sont pourtant essentiels pour faire évoluer les normes liées au genre vers l'égalité des sexes, et pour faire progresser la demande en biens et services de SSRMNEA ainsi que leur utilisation. Certaines données probantes montrent que les hommes bien informés sur leur santé sexuelle et reproductive sont plus susceptibles de faire de meilleurs choix de santé pour eux-mêmes, leurs partenaires et leur famille que les hommes qui n'ont pas ces connaissances.⁷⁴ Des études ont révélé que la participation des hommes à la SSRMNEA améliore les résultats en matière de santé de la mère et de l'enfant, notamment le raccourcissement du temps de travail pour les femmes et la réduction du nombre de bébés de faible poids à la naissance dans les familles à faible revenu. **L'Encadré 7** reprend les principes d'engagement des

hommes dans les programmes de SSRMNEA définis par le FNUAP et EngenderHealth.

Au-delà des interventions sanitaires spécifiques, les hommes et les garçons contribuent à faire évoluer les normes liées au genre vers l'égalité des sexes. L'engagement des hommes en tant qu'agents du changement dans les programmes de SSRMNEA passe par la promotion d'une paternité soucieuse de l'équité entre les sexes, le plaidoyer contre les lois et politiques discriminatoires et le changement des attitudes et comportements qui sont une cause et une conséquence des inégalités entre les sexes, de la violence basée sur le genre et des disparités pour les femmes.⁷⁵ Par exemple, le mouvement de solidarité HeForShe,⁷⁶ lancé par ONU Femmes en 2014, offre une approche systématique et une plateforme ciblée où un public mondial peut s'engager et se faire le promoteur du changement pour atteindre l'égalité des sexes. Le mouvement vise à inciter tous les genres à agir contre les stéréotypes et les comportements négatifs.

ENCADRÉ 7

Principes visant à impliquer les hommes

Les principes suivants visent à servir d'exemples concernant l'implication des hommes dans la SSRMNEA. Un ensemble de principes similaire peut être élaboré pour orienter le travail des organisations et des individus sur l'implication des hommes pour garantir une approche de la SSRMNEA basée sur les droits et sensible aux questions de genre :

- Voir les hommes comme des clients des services de santé sexuelle et reproductive avec le droit au plus haut niveau possible de santé, en plus de leur rôle dans le soutien de la santé de leur conjoint(e) ou famille ;
- Considérer les hommes comme une partie de la solution et s'efforcer d'augmenter leur sentiment de responsabilité concernant les

nouvelles initiatives favorisant l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes ;

- Remettre en question les normes rigides liées au genre et promouvoir un comportement plus équitable parmi le personnel et les clients ;
- S'assurer que les efforts de financement visant à impliquer les hommes n'affectent pas le travail en cours et prévu avec les femmes et les filles ;
- S'assurer que les femmes ont le choix d'inclure ou non leur conjoint concernant les conseils, la prestation des services et le traitement liés à la santé sexuelle et reproductive. Le personnel doit être formé pour conseiller les couples et reconnaître tout comportement violent ou de contrôle éventuel du conjoint ;

ENCADRÉ 7 (SUITE)

Principes visant à impliquer les hommes

- la violence sexiste, y compris la violence physique et le harcèlement sexuel, ne doivent jamais être tolérés. Elle doit être reconnue dans le programme (du moins par le biais de mécanismes d'orientation) ;
- S'assurer que les droits de chacun en matière de santé sexuelle et reproductive sont respectés, indépendamment de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre ;
- S'assurer que les valeurs et expériences de la communauté basées sur les droits sont respectées ;
- Impliquer les hommes d'un point de vue positif, en comprenant qu'ils peuvent jouer un rôle positif dans la santé de leur partenaire et dans leur propre SSR ;
- Encourager les relations entre hommes et femmes basées sur la confiance mutuelle, le respect, la responsabilité des décisions et de leurs résultats, les avantages mutuels et les opportunités égales ; et
- S'assurer que des changements positifs pouvant découler de l'implication des hommes s'appliquent aux femmes.

Sources : Fonds des Nations Unies pour la population et Engender Health (2017). Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Family Planning: Why Using a Gender Lens Matters. New York : FNUAP ; Organisation mondiale de la santé (2015). WHO Recommendations on Health Promotion Interventions for Maternal and Newborn Health. Genève : OMS.

4.3 Le cadre d'action dans la pratique : Études de cas programmatiques

Les études de cas suivantes présentent le recours à une optique tenant compte de la problématique du genre dans les programmes de SSRMNEA pour renforcer

l'égalité des sexes. Les exemples diffèrent selon leur géographie, leur portée et la façon dont ils utilisent une approche sensible au genre, mais tous illustrent bien comment une intervention peut contribuer à améliorer l'égalité des sexes et la santé, et promouvoir le respect des droits des femmes, des enfants et des adolescents.

Étude de cas 1 : SASA! Une approche de la mobilisation communautaire promouvant l'égalité des sexes pour prévenir la violence à l'égard des femmes et le VIH

LE SUJET

Les estimations mondiales et régionales publiées par l'OMS montrent qu'une femme sur trois dans le monde

a subi des violences physiques ou sexuelles au cours de sa vie. La violence basée sur le genre constitue l'une des manifestations les plus extrêmes et les plus néfastes de l'inégalité des sexes. Cette violence entrave l'accès à l'information, aux produits et aux services de SRMNEA,

limite la capacité des femmes et des adolescents à jouir de leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs et aboutit de ce fait à de mauvais résultats de SRMNEA. Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par la violence basée sur le genre, mais les jeunes hommes et les jeunes garçons le sont tout autant et leurs taux de signalement sont inférieurs. La violence, en plus d'être une violation des droits de l'homme, entraîne également de mauvais résultats dans le domaine de la santé maternelle, des taux plus faibles dans l'utilisation de la contraception moderne et une autonomie réduite dans la prise de décision en matière de sexualité et de procréation. Il faut ajouter à cela des résultats négatifs chez les enfants dont l'un des parents a été victime de violence basée sur le genre. Les résultats obtenus dans le cadre de la recherche et des programmes prouvent qu'il est possible de prévenir la violence basée sur le genre par des interventions qui ciblent le principal moteur de la violence, à savoir l'inégalité des relations de pouvoir entre les sexes. En Ouganda, les données de 2011 de la capitale et de la plus grande ville, Kampala, ont montré que 45 % des femmes de 15 à 49 ans déjà mariées ont déclaré avoir été victimes de violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie par leur partenaire actuel ou le plus récent, et 9,5 % déclarent vivre avec le VIH.⁷⁷

Le programme d'intervention SASA! signifie « Maintenant ! » en kiswahili. Cette approche globale combine des outils et un processus systématique de mobilisation communautaire pour prévenir la violence contre les femmes et le VIH. SASA! a été développé par Raising Voices (une organisation non gouvernementale en Ouganda) et a d'abord été mis en œuvre à Kampala par le Center for Domestic Violence Prevention, une organisation de la société civile locale. Le programme initial SASA! a été mis en œuvre en Ouganda de 2007 à 2012.

OBJECTIF

Faire évoluer les attitudes, les normes et les comportements de la communauté qui conduisent à l'inégalité des sexes, à la violence et à une vulnérabilité accrue des femmes au VIH.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel, politique

APPROCHE

SASA! s'efforce de mobiliser les communautés en les incitant à changer les attitudes, les normes et les comportements qui conduisent à l'inégalité des sexes, à la violence et à une vulnérabilité accrue des femmes au VIH. Cette intervention vise essentiellement à promouvoir une analyse critique et des discussions sur le pouvoir et l'inégalité dans ce domaine. En Ouganda, la formation de la communauté a été assurée en utilisant l'outil *SASA! An Activist Kit for Preventing Violence against Women and HIV*. Le personnel du Center for Domestic Violence Prevention (Centre pour la prévention de la violence conjugale) a formé 400 militants à Kampala pour mettre en œuvre l'initiative SASA! Des enquêtes ont été menées auprès de 1 583 membres de la communauté âgés de 18 à 49 ans au début du programme ; quatre ans plus tard, ce sont 2 532 enquêtes qui ont été menées au terme de ce programme.⁷⁸ Les changements ont été évalués au regard de la violence et des résultats liés au VIH. Les communautés se sont familiarisées avec les mesures à prendre face aux expériences de violence vécues par les femmes et avec la façon de responsabiliser les hommes à l'égard de leurs actes. La communication avec les partenaires s'est améliorée et les communautés sont devenues moins tolérantes envers la violence et l'inégalité des sexes au sein de la société. Le programme s'est délibérément efforcé de mettre l'accent sur la dynamique du rapport de force, dans la mesure où chacun se sent puissant et désemparé dans certaines circonstances. De cette manière, les participants ont pu mettre à profit leurs propres expériences des deux côtés de la dynamique du rapport de force, les hommes pouvant se sentir exclus lorsque la discussion portait uniquement sur l'inégalité des sexes.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Les militants communautaires reçoivent une formation sur les questions de violence, de rapports de force et de

droits, de même que le personnel de divers secteurs, dont la police et les services de santé. SASA! travaille à tous les niveaux sur les politiques nationales et les médias, avec la police et les professionnels de la santé, dans le cadre des relations entre amis, parents et voisins, et avec les hommes, les femmes et les jeunes en individuel. Le programme SASA! sensibilise le public à la violence en tant que problème et stimule le débat public, la discussion et la réflexion personnelle. Dans le cadre d'une réponse multisectorielle, SASA! a également permis de réduire la violence physique exercée par le personnel scolaire contre les élèves du primaire en Ouganda en recourant à l'outil *Good School Toolkit SASA!*.⁷⁹

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

Une réponse multisectorielle peut faire reculer la violence, avec des résultats significatifs à la fois en termes de réduction de la violence et de résultats liés au VIH. Un essai comparatif randomisé en groupes de deux, mené dans huit communautés de Kampala (quatre interventions, quatre témoins) a permis de constater que SASA! était significativement associé à : une acceptation sociale moindre de la VC chez les femmes et les hommes ; une meilleure acceptation par les hommes et les femmes du refus sexuel ; une baisse de 52 % du nombre de femmes ayant été victimes de VC au cours des douze mois précédents et le recul des cas de VC sexuelle envers les femmes durant la dernière année.⁸⁰ Il est apparu que les femmes victimes

de violence dans les communautés d'intervention étaient les plus susceptibles de recevoir des mesures de soutien de la part de la communauté. La simultanéité des partenaires sexuels signalée au cours des 12 derniers mois (relations sexuelles qui se chevauchent) par les hommes était également significativement plus faible dans le groupe d'intervention que dans les communautés témoins. La réduction de la simultanéité des partenaires sexuels chez les hommes, conjuguée à l'augmentation de la capacité des femmes à refuser des rapports sexuels, est essentielle pour prévenir l'acquisition et la transmission du VIH.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

En plus de l'Ouganda, SASA! est actuellement mis en œuvre par 60 organisations dans 20 pays, notamment : le Botswana, le Burundi, l'Éthiopie, le Kenya, le Malawi, le Rwanda, le Sud-Soudan, la Tanzanie, la Zambie, l'Irak, le Pakistan, la Mongolie, Haïti, le Honduras et l'Uruguay. Il existe divers types d'adaptations : traduction, adaptation culturelle, adaptation à des questions particulières (par exemple, MGF), adaptation à des groupes particuliers (par exemple, communautés confessionnelles) et intégration d'activités plutôt que mise en œuvre à grande échelle.⁸¹ Des efforts supplémentaires restent toutefois nécessaires pour généraliser l'application à plus grande échelle. Une approche de santé publique en matière de prévention de la violence à l'égard des femmes est importante et SASA! sert d'exemple pour y parvenir efficacement.

Étude de cas 2 : Un examen des études d'évaluation : Aborder la question du genre et du rapport de force dans l'éducation sexuelle complète et l'éducation au VIH

LE SUJET

Les jeunes sont exposés à un risque élevé de grossesses non désirées, d'IST et de VIH, sans compter qu'il existe d'autres disparités pour les jeunes femmes. À l'échelle mondiale, la grossesse et l'accouchement représentent la deuxième

cause de décès chez les filles âgées de 15 à 19 ans.⁸² Les grossesses d'adolescentes entraînent des taux plus élevés de mortalité et de morbidité maternelles et des résultats globalement médiocres en ce qui concerne la SRMNEA. En 2017, on estimait à 2,4 millions le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes vivant avec le VIH, soit 60 % de l'ensemble

des jeunes séropositifs.⁸³ Les données de 2014 indiquent que seulement 20 % des adolescentes et 29 % des adolescents connaissent de manière approfondie la question du VIH.⁸⁴ Les jeunes femmes affrontent des risques multiples qui résultent du déséquilibre des rapports de force entre les normes défavorables aux femmes, notamment l'initiation sexuelle précoce, les rapports sexuels forcés et le mariage précoce.

Les programmes d'éducation sexuelle complets (ESC) offrent un moyen efficace d'atteindre un grand nombre de jeunes. L'ESC, telle que définie par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), consiste à évaluer les besoins et les comportements des jeunes en matière de santé génésique en fonction d'objectifs de santé spécifiques, les risques et les facteurs de protection affectant les comportements liés à la santé, et les activités qui changent ces risques et facteurs de protection. L'ESC implique la conception d'activités respectueuses des valeurs de la communauté (en fonction des ressources disponibles), la conduite de programmes pilotes, l'obtention d'informations en continu, la définition d'objectifs clairs et la prise en compte des situations pouvant mener aux rapports non sollicités ou non protégés. L'ESC porte essentiellement sur les connaissances, les valeurs, les normes, les attitudes et les compétences en recourant à des méthodes d'enseignement participatif, en communiquant des informations scientifiques exactes sur les risques des rapports sexuels non protégés et sur l'efficacité des méthodes de protection, sur les perceptions du risque, sur les valeurs et normes personnelles et sur celles des pairs, les compétences et la capacité à les utiliser. Malgré les appréhensions de certains dirigeants communautaires et parents qui craignent que l'éducation sexuelle n'encourage les jeunes à avoir des rapports sexuels, les faits montrent que l'éducation sexuelle peut retarder les premiers rapports sexuels et peut accroître l'utilisation du préservatif ou de la contraception par les adolescents sexuellement actifs. Les données probantes sur l'éducation sexuelle suggèrent que l'ESC prodiguée aux jeunes avant qu'ils ne débutent leur vie sexuelle peut avoir des effets positifs sur leur capacité à se livrer à une activité sexuelle sûre et consensuelle.

OBJECTIF

Évaluer si les programmes d'ESC sensibles à l'égalité des sexes et aux relations de pouvoir sont plus efficaces que les programmes qui ne le sont pas pour améliorer les résultats en matière de SSR chez les adolescents.

NIVEAU D'ÉVALUATION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, organisationnel/communauté, environnement favorable

APPROCHE

Diverses bases de données électroniques ont été utilisées pour rechercher des études qui portaient à la fois sur des interventions visant à modifier les comportements pour prévenir les grossesses non désirées, les IST ou le VIH : elles étaient axées sur les groupes et les programmes scolaires pour les adolescents de 19 ans ou moins, ont été publiées entre 1990 et 2012, avaient été conçues avec rigueur et évaluaient l'effet des interventions sur la santé (notamment, les infections sexuellement transmissibles, les grossesses et la procréation). L'évaluation a porté surtout les modes d'éducation sexuelle fondés sur les programmes d'études, dispensés dans les écoles, les cliniques, les milieux communautaires, les environnements multiples et une base de formation pour les recrues marines. Sur les 22 études sélectionnées,⁸⁵ sept couvraient des femmes et les 15 autres incluaient des femmes et des hommes. Pour ce qui est de la localisation, 14 se trouvaient aux États-Unis, six dans des pays à revenu faible ou moyen et deux dans des pays à revenu élevé autres que les États-Unis. La taille des échantillons variait de 148 participants à plus de 9 000.

RÉSULTATS

L'examen des études sélectionnées sur l'ESC a révélé que l'inclusion du genre et des relations de pouvoir avait un effet significatif sur les résultats du programme. Sur les 22 programmes examinés, 10 portaient sur les questions de genre et de relations de pouvoir, et 12 ne traitaient pas de ces questions. Parmi les 10 programmes ayant

abordé la question du genre et des relations de pouvoir, huit (80 %) ont abouti à une diminution significative de l'un des résultats sanitaires liés aux grossesses, à la procréation ou à la transmission du VIH ou des maladies sexuellement transmissibles chez les adolescents. En revanche, parmi les 12 programmes d'ESC qui n'ont pas abordé la question du genre et des relations de pouvoir, seuls deux (17 %) ont permis de réduire sensiblement les taux de grossesse ou d'IST. Sur les 22 études, 15 portaient sur des essais contrôlés randomisés (la preuve la plus solide possible) et sept sur des études de cohortes longitudinales avec témoins (preuves solides également) ; huit sur les neuf (89 %) essais contrôlés randomisés qui portaient sur le genre et les relations de pouvoir se sont avérés efficaces.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Les résultats de cette évaluation s'alignent sur les preuves existantes qui établissent un lien entre le genre, les relations de pouvoir et la violence basée sur le genre, et les résultats en matière de VIH et de SSR. Il est nécessaire de tenir compte des facteurs contextuels et des normes pour aborder la question du comportement sexuel et de la santé sexuelle des adolescents. La mise en œuvre d'un programme d'ESC qui prend en compte la dynamique de relations de pouvoir entre les hommes et les femmes permet aux jeunes adultes de comprendre les causes profondes de l'inégalité des sexes et de la faiblesse des résultats en SSR. Le recours à une approche fondée sur le genre implique la compréhension des normes et des attitudes relatives aux questions de genre, de la capacité d'action, de la relation de pouvoir dans les relations interpersonnelles, de la pensée critique, de la VC, du plaidoyer, de la participation civile, des environnements scolaires, de la sécurité et de bien d'autres aspects. L'ESC, enraciné dans un cadre relatif aux questions de genre, intègre un enseignement sans jugement sur la SSR aux adolescents et a pour résultat des jeunes adultes autonomes qui ont des relations égalitaires, respectueuses et non violentes, et une solide compréhension et capacité à accéder à leur SDSR. Le recours à des approches participatives et interactives peut amener les jeunes à

incarner pleinement et à appliquer des comportements égaux dans leur propre vie et leurs relations. Le recours à l'ESC comme mécanisme d'autonomisation peut amener les jeunes à adopter des comportements et des attitudes sains dans leur vie sexuelle et procréatrice, et ce jusqu'à leur vie adulte.

CONSÉQUENCES À LONG TERME

Cet examen a permis d'identifier quatre qualités fondamentales d'un programme d'ESC sur les questions de genre et de relation de pouvoir qui peuvent conduire à des résultats positifs en matière de SSR ainsi qu'à une meilleure compréhension des inégalités de genre qui affectent la SSR. Les études sur l'ESC sensibles au genre ont permis de dégager les caractéristiques communes suivantes, qui ont abouti à des résultats positifs :

- **Prise en compte de la dimension de genre ou de rapports de force dans les relations** : Il s'agit notamment de fournir aux enseignants un contenu leur permettant d'explorer les stéréotypes sexistes et les inégalités des rapports de force dans les relations, ce qui inclut aussi la lutte contre le harcèlement sexuel subtil et non subtil.
- **Pensée critique sur la façon dont les normes ou les relations de pouvoir entre les sexes se manifestent et fonctionnent** : Cette démarche est spécifique au contexte, mais peut impliquer l'analyse de la condition des femmes dans les médias, des pratiques néfastes telles que le mariage précoce, des déséquilibres dans les relations de pouvoir dus aux différences économiques ou à l'âge, ou les différences entre les sexes dans leur expression sexuelle du fait des stéréotypes sexistes.
- **Favoriser la réflexion personnelle** : En réfléchissant à la façon dont le genre et les relations de pouvoir sont liés à leur vie, à leurs relations sexuelles et à leur santé, les participants peuvent se forger une meilleure idée des obstacles systématiques et structurels à leur santé et à leur bien-être. Il s'agit notamment de débattre sur les relations, la coercition sexuelle, la violence conjugale (VC), les normes liées au genre et sur bien d'autres sujets.

- **Se valoriser et reconnaître son propre pouvoir** : Reconnaître le pouvoir de changer sa propre personne, ses relations ou sa communauté est un thème récurrent dans les études concluantes. De nombreux programmes ont mis l'accent

sur le pouvoir, la capacité d'action et le respect de soi des jeunes femmes. Les intersectionnalités, notamment la fierté ethnique et les origines, ont également été incluses.

Étude de cas 3 : Projet Rôles, égalité et promotion de l'égalité des sexes [Gender Roles, Equality, and Transformations] (GREAT) : Promouvoir des attitudes et des comportements soucieux de l'équité entre les sexes chez les adolescents en Ouganda

LE SUJET

Les adolescents représentent un tiers de la population mondiale des jeunes. La tranche d'âge des 10-19 ans⁸⁶ correspond à une période de la vie où le changement des normes liées au genre est facilement réalisable. Les préceptes communautaires concernant la place idéale des femmes et des hommes influent sur le bien-être des filles et des garçons lorsqu'ils deviennent adultes. Ces croyances peuvent pousser les adolescents à ne plus aller à l'école, à se marier et à avoir des enfants tôt, à ne pas saisir les opportunités de gagner un bon salaire et à prendre des décisions qui nuisent à leur santé et au bien-être de leur famille. Nombre d'entre eux éprouvent des besoins non satisfaits en matière de SSR, d'éducation et de formation professionnelle, et sont fortement exposés aux cycles de la pauvreté et de la violence, qui se traduisent par de mauvaises conditions sanitaires et sociales. Les données probantes suggèrent que les normes liées au genre influencent directement les comportements liés à la santé, en particulier pendant la période de transition clé de l'adolescence, alors que les normes et les identités de genre commencent à s'unir. L'adolescence représente une occasion de poser les bases d'une SSR positive en renforçant les réseaux sociaux. Les conditions dans le contexte post-conflit du nord de l'Ouganda – augmentation des violences basées sur le genre, bouleversement des services sociaux

et humains, érosion des traditions culturelles et insécurité économique et physique accrue – peuvent contribuer à adopter et à renforcer des normes inéquitables entre hommes et femmes, des comportements malsains et une sexualisation des jeunes vulnérables qui ne bénéficient ni de modèles positifs, ni de compétences appropriées en résolution des conflits, ni de soutien psychologique.

L'intervention du programme, connue sous le nom de projet GREAT, est financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et réalisée par l'Institute for Reproductive Health de Georgetown University en partenariat avec Pathfinder International, Save the Children, Concerned Parents Association et la Straight Talk Foundation. Le projet s'est déroulé de 2010 à 2017. Il a permis aux individus, aux écoles et aux communautés de bénéficier d'une approche multimédia interactive pour faire progresser l'égalité des sexes chez les adolescents.

OBJECTIF

Promouvoir des attitudes et des comportements soucieux de l'équité entre les sexes chez les adolescents (âgés de 10 à 19 ans) et leurs communautés dans le but de réduire les violences basées sur le genre et d'améliorer les résultats en matière de SSR dans les communautés post-conflit du nord du pays.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel

APPROCHE

Le programme d'intervention GREAT encourage la réflexion, le dialogue et l'action en faveur de normes soucieuses de l'équité entre les sexes, de la SSR et de la lutte contre les violences basées sur le genre. Il prévoit plusieurs éléments dans sa mise en œuvre : un feuilleton radiophonique pour catalyser la discussion et la réflexion sur l'égalité des sexes, la SSR et les violences basées sur le genre ; une boîte à outils avec des documents interactifs et des jeux de participation communautaire pour les adolescents ; un cycle d'action communautaire pour encourager les dirigeants communautaires à renforcer leur potentiel et promouvoir le changement ; une formation des équipes de santé des villages pour améliorer la qualité des services de SSR adaptés aux jeunes ; et la mise en place du programme dans les écoles par l'intermédiaire des clubs scolaires. Le projet reconnaît par ailleurs les personnes qui font preuve d'un engagement envers des comportements soucieux de l'équité entre les sexes dans la communauté.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

L'intervention a impliqué diverses collaborations entre différents secteurs, y compris les communautés, les cliniques de santé, les médias et les écoles. Les dirigeants communautaires et les mobilisateurs se sont engagés dans une action et un dialogue collectifs destinés à stimuler le changement et à améliorer les normes sociales et les attitudes liées au genre, à la santé reproductive et à la violence. Les équipes de santé des villages ont été formées pour pouvoir prendre en charge les besoins des adolescents, réduire la stigmatisation qui entoure la prestation des services de SSR et dispenser aux membres des communautés des services plus soucieux des questions de genre. Un accompagnement a également été proposé au personnel des établissements de soins de santé pour leur permettre de dispenser des soins sans stigmatisation. Une série radiophonique locale a été diffusée dans toutes les zones de mise en œuvre pour discuter des décisions

concernant les relations, la sexualité, la violence, l'alcool, le partage des ressources et des responsabilités, et le rôle parental. Des guides de discussion radiophoniques ont été diffusés auprès de petits groupes d'adolescents pour qu'ils puissent faire le lien entre la pièce radiophonique et leur propre vie. D'autres activités et jeux ont également été organisés à l'intention des adolescents dans les communautés et les écoles pour les familiariser avec la puberté, la santé sexuelle et les normes liées au genre, et leur inculquer des conduites respectueuses de l'égalité des sexes.

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

Le recours à des pratiques promouvant l'égalité des sexes pour enseigner aux jeunes adolescents leur SDSR peut les conduire à l'âge adulte à adopter des comportements sains et à avoir une vie sans violence et grossesse non désirée, qui soit respectueuse de l'égalité des sexes. Cette approche stimule également une participation communautaire positive des membres à toutes les étapes de leur vie. L'enquête en ligne menée à la fin du projet a fait ressortir des améliorations chez les adolescents qui ont bénéficié de l'intervention : 48 % des adolescents plus âgés (14-19 ans) qui ont participé au projet GREAT croyaient que les hommes et les femmes étaient égaux, contre 37 % dans le groupe non exposé ; 10 % des nouveaux époux et parents ont eu recours à la planification familiale grâce à cette intervention ; et 9 % de moins parmi les adolescents les plus âgés et 4 % de moins parmi les nouveaux parents ou nouveaux époux estimaient que les femmes devaient tolérer la violence afin de préserver leur union familiale.⁸⁷ Le projet GREAT a contribué à une amélioration notable des attitudes et des comportements des personnes impliquées dans le projet, en particulier en ce qui concerne les normes liées au genre, la planification familiale et les violences basées sur le genre.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Dans la mesure où le projet a été conçu en gardant à l'esprit sa portée, le modèle souligne la nécessité d'établir des liens multisectoriels pour catalyser des mouvements généralisés et durables afin de faire reculer les normes liées au genre

qui sont nuisibles et soutenir des résultats positifs liés à la santé aux niveaux individuel et communautaire. En 2015, le projet GREAT a été étendu à deux nouveaux districts dans le nord de l'Ouganda et dans les districts d'intervention actuels, avec des formations supplémentaires de formateurs en santé dans les villages. Les partenaires Pathfinder International et Save the Children ont déployé le modèle GREAT dans le monde entier, en particulier

en Afrique occidentale francophone et au Mozambique. L'Institute for Reproductive Health a adapté le programme d'études au Rwanda. Une grande boîte à outils évolutive du projet GREAT et un plan de mise en œuvre du cycle d'action communautaire sont également mis à la disposition du public du monde entier sur le site Web de l'Institute for Reproductive Health.

Étude de cas 4 : Le Parlement du Malawi adopte un amendement constitutionnel pour mettre fin au mariage des enfants

LE SUJET

Le mariage des enfants est une pratique néfaste qui touche de manière disproportionnée les filles et qui trouve son origine dans la perpétuation des inégalités entre les sexes. On dénombre aujourd'hui dans le monde plus de 650 millions de femmes mariées alors qu'elles étaient enfants ; plus d'une femme sur trois s'est mariée avant l'âge de 15 ans.⁸⁸ Les filles mariées avant l'âge de 18 ans sont moins enclines à poursuivre leurs études, plus susceptibles d'être victimes de violence, moins aptes à faire usage de contraceptifs et plus exposées aux complications pendant leur grossesse et leur accouchement. Le mariage précoce est souvent enraciné dans des pratiques discriminatoires, notamment la dot, la survie économique stratégique des familles, l'encouragement des grossesses prématurées et des investissements disproportionnés dans l'éducation et l'avenir des garçons. Les femmes du quintile le plus pauvre courent 2,5 fois plus de risques de se marier pendant l'enfance que celles du quintile le plus riche.⁸⁹

Le Malawi affiche l'un des taux de mariages d'enfants les plus élevés du monde, avec une fille sur deux mariée avant l'âge de 18 ans. Les grossesses chez les adolescentes représentent alors jusqu'à 30 % des décès maternels dans le pays. Le mariage des enfants au Malawi entraîne de piètres résultats en ce qui concerne le niveau d'instruction

des filles, avec moins de la moitié des filles au Malawi (45 %) qui sont encore scolarisées après la 8^e année.⁹⁰ Au Malawi, près des deux tiers des femmes n'ayant pas reçu d'éducation formelle sont des jeunes mariées, contre 5 % des femmes diplômées de l'enseignement secondaire ou supérieur.⁹¹

OBJECTIF

Sensibiliser l'opinion aux effets néfastes du mariage des enfants et faire pression en faveur d'un changement législatif visant à les interdire au Malawi.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Communauté, politique

APPROCHE

Par ses interventions de plaidoyer cohérentes, ONU Femmes Malawi a joué un rôle crucial en faisant pression pour relever l'âge légal du mariage et en travaillant avec les chefs traditionnels pour que ces derniers comprennent les effets néfastes du mariage précoce et abolissent le mariage traditionnel en vigueur. Les mariages civils peuvent être résiliés en vertu du droit civil, mais les mariages coutumiers sont réglementés par

les pratiques culturelles et les chefs traditionnels. ONU Femmes a travaillé avec ses partenaires pour sensibiliser le public sur la question du mariage des enfants et plaider en faveur de changements législatifs. En avril 2015, la cheffe principale Inkosi Theresa Kachindamoto a soutenu cette initiative et a annulé 330 mariages coutumiers dans la région centrale du Malawi pour encourager les jeunes garçons et filles à poursuivre leurs études et à avoir une enfance saine. Bien qu'elle ait été confrontée à la résistance des dirigeants communautaires, en particulier en ce qui concerne les unions avec dot, l'organisation a continué à faire campagne dans les communautés, avec les membres du Comité de développement dans les villages, les dirigeants religieux et les ONG pour soutenir l'abolition et l'annulation du mariage des enfants. En parallèle, le Parlement du Malawi a adopté et promulgué la Loi sur le mariage, le divorce et les relations familiales (Marriage, Divorce and Family Relations Act) portant à 18 ans l'âge minimum du mariage sans consentement parental.⁹² La cheffe Kachindamoto a également suspendu les chefs de village qui consentent aux mariages d'enfants, bien que la loi de 2015 permette à tous les chefs de réglementer la suspension en vertu de cette loi. ONU Femmes et ses partenaires ont apporté leur soutien aux chefs traditionnels et au ministère de l'Égalité des sexes, de l'Enfance et de la Protection sociale pour que la loi de 2015 soit comprise et appliquée, et que l'égalité des sexes devienne une réalité pour les adolescentes et filles.

En février 2017, le Parlement a finalement adopté une décision historique interdisant le mariage des enfants en vertu de la Constitution du pays.⁹³ Le Parlement a voté à l'unanimité un amendement constitutionnel portant à 18 ans l'âge minimum du mariage pour les filles et les garçons. Cette mesure a permis d'éliminer une lacune juridique dans la Loi sur le mariage, le divorce et les relations familiales de 2015, qui habilitait les parents à donner leur consentement au mariage de leur enfant entre 15 et 18 ans. ONU Femmes a apporté son soutien continu au processus de révision constitutionnelle, a mené des consultations clés en faveur de l'amendement et a mobilisé d'autres institutions des Nations Unies et la société civile pour travailler avec les Ministères de la Justice et des Affaires constitutionnelles, des Femmes et

du Droit en Afrique australe afin d'assurer la participation de toutes les parties prenantes. Dorénavant, ONU Femmes continuera de travailler en partenariat avec la société civile pour que les pratiques néfastes et sexistes évoluent et que la loi soit appliquée de manière efficace. Elle apportera également son soutien au Ministère de l'Égalité entre les femmes et les hommes et au Ministère de la Justice pour que ce nouvel amendement soit aligné sur d'autres lois contre la discrimination envers les femmes et les filles.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Il a fallu l'intervention de divers acteurs pour influencer, encourager et éclairer les législateurs et les chefs traditionnels sur l'importance de mettre fin au mariage des enfants, afin que cette loi et cet amendement constitutionnel soient adoptés. Les dirigeants et chefs traditionnels, les institutions des Nations Unies, les organisations de la société civile, des campagnes menées par les jeunes, les Ministères de l'Égalité entre les femmes et les hommes, de la Justice et des Affaires constitutionnelles, les organismes chargés de l'application des lois et autres acteurs ont tous œuvré pour que cessent les mariages des enfants au Malawi. La collaboration et l'activisme d'un groupe diversifié d'intervenants, aussi bien au niveau local qu'au niveau parlementaire, ont contribué à la réussite de l'amendement constitutionnel.

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

L'adoption de cette loi et de l'amendement constitutionnel aura des effets bénéfiques considérables pour les filles et les garçons qui sont aujourd'hui mariés au Malawi, pour ceux qui ont l'âge culturel du mariage, et pour les nombreuses générations de jeunes à venir. L'adoption et l'application de ces lois, avec le plaidoyer communautaire des chefs de district et des chefs traditionnels, permettront aux jeunes femmes et aux filles d'espérer bénéficier d'une éducation, de moyens de subsistance et d'une bonne santé. Empêcher le mariage des enfants contribue à l'épanouissement des jeunes femmes et des filles, en réduisant leur risque de grossesse précoce, de complications à l'accouchement, de VC ou d'exposition

au VIH et aux IST. En réalisant leur plein potentiel, elles peuvent prendre des décisions éclairées concernant leur santé sexuelle, revendiquer leurs droits en matière de procréation et investir dans un avenir plus positif.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Les efforts colossaux déployés par le Malawi pour interdire le mariage des enfants ont servi d'exemple aux

autres régions, pays et communautés et leur ont permis de comprendre pleinement les nombreux préjudices qui pèsent sur ces pratiques discriminatoires liées au genre. Cette initiative illustre clairement les moyens dont nous disposons pour aider les dirigeants communautaires et les autorités locales et nationales à comprendre l'importance de mettre fin au mariage des enfants et d'adopter des pratiques qui contribuent à une société plus égale et prospère.

Étude de cas 5 : Engager la riposte interinstitutions face à l'épidémie de Zika au Brésil

LE SUJET

Alors que de nouvelles épidémies mondiales émergent, les femmes sont souvent les premières touchées, en particulier lorsqu'il s'agit de santé sexuelle. Les virus VIH, Ebola et Zika sont de nature similaire dans la mesure où ils perpétuent les stéréotypes liés au genre. Les femmes sont souvent tenues responsables de la maîtrise de la transmission des maladies, de la prévention des infections et des soins aux membres malades de la famille et de la communauté. Ce fardeau s'aggrave lors des interventions d'urgence, lorsque les systèmes de santé sont dysfonctionnels. Début 2015, le virus Zika s'est propagé du Brésil à 72 pays et territoires, provoquant une épidémie mondiale qui s'est étendue jusqu'en novembre 2016. Le virus a particulièrement touché les Amériques et les Caraïbes. Zika est une maladie transmise par les moustiques qui peut aussi être transmise sexuellement par un homme à ses partenaires sexuels. En plus des symptômes typiques de la grippe, Zika peut causer le syndrome de Guillain-Barré, qui altère le système nerveux de l'individu. L'infection par le virus Zika pendant la grossesse peut également causer une microcéphalie chez le fœtus – une malformation congénitale qui entraîne un crâne plus petit que la normale chez un bébé. La microcéphalie peut entraîner d'autres anomalies congénitales et troubles neurologiques.

Le Brésil a été touché de manière disproportionnée par l'épidémie du virus Zika. Entre 2015 et mai 2017,

l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a suspecté 223 230 cas pour en confirmer 133 527. 2 698 cas de syndrome congénital associé au virus ont également été confirmés. Bien que le virus Zika ne soit plus considéré comme une épidémie, il a permis de tirer de nombreuses leçons sur la mise en place d'interventions sanitaires d'urgence adéquates et liées au genre dans les situations de crise. La peur du Zika, semblable à celle d'Ebola et du VIH, a éloigné de nombreuses personnes du dépistage et des soins médicaux et a, par conséquent, favorisé la transmission. La lutte contre l'épidémie de Zika a nécessité des campagnes d'information, une sensibilisation des pairs et un accès aux soins d'envergure. Cette épidémie a alourdi le fardeau du virus pour les femmes et les filles. Le Zika prospère dans un contexte d'inégalité et de dysfonctionnement des systèmes de santé, ce qui impose aux femmes une charge supplémentaire en matière de soins. Une étude réalisée en 2016 a révélé que 57 % des femmes interrogées ont évité ou tenté d'éviter une grossesse en raison de l'épidémie de Zika. La crainte d'une grossesse ne peut pas être la solution, mais il est essentiel de renseigner et d'éduquer sur la façon dont le Zika peut être transmis sexuellement et sur les moyens de prévenir ou de traiter les infections. La priorité accordée aux piliers de la prévention, le renforcement des systèmes de santé et la mise en place de stratégies et de plans nationaux visant à répondre aux besoins des femmes et des filles en matière de sexualité et de procréation peuvent déboucher sur une amélioration des interventions en cas d'urgence et d'épidémie impliquant des IST.

OBJECTIF

Conférer une dimension sexospécifique aux mesures prises dans le cadre du Zika et intégrer les droits humains des femmes dans les politiques, les programmes et les investissements afin que les voix, les besoins et les demandes des femmes soient au centre de la réponse des gouvernements.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Communauté, environnement favorable

APPROCHE

ONU Femmes a joué plusieurs rôles dans la réponse au Zika fournie par le Brésil dans le cadre de la riposte au virus, en menant des efforts de communication et de recherches ciblés sur les droits des femmes. L'activité la plus importante a été le « Centre de crise, de plaidoyer et de mobilisation pour les droits des femmes, y compris les droits en matière de santé sexuelle et reproductive dans le contexte de l'épidémie du virus Zika ». Le Centre de crise brésilien est un espace de coordination organisé par ONU Femmes, le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et l'OPS / OMS, avec la participation régulière de 45 organisations représentant la diversité du Brésil. Il s'agit d'un espace permettant d'identifier les stratégies actuellement déployées et de partager des informations sur la manière dont sont abordés les défis dans la lutte contre les épidémies propagées par le « moustique de la fièvre jaune », comme la dengue, la fièvre jaune, le chikungunya ou le zika. Ces maladies touchent particulièrement les femmes afro-brésiliennes les plus pauvres qui vivent dans des situations de vulnérabilité économique, sociale et environnementale. En 2016, ONU Femmes, le FNUAP et l'OPS / l'OMS ont également élaboré une stratégie de communication en partenariat avec le Secrétariat des politiques de la femme et la Société brésilienne des médias publics. Elle impliquait la production d'émissions radiophoniques mettant l'accent sur la santé et les droits des femmes, d'émissions télévisées axées sur les voix des femmes et de matériels de diffusion destinés aux femmes et aux professionnels de la santé

distribués dans les provinces et les municipalités. Dans le domaine de la recherche, ONU Femmes a soutenu un consortium de 10 organisations de femmes au Brésil pour mettre en œuvre une recherche participative et orientée vers l'action avec les femmes des communautés les plus affectées par le Zika. Ces dialogues communautaires ont contribué à la diffusion d'informations sur la prévention ainsi que sur les services sociaux tels que l'accès aux soins de santé. Le processus de recherche s'est concentré sur la possibilité pour les femmes de s'engager dans des activités de plaidoyer auprès de leurs autorités locales. Tout au long de l'épidémie de Zika au Brésil, et plus largement en Amérique latine et dans les Caraïbes, ONU Femmes a joué un rôle vital en veillant à ce que les voix, les besoins et les demandes des femmes soient au cœur des actions des gouvernements et de la société. Ces mesures portent sur un large éventail de politiques et d'investissements visant à prévenir l'infection, à permettre aux femmes d'avoir la maîtrise de leur vie sur le plan de la sexualité, à investir dans l'eau et l'assainissement et à fournir des services complets de SSR. Des services de traitement, de soutien et de réadaptation ont également été dispensés aux enfants atteints du syndrome de malformations congénitales.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La participation d'ONU Femmes à cette intervention brésilienne s'est faite en partenariat avec de nombreux organismes, dont le FNUAP, l'OPS / l'OMS, des institutions gouvernementales comme le Secrétariat spécial de politique pour les femmes, le Ministère des droits humains et de la femme, ainsi que des organismes de la société civile et des experts en santé des femmes.

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

Le gouvernement et les institutions universitaires ont reconnu que le Centre de crise constituait un organe important. Il a permis de souligner l'importance d'élaborer des politiques, des recherches et d'autres initiatives pour garantir que les voix des femmes soient entendues, que leurs besoins soient satisfaits et que tous leurs droits soient garantis. Ces responsables politiques ont reconnu le rôle des femmes et de leurs organisations pour assurer une riposte

globale à l'épidémie. Par cette intervention, des messages et des supports de communication ciblés diffusés par divers canaux ainsi que les plates-formes de coordination multisectorielle ont permis de diffuser des informations et de sensibiliser les femmes enceintes, les femmes en âge de procréer, les hommes et les professionnels de santé.

CONSEQUENCES À LONG TERME

En période d'épidémie, il est impératif de se concentrer sur l'ensemble de la prévention, du traitement, des soins et du soutien. Œuvrer avec les gouvernements, la société civile, les organisations de femmes et les groupes de défense des

droits de l'homme est essentiel pour assurer des piliers solides de prévention et de traitement, ainsi que des stratégies nationales répondant aux besoins des femmes et des filles.

La collecte de données ventilées par sexe peut également aider à mieux appréhender la vulnérabilité des femmes à de telles épidémies, notamment les obstacles auxquels elles sont confrontées en raison de l'inégalité des normes sociales, des cadres juridiques et des lois qui peuvent les empêcher d'accéder aux services. La prise en compte de la SSR dans ces réponses et la dimension sexospécifique de la lutte contre les épidémies s'avèrent donc essentielles.

Étude de cas 6 : Prise en compte de l'égalité des sexes dans l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil en Thaïlande

LE SUJET

L'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques de l'état civil (CRVS) concernent l'enregistrement et la tenue des registres de l'état civil, tels que les naissances, les décès, les causes de décès, les adoptions, les mariages et les divorces d'une population. Des systèmes d'état civil fonctionnels créent des registres des événements et fournissent aux individus les documents nécessaires pour assurer la reconnaissance de leur identité et de leurs relations familiales et ainsi garantir leurs droits en tant que citoyens. Les documents d'identité donnent également accès aux services de base, notamment la santé et l'éducation. Ils facilitent l'inscription sur les listes électorales, permettant à un individu d'exercer ses droits électoraux et lui garantissant le droit à l'héritage, l'accès aux comptes bancaires et aux prêts, etc. L'état civil constitue également la base du système statistique de l'état civil d'un pays. Les statistiques de l'état civil font référence aux données quantitatives concernant une population.

L'enregistrement et l'identification civils sont particulièrement importants dans les sociétés où les femmes ne

peuvent exercer leurs droits de citoyennes ou se voient refuser l'accès aux services et droits essentiels. Les systèmes CRVS doivent fonctionner de manière à répondre aux besoins de tous les individus et à recueillir des données qui reflètent les événements vitaux pour tous, y compris les femmes et les filles. Les femmes sont confrontées à des obstacles uniques qui les empêchent d'accéder aux systèmes et aux documents d'identification du CRVS, notamment du fait de la distance, du coût et des réglementations qui imposent aux femmes des exigences supplémentaires par rapport aux hommes. L'inégalité des sexes au sein des systèmes CRVS est directement liée au manque d'accès aux documents d'identité légale, aux ressources et aux services et, surtout, à un manque important de données sexospécifiques. Les documents d'identité élargissent les possibilités économiques en permettant aux femmes d'acquérir, de réclamer, de transférer et d'aliéner des biens matériels et financiers de façon indépendante. Ils améliorent également l'accès indépendant des femmes aux services et aux droits, et élargissent leur droit de vote et leurs droits et possibilités politiques. Plus important encore, il s'agit d'un moyen

fondamental d'accroître les voix et la capacité d'action des femmes et leur capacité de contribuer au développement et d'en tirer profit.

On dénombre à l'heure actuelle environ 27 pays qui disposent de lois discriminatoires affectant la capacité des femmes à s'enregistrer pour obtenir leurs propres documents d'identité ou transférer leur citoyenneté à leurs enfants.⁹⁴ Du fait que l'enregistrement universel des naissances est obligatoire selon les normes internationales relatives aux droits de l'homme, les garçons et les filles sont enregistrés à peu près de façon égalitaire. Dans de nombreux pays, les femmes souffrent cependant de l'impossibilité d'enregistrer leurs enfants sans la signature du père. De telles législations discriminent la capacité d'action et l'autonomie des femmes au sein du foyer. Des efforts doivent être faits pour intégrer les besoins et les réalités des femmes et des filles au niveau individuel et au niveau de la santé publique. Pour garantir aux femmes et aux filles l'égalité d'accès et d'utilisation des systèmes CRVS, il est nécessaire de s'attaquer aux obstacles liés au genre aux niveaux individuel, communautaire et institutionnel, conformément aux processus liés aux systèmes CRVS.

OBJECTIF

Garantir que tous les enfants nés en Thaïlande soient enregistrés à la naissance, quel que soit le statut ethnique ou juridique de leurs parents, et s'employer à intégrer l'enregistrement des naissances dans les pratiques hospitalières.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, interpersonnel, environnement favorable

APPROCHE

Les données de l'Office national de statistique thaïlandais montrent que presque la totalité des enfants de moins de 5 ans sont enregistrés à la naissance. Cependant, l'enquête a également révélé que le nombre d'enfants enregistrés à la naissance est plus faible parmi les mères ayant un faible niveau d'instruction. En outre, le taux d'enregistrement des

naissances pour les enfants nés dans des ménages non thaïlandais n'est que de 79,2 %, bien que la loi sur l'état civil stipule que tout enfant né en Thaïlande indépendamment du statut légal des parents a le droit d'être enregistré et de recevoir un acte de naissance.⁹⁵ L'UNICEF a collaboré avec le Département de l'administration provinciale du Ministère de l'Intérieur à l'élaboration d'un programme d'enregistrement des naissances en ligne qui relie les informations concernant un nouveau-né dans un hôpital au système d'état civil. L'officier de l'état civil peut ainsi suivre instantanément les familles qui ne sont pas venues pour enregistrer la naissance de leur enfant ou pour obtenir un certificat de naissance.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La mise en place du programme d'enregistrement informatique a nécessité une étroite collaboration et le soutien des agences gouvernementales. L'UNICEF a travaillé directement avec le Bureau de l'administration de l'enregistrement du Département de l'administration provinciale du Ministère de l'Intérieur pour élaborer ce programme. La formation du personnel de tous les hôpitaux publics à l'utilisation du nouveau système et au suivi des progrès a été assurée par le Bureau national de sécurité sanitaire. La collaboration avec les systèmes gouvernementaux a permis à l'UNICEF d'atteindre plusieurs centaines d'hôpitaux grâce à ce programme d'enregistrement des naissances en ligne et de tenter d'atteindre un public plus large.

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

La mise en place du programme d'enregistrement informatisé des naissances dans les hôpitaux publics crée une accessibilité aux mères qui se heurtent à des obstacles lors de l'enregistrement du fait de leur faible alphabétisation, de leur pauvreté, de leur appartenance ethnique ou de leur statut migratoire. L'enregistrement permet à l'enfant d'avoir accès à des soins de santé subventionnés, à des services d'aide sociale, à la possibilité de se déplacer, ainsi que de bénéficier d'une éducation et de possibilités d'emploi. Il atténue également la vulnérabilité accrue liée à l'exploitation ou à la traite à laquelle il peut être confronté en raison de son statut juridique sans papiers. Selon les résultats les plus récents,

620 hôpitaux à travers le pays utilisent le programme d'enregistrement des naissances.⁹⁶

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Le Bureau de l'administration de l'enregistrement des naissances élabore et maintient le projet d'enregistrement

des naissances et travaille actuellement avec l'UNICEF pour étendre le système d'enregistrement à 900 hôpitaux dans le pays. L'objectif final est d'enregistrer tous les enfants nés en Thaïlande à la naissance, quel que soit le statut ethnique ou juridique de leurs parents.

Étude de cas 7 : Prévenir et combattre la violence sexuelle et basée sur le genre dans les camps de déplacés du Kenya

LE SUJET

Les violences sexuelles et les violences basées sur le genre constituent une violation fondamentale des droits de l'homme. Dans les situations humanitaires, les individus sont confrontés à des vulnérabilités complexes et à un risque accru de violences sexuelles et de violences basées sur le genre en raison de l'effondrement des systèmes familiaux et communautaires, d'un accès limité aux ressources, d'une sécurité insuffisante et de logements inadéquats.⁹⁷ On constate également une augmentation de la violence conjugale dans les zones de déplacement. Les femmes et les filles forcées d'émigrer subissent une quantité disproportionnée de violence sexuelle et de violence liée à leur condition de femme par rapport aux hommes et aux garçons, souvent attribuée aux tensions sociales, économiques et culturelles accrues auxquelles les hommes sont confrontés dans les camps de réfugiés. Les femmes et les filles qui ont des rapports sexuels et qui sont victimes de violences basées sur le genre courent le risque de contracter des IST, le VIH, des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses, des lésions génitales, des troubles post-traumatiques, de la dépression, une stigmatisation sociale, un rejet familial ou collectif, etc. L'expérience de la violence dans les zones de déplacement peut exacerber ces résultats, avec un accès limité aux services de soins physiques et psychologiques.

Le Kenya accueille depuis longtemps des réfugiés, principalement de Somalie, du Soudan et d'Éthiopie. Le camp de réfugiés de Dadaab est un groupe de plusieurs camps secondaires situés près de la frontière somalienne. La plupart des résidents sont originaires de Somalie, avec une petite proportion d'Éthiopie. L'arrivée en août 2012 de 6 000 nouvelles personnes en provenance de Somalie a porté la population du camp à 474 000 personnes. Dans le camp de réfugiés de Kakuma, situé dans la région nord-ouest du Kenya, environ 13 000 nouveaux réfugiés ont été enregistrés (la plupart en provenance du Sud-Soudan) portant la population à plus de 101 000. En août 2012, le nombre total de réfugiés et de demandeurs d'asile enregistrés au Kenya dépassait alors les 630 000 personnes.⁹⁸ Dans le sud du pays, 664 000 citoyens kényans ont été déplacés en raison des violences postélectorales qui ont suivi les résultats de l'élection présidentielle de 2007, donnant lieu à des violences interethniques. De nombreux Kényans et réfugiés se trouvent encore aujourd'hui dans des camps, où la sécurité et la prestation de services sont faibles. On peut difficilement mesurer l'incidence de la violence sexuelle et de la violence basées sur le genre dans les zones déplacées, mais elle reste largement insuffisamment documentée. Le Centre des droits de l'homme de la faculté de droit de l'Université de Californie à Berkeley, en collaboration avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), a mené une étude d'un an en 2012 pour comprendre les besoins des réfugiés, migrants et personnes déplacées qui ont des relations

sexuelles et qui sont victimes de violences basées sur le genre pour concevoir plusieurs approches sectorielles destinées à faciliter leur accès aux services essentiels et au logement.

OBJECTIF

Recueillir des données probantes pour informer les donateurs, les responsables politiques et les acteurs internationaux et locaux sur les modèles pertinents, les défis prioritaires et les pratiques prometteuses en matière de sexualité et de violence basées sur le genre chez les réfugiés, migrants et personnes déplacées en interne.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, organisationnel, politique

APPROCHE

Le Centre des droits de l'homme a mené des entretiens approfondis et semi-structurés avec des victimes dans quatre camps de réfugiés à travers le pays. Des informateurs clés issus du Gouvernement, d'organisations communautaires, d'ONG et d'organismes des Nations Unies ont également apporté des informations contextuelles supplémentaires.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Cette recherche a été menée avec la contribution de divers acteurs dans les camps de réfugiés et de déplacés, y compris le personnel, les résidents et les victimes de violences sexuelles et de violences basées sur le genre, les

organisations communautaires et ONG, les responsables gouvernementaux et les agences des Nations Unies.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Les conclusions ont permis de recenser une diversité de modèles d'hébergement, dont plusieurs accueillent des réfugiés et des personnes déplacées ayant subi des violences sexuelles et des violences basées sur le genre.⁹⁹ Des mesures multisectorielles et concertées s'imposent pour renforcer au sein même de ces hébergements la lutte contre la violence sexuelle et la violence basées sur le genre au Kenya. Il est nécessaire d'accroître et de diversifier les options d'hébergement des victimes de violences sexuelles et de violences basées sur le genre, de protéger les groupes marginalisés, de cartographier et de suivre les programmes, d'améliorer la formation du personnel, de développer des réseaux d'orientation clairs et de favoriser la prise de décision et la capacité d'action des victimes, en assurant leur sécurité.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Cette étude fait partie d'une série plus vaste d'études de cas portant sur quatre pays en Colombie, en Haïti, en Thaïlande et au Kenya. Un rapport comparatif offre une compréhension plus globale de la manière dont les personnes déplacées sont prises en charge suite à des violences sexuelles et des violences basées sur le genre. Cette étude à grande échelle renseigne les différents acteurs impliqués dans la protection de ces populations sur la nécessité de comprendre, de surveiller et de traiter les violences basées sur le genre et les violences sexuelles dans les contextes de déplacement et de réfugiés.

Étude de cas 8 : La Cour suprême de Namibie soutient les droits des femmes vivant avec le VIH

LE SUJET

Les femmes vivant avec le VIH sont souvent confrontées à la stigmatisation et à l'exclusion, aggravées par leur manque

de droits. Une étude des effets de la discrimination sur les femmes vivant avec le VIH a fait état de conséquences douloureuses, comme le rejet social, le déni, la violence

au sein de la famille et de la communauté, et les mauvais traitements par les prestataires de soins médicaux. Les femmes vivant avec le VIH sont particulièrement vulnérables aux violations de la SDSR. Les femmes qui ont accès aux services de soins de santé sont confrontées à la stérilisation forcée et contrainte, au refus de services, à des attitudes hostiles lorsqu'elles prévoient d'avoir des enfants, à un comportement stigmatisant de la part du personnel soignant, aux violations du secret et au dépistage du VIH sans consentement informé. Lorsque les droits et la capacité d'action des femmes sont bafoués, leur capacité à se protéger est limitée.

En 2009, un rapport de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) s'est penché sur les femmes en Namibie qui avaient subi une stérilisation forcée ou contrainte du fait de leur statut sérologique. Cette pratique viole les droits garantis par la Constitution namibienne et diverses lois internationales et obligations en matière de droits de l'homme. Sur les 230 femmes vivant avec le VIH qui ont participé à la recherche d'ICW, 40 ont déclaré avoir subi une stérilisation forcée ou contrainte.¹⁰⁰ Il est ressorti de la recherche que les femmes stérilisées ont subi des pressions, ont été stérilisées contre leur gré ou ont été stérilisées sans leur consentement exprès. Elles ont signalé avoir perçu un lien direct entre leur séropositivité et le fait que les soignants les encouragent à se faire stériliser. Les femmes ayant subi une stérilisation forcée n'ont pas reçu d'informations sur l'intervention, ses effets, ses conséquences ou les risques associés. Dans certains cas, on a demandé aux femmes de signer un formulaire de ligature des trompes pour avoir accès à d'autres services de santé génésique tels que l'avortement, la césarienne ou la naissance d'un enfant. On a également demandé à certaines femmes de signer des formulaires de ligature des trompes sans avoir été informées des implications de l'intervention ni des autres options en matière de planification familiale. Des atteintes aux exigences de confidentialité ont également été constatées, par exemple, lorsque des femmes séropositives ont été invitées à s'identifier et à attendre dans une zone séparée ou lorsque du personnel hospitalier non médical a assuré la traduction médicale pendant les consultations. Ce rapport souligne

la nécessité d'aborder la question de la stérilisation non désirée des femmes vivant avec le VIH d'un point de vue systémique et juridique.

OBJECTIF

Soutenir les femmes vivant avec le VIH qui cherchent à obtenir une rétribution légale pour avoir été soumises à la stérilisation par des professionnels de santé gouvernementaux sans avoir donné leur consentement en pleine connaissance de cause.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, interpersonnel, environnement favorable

APPROCHE

L'ICW, la société civile et les principaux partenaires juridiques ont soutenu trois femmes vivant avec le VIH pour qu'elles puissent demander réparation après avoir subi une stérilisation sans consentement informé. En novembre 2012, ces trois femmes ont poursuivi le gouvernement namibien pour stérilisation forcée, violant leurs droits constitutionnels à l'intégrité physique et à fonder une famille. En outre, ces femmes ont affirmé qu'elles avaient été stérilisées en raison de leur séropositivité, violant ainsi leur droit de ne pas être victimes de discrimination. En novembre 2014¹⁰¹, la Haute Cour de Namibie a statué que ces trois femmes avaient été stérilisées sans consentement éclairé et en violation de la loi. Le Gouvernement a fait appel de la décision de la Haute Cour au motif que les plaignantes avaient signé des formulaires de consentement et que leur affirmation selon laquelle elles n'avaient pas reçu d'informations suffisantes n'était pas jugée recevable. Cependant, lorsque l'affaire a été portée devant la Cour suprême, l'argument du Gouvernement a été rejeté et celle-ci a confirmé la décision de la Haute Cour selon laquelle les droits constitutionnels des femmes avaient été bafoués. La Cour suprême a déclaré qu'il était important qu'une femme comprenne la nature, les risques, les conséquences et les solutions alternatives de la stérilisation en plus de donner son consentement écrit. Elle a fait valoir que le consentement à la stérilisation ne peut

être donné lorsque les femmes sont sur le point d'accoucher ou en souffrance, dans la mesure où ces moments de grand stress limitent leur capacité de décision. Le jugement de la Haute Cour et de la Cour suprême a établi un précédent pour s'assurer que les droits humains des femmes ne sont pas violés en raison de leur séropositivité.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Le soutien à ces femmes s'inscrit dans le cadre d'un mouvement plus large en Namibie visant à garantir les droits des femmes vivant avec le VIH. L'ICW, le Southern Africa Litigation Center, ONUSIDA, des campagnes médiatiques, de multiples groupes de la société civile et des partenaires influents ont travaillé ensemble pour défendre les femmes touchées et faire en sorte que leurs voix soient entendues.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Le soutien de groupes de plaidoyer clés tels que l'ICW, la société civile et les principaux partenaires juridiques ont donné à l'appel de ces trois femmes vivant avec le VIH la visibilité dont elles avaient plus que jamais besoin. Après deux ans d'acharnement, l'affaire a été gagnée en novembre 2014 devant la Cour suprême du pays. Cette victoire exceptionnelle marque une étape décisive qui permettra aux gouvernements de mener une enquête approfondie sur les allégations de stérilisation forcée et imposée, et sur d'autres formes de discrimination à l'égard des femmes vivant avec le VIH. Le fait de tenir compte de la dimension de genre dans leur approche et de comprendre la façon dont les obstacles auxquels se heurtent les femmes conduisent à la maltraitance obligeront les professionnels de la santé à plus de responsabilité pour prodiguer des soins de SSR de qualité, équitables et informés.

Étude de cas 9 : Renforcer les capacités des femmes et des filles en situation de handicap au Sénégal à gérer leur hygiène menstruelle

LE SUJET

Une étude formative menée au Niger, au Cameroun et au Sénégal pour le Programme conjoint Genre, Hygiène menstruelle et Assainissement a permis de constater de grandes lacunes en ce qui concerne les connaissances des filles sur la menstruation. Beaucoup d'entre elles manquaient également l'école en raison du manque d'installations sanitaires disponibles. Dans les trois régions, les filles n'étaient pas préparées pour leurs premières règles. Plus d'un tiers des filles interrogées dans la région de Louga au Sénégal ont déclaré qu'elles n'allaient pas à l'école faute d'eau, de savon, de lavabos et de toilettes propres.¹⁰² Outre les tabous culturels entourant la menstruation et le manque d'infrastructures adéquates, les femmes et les filles en situation de handicap doivent faire face à des difficultés supplémentaires dans leur accès

aux soins de santé, notamment pour ce qui est de leurs règles, et ont peu accès aux services adéquats de santé. Il s'agit notamment de la difficulté d'accès aux installations médicales et de l'insuffisance de l'équipement médical ou de la formation du personnel pour répondre à leurs besoins. Dans la région de Louga, les femmes et les filles souffrant de handicaps moteurs ont signalé la présence de petites installations et de portes étroites empêchant l'accès aux toilettes publiques. Les femmes malvoyantes éprouaient des difficultés à savoir quand elles avaient leurs règles. Les femmes en situation de handicap ont déclaré qu'elles n'étaient pas en mesure de gérer discrètement et seules leurs menstruations, comptant souvent sur l'aide de femmes de leur famille. Les femmes et les filles vivant dans des zones reculées sans eau ni toilettes permanentes se heurtaient à des complications supplémentaires, surtout lorsqu'elles avaient leurs règles.

Le Programme conjoint Genre, Hygiène menstruelle et Assainissement est conçu et mis en œuvre par le Conseil de concertation pour l’approvisionnement en eau et l’assainissement et ONU Femmes en Afrique occidentale et centrale, notamment au Niger, au Cameroun et au Sénégal. Le programme pilote couvrait la période 2014-2017. Un des volets du Programme conjoint vise à sensibiliser les femmes et les filles en situation de handicap du Sénégal à la gestion de l’hygiène menstruelle (GHM) et à leurs droits.

OBJECTIF

Soutenir les gouvernements dans la mise en place de mesures visant à améliorer de manière significative l’accès aux services d’assainissement et d’hygiène et leur utilisation par les femmes et les filles, y compris celles en situation de handicap.

NIVEAU D’INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, communautaire

APPROCHE

Le Programme conjoint Genre, Hygiène menstruelle et Assainissement a travaillé en collaboration avec le Programme de développement local pour l’égalité des sexes en organisant des ateliers et des séances d’information pour les femmes en situation de handicap à Louga au Sénégal. Ces sessions ont pour but de faire connaître aux femmes les lois (par exemple, la loi sénégalaise sur l’orientation sociale de 2010) et les systèmes institutionnels en vigueur destinés à intégrer les personnes en situation de handicap et les aider à gérer leur hygiène menstruelle. Les ateliers sur l’hygiène menstruelle ont porté sur l’utilisation et le nettoyage du matériel sanitaire et sur l’élimination des déchets menstruels dans le respect de l’environnement. De nombreuses femmes ont participé à la marche de la Journée internationale des personnes en situation de handicap 2014, coïncidant avec les 16 jours d’activisme contre les violences basées sur le genre, pour améliorer la situation des personnes en situation de handicap.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Les ateliers, les séances d’information et les activités de sensibilisation ont été organisés par le Programme conjoint Genre, Hygiène menstruelle et Assainissement en partenariat avec le Programme de développement local pour l’égalité des sexes. La stratégie globale du Programme conjoint consiste à travailler à plusieurs niveaux pour garantir les droits des femmes et des filles à l’eau et à l’assainissement. Il s’agit notamment d’accroître les budgets consacrés à l’eau, à l’assainissement et à l’hygiène (WASH) aux niveaux local et central, de promouvoir des politiques fondées sur des données factuelles, de travailler en partenariat avec les institutions gouvernementales et les acteurs non liés à l’eau, l’assainissement et l’hygiène, de renforcer les systèmes existants et de combler le manque de connaissance dans ces domaines. Le programme collabore étroitement avec les secteurs de l’éducation, de la santé et de l’environnement.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

En 2015, 213 femmes en situation de handicap de 58 districts du Sénégal ont participé à la Journée internationale des personnes en situation de handicap ; 59 femmes ont bénéficié des sessions d’information en matière de GHM. À la suite de ces sessions, les écoles de Louga se sont engagées à acheter des serviettes hygiéniques pour leurs troussees médicales et à les mettre à la disposition des élèves du secondaire de sexe féminin.

OPPORTUNITÉS D’INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Les femmes et les filles en situation de handicap sont davantage laissées pour compte en raison des inégalités entre les sexes. Elles sont confrontées à des obstacles supplémentaires pour accéder à l’éducation, à l’emploi et aux services de santé. Soutenir les femmes et les filles en situation de handicap dans la compréhension de leurs droits, de leur santé menstruelle et de la SSR en général peut leur permettre de s’épanouir et de défendre leurs libertés civiles.

Étude de cas 10 : Combattre les inégalités entre les sexes dans les systèmes de surveillance et d'intervention en matière de mortalité maternelle en Afrique

LE SUJET

L'Afrique reste une région où les femmes sont confrontées à des difficultés pendant la grossesse, avec 1 risque de décès sur 39 dû à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, on recensait 550 des 830 décès maternels quotidiens en Afrique subsaharienne. Bien que les interventions axées sur les infrastructures et les soignants améliorent la qualité des services de santé, de nombreux facteurs sociaux entravent l'accès des femmes aux soins maternels. L'inégalité des sexes a de nombreuses répercussions sur l'accès des femmes aux services de santé maternelle et leur utilisation de ces services en matière de prise de décisions, d'éducation, d'accès aux ressources, de violence et autres. Une étude portant sur 31 pays (21 en Afrique) a révélé que la situation des femmes en matière d'éducation, de développement économique et d'autonomisation est associée de manière positive à l'utilisation des services de santé maternelle. Comprendre les obstacles et les problèmes systémiques liés au genre qui mènent à la morbidité ou à la mortalité maternelle des femmes est essentiel pour améliorer la santé maternelle. Une des approches utilisées pour évaluer la mortalité maternelle et intervenir en cas de décès consiste en un audit de la mortalité maternelle ou en un examen approfondi des décès maternels pour comprendre les facteurs et les circonstances sous-jacents qui contribuent à leur survenance. Utilisé correctement, l'audit de mortalité maternelle peut améliorer la qualité des soins offerts aux femmes enceintes et améliorer les systèmes de santé pour réduire la prévalence de la mortalité maternelle.

OBJECTIF

Identifier les carences relatives à l'analyse de l'inégalité des sexes et aux violences basées sur le genre dans les audits de mortalité maternelle (ou les systèmes de surveillance et prévention de la mortalité maternelle [MDSR] en Afrique), et développer un cadre de prise en compte du genre pour aborder ces lacunes.

NIVEAU D'INTERVENTION

Politique

APPROCHE

Cette analyse visait à comprendre la façon dont les systèmes MDSR identifient les inégalités entre les sexes et à formuler des recommandations sur la manière d'améliorer le suivi des facteurs de mortalité maternelle liés au genre. Cinq pays ont été sélectionnés pour garantir une représentation régionale équilibrée de l'Afrique : l'Afrique du Sud, l'Éthiopie, le Nigéria, la Tunisie et le Tchad. Au total, ce sont 73 entrevues exhaustives qui ont été menées dans les cinq pays auprès d'informateurs clés, notamment des représentants du service de santé local, un coordonnateur de projet MDSR, un agent de santé communautaire, des représentantes de groupes de femmes, des professionnels des soins de santé, des dirigeants communautaires, etc.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

La Commission de l'Union africaine s'est associée à ONU Femmes pour mener cette étude dans le cadre d'une collaboration avec de nombreux organismes gouvernementaux, agences des Nations Unies, représentants des départements de santé locaux, ONG, dirigeants communautaires et partenaires travaillant sur les MDSR. Ce processus a également bénéficié de la contribution du Ministère de la Santé des cinq pays, de la Société de gynécologie et d'obstétrique de chaque pays étudié, de l'OMS et du FNUAP. Cette étude a été financée par le gouvernement français dans le cadre de l'Initiative de Muskoka.

Enseignements et résultats L'étude a révélé que plusieurs aspects exacerbent l'inégalité des sexes et contribuaient à la mortalité maternelle, en particulier le manque de pouvoir décisionnel des femmes, la violence basée sur le genre, la grossesse chez les adolescentes, la pauvreté et d'autres facteurs socioéconomiques ou culturels, les infrastructures sanitaires, la gouvernance ainsi que les conflits et troubles

civils. Les interrogées ont indiqué que les normes patriarcales entravent considérablement la capacité des femmes à décider du moment et de la façon de solliciter ces services, même pendant les complications liées à la grossesse. Au Tchad, au Nigéria et en Éthiopie, les personnes interrogées ont signalé que des pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage précoce et les mutilations génitales féminines, peuvent contribuer à la morbidité et à la mortalité maternelle. La stigmatisation et la honte associées à la grossesse chez les adolescentes conduisent à des grossesses cachées et à l'absence de soins prénatals adéquats dans les cinq pays. De nombreuses interrogées ont éprouvé des difficultés à payer le transport vers les établissements de santé, en particulier les femmes qui habitent dans les zones rurales. Le faible niveau d'alphabétisation et d'éducation a également été identifié comme un facteur contribuant à la morbidité et à la mortalité. Au Nigéria, au Tchad, en Éthiopie et en Afrique du Sud, le recours à des guérisseurs traditionnels et à des sages-femmes explique en grande partie que des femmes souffrant de complications pendant la grossesse ne reçoivent pas de soins médicaux. Une gouvernance et des politiques déficientes rendent les filles vulnérables aux mariages précoces au Tchad, et les personnes interrogées au Nigéria ont indiqué que le détournement des fonds affectés à la santé maternelle avait conduit à des installations sanitaires mal équipées. L'étude a également établi que les systèmes MDSR dans les cinq pays n'intègrent pas spécifiquement le suivi de l'inégalité des sexes ou des violences basées sur le genre comme facteur de la mortalité maternelle. Un grand nombre de membres des comités du MDSR n'ont pas été informés de l'importance d'inclure une perspective de genre dans les systèmes d'audit maternel.

RECOMMANDATIONS

Les résultats de l'étude ont servi de base à l'élaboration d'un cadre de mesure et de réponse à l'inégalité des sexes dans les systèmes MDSR en Afrique. Quatre dimensions et mesures clés sont nécessaires pour garantir que les systèmes MDSR tiennent compte des questions de genre :

1. **Plaidoyer** : Cibler les activités de plaidoyer aux niveaux international, régional et national pour lutter contre l'inégalité des sexes dans le programme de santé

maternelle, encourager les gouvernements à créer et à renforcer les systèmes d'audit dans ce domaine et faire en sorte que les organismes publics et les parties prenantes soient sensibles aux conclusions des facteurs de mortalité maternelle imputables aux questions de genre.

2. **Adapter les documents d'orientation du MDSR pour qu'ils soient davantage axés sur les questions de genre** : Veiller à ce que les directives existantes permettent un meilleur suivi des facteurs liés au genre connus pour contribuer à la morbidité et à la mortalité maternelles.
3. **Renforcement des systèmes MDSR** : Examiner et améliorer les ressources techniques, humaines et financières existantes afin d'institutionnaliser et de mettre en œuvre des systèmes MDSR fonctionnels, en se concentrant davantage sur les questions de genre.
4. **Formation sur l'égalité des sexes pour les comités du MDSR** : Améliorer la compréhension par les membres des comités des concepts de genre, assurer une formation axée sur les questions de genre aux professionnels de santé et autres personnes effectuant des audits de mortalité maternelle, et veiller à ce qu'un spécialiste de ces questions explique de quelle manière poser les bonnes questions pour recueillir des données utiles.

INTENSIFICATION ET RÉPLICATION

Les résultats de l'étude démontrent l'importance d'appliquer une optique d'égalité des sexes aux programmes qui ont un impact direct et indirect sur la santé et le bien-être des femmes et des adolescentes. Les gouvernements participant à cette étude ont fait preuve d'une forte volonté politique de réagir aux conséquences des inégalités entre les sexes qui ont une incidence sur la morbidité et la mortalité maternelles. L'étude a par ailleurs établi l'importance de l'intégration d'une perspective soucieuse des questions de genre dans les systèmes de MDSR. Les conclusions et les recommandations de l'étude jettent les bases nécessaires pour reproduire ces études dans d'autres pays et régions et intégrer les questions de genre dans les systèmes de surveillance et prévention de la mortalité maternelle.

5. ACTION MULTISECTORIELLE POUR LUTTER CONTRE L'INÉGALITÉ DES SEXES EN TANT QUE DÉTERMINANT DE LA SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

5.1 Le rôle essentiel des interventions non liées au secteur de la santé

Un grand nombre des facteurs déterminants de la SSRMNEA ne concernent pas le secteur de la santé. De plus, il a été démontré que les actions intersectorielles, telles que l'augmentation de la participation politique et économique des femmes et l'atténuation et l'adaptation au changement climatique, contribuent de manière significative aux résultats dans le domaine de la santé (voir **Encadré 8**).¹⁰³ Par exemple, l'Inde a réussi à éradiquer la poliomyélite en travaillant avec d'autres secteurs pour cibler les causes des maladies diarrhéiques chez les enfants (manque d'eau potable, d'assainissement, etc.), ce qui se traduisait par une baisse de l'efficacité des vaccins contre la polio.¹⁰⁴ Inversement, un

manque d'attention à l'impact que les politiques et les interventions en dehors du secteur de la santé ont sur les femmes, les enfants et les adolescents peut compromettre les efforts visant à améliorer les résultats concernant la SSRMNEA. En République démocratique populaire lao, les pratiques agricoles ont entravé les pratiques de l'allaitement maternel exclusif, les mères reprenant leur rôle d'agricultrice dès six semaines après l'accouchement et laissant le nouveau-né à des personnes qui en prennent soin et déclarent de leur côté le nourrir avec du riz vapeur, faisant courir des risques nutritionnels, de contaminations et de maladies à l'enfant.¹⁰⁵

Les politiques et les interventions en dehors du secteur de la santé ont également la capacité de contrer ou de renforcer les inégalités entre les sexes qui entravent l'accès aux services de SSRMNEA et leur utilisation. En ce qui concerne les femmes et

ENCADRÉ 8

Défis de la collaboration multisectorielle

Bien que les efforts multisectoriels liés aux facteurs déterminants de la santé puissent avoir un large impact, la mise en œuvre implique plusieurs obstacles. Premièrement, de nombreux efforts sont mitigés, en essayant d'instaurer une collaboration marginale au mieux, sans vraiment reconnaître l'incidence des autres secteurs sur la santé. Deuxièmement, les évaluations des interventions multisectorielles ont été éparses et limitées, s'inspirant souvent d'exercices de modélisation. Le manque de preuves en résultant entrave l'investissement dans le travail multisectoriel.

Les plus grands avantages viennent des efforts visant les forces structurelles et les normes sociales et liées au sexe qui touchent toute la société, tout en garantissant que chaque secteur mène efficacement ses activités de base.

Source : Rasanathan, K. et autres (2015). « Ensuring multisectoral action on the determinants of reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health in the post-2015 era, » *BMJ*, 351 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.h4213>

les filles, les décisions politiques prises et les programmes mis en œuvre dans différents secteurs et contextes peuvent leur permettre ou limiter leur accès aux informations, aux services et aux produits de SSRMNEA, et avoir un effet correspondant sur ses résultats et l'égalité des sexes.

Les stratégies en matière d'éducation sont un bon exemple de mobilisation intersectorielle en faveur de l'égalité des sexes et de la SSRMNEA. L'éducation est étroitement liée aux résultats en matière de santé et d'égalité des sexes. Le niveau d'éducation des femmes a une incidence sur divers facteurs, comme les taux de fécondité, l'âge de la procréation et l'utilisation de contraceptifs modernes.¹⁰⁶ Le fait d'améliorer l'éducation des femmes est associé à des taux de mortalité infantile plus faibles et à de

meilleurs résultats pour d'autres indicateurs liés à la SSRMNEA.¹⁰⁷ Qu'il s'agisse de fournir aux adolescentes et aux adolescents l'accès aux informations en matière de SSR par le biais de l'ESC ou d'améliorer les installations sanitaires dans les écoles, les stratégies éducatives sont déterminantes dans la demande croissante de services de SSRMNEA et l'accès à ceux-ci, ainsi que dans leur utilisation, mais aussi dans le domaine des droits humains pour les femmes et les enfants.

5.2 Renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs

Jusqu'à présent, la gouvernance, le financement et le suivi conjoint de l'action intersectorielle visant à atteindre les objectifs de SSRMNEA se sont révélés difficiles dans la pratique. Le point de vue selon lequel le secteur de la santé est le seul responsable de la santé des femmes, des enfants et des adolescents a freiné une plus grande collaboration entre les secteurs. Cela a également compliqué la prise en compte des facteurs déterminants de la SSRMNEA, dont l'inégalité des sexes, dans le cadre d'une action et de programmes multisectoriels. Il est clairement indiqué dans les objectifs de développement durable et la Stratégie mondiale que cette situation ne doit plus se produire. Les programmes de SSRMNEA ont des enseignements à tirer de la réponse à l'épidémie de VIH. La programmation multisectorielle constitue un pilier de la lutte contre le VIH depuis des décennies, fournissant de nombreux exemples de collaboration fondée sur les droits entre le secteur de la santé et d'autres secteurs pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, notamment l'inégalité des sexes, qui jouent un rôle dans la transmission du VIH et la capacité des personnes infectées à solliciter un traitement, des soins, et un accompagnement.¹⁰⁸

L'une des principales caractéristiques des interventions menées aux niveaux mondial et national a été le recours au dialogue multipartite (DM).¹⁰⁹ Un DM

est un processus structuré et interactif qui réunit les partenaires concernés pour promouvoir une compréhension mutuelle et créer des plans d'action communs.¹¹⁰ Les processus de DM peuvent être utilisés pour renforcer la collaboration et l'action entre les secteurs de la santé et les autres secteurs et encourager les initiatives multisectorielles pour aborder les déterminants sociaux de la SSRMNEA, notamment l'inégalité des sexes. On trouve déjà des DM visant à améliorer la santé des femmes et des enfants dans de nombreux pays. Citons à titre d'exemples récents les analyses nationales de mise en œuvre soutenues par l'Alliance pour la santé reproductive, maternelle et du nouveau-né menées dans six pays d'Asie et du Pacifique, ainsi que les efforts multipartites visant à structurer le budget consacré à la santé en Ouganda.

Il est ressorti des dialogues multipartites sur la santé des femmes, des enfants et des adolescents que la mobilisation d'autres secteurs représentait un défi.¹¹¹ Un responsable national d'un dialogue multisectoriel sur la santé des femmes et des enfants a fait remarquer : « Il a été très difficile d'obtenir la participation du secteur non médical. Vous devez faire appel à vos relations, à vos relations personnelles. Je recommanderais de faire en sorte que les invitations aux autres acteurs soient adressées par le plus haut niveau des ministères de la santé. »¹¹² Le leadership et l'engagement à tous les niveaux sont essentiels pour renforcer la collaboration entre les secteurs. Une stratégie pour faire participer les partenaires consiste à inscrire au programme des questions provenant d'autres secteurs que celui de la santé. Au Pérou, par exemple, les dialogues multisectoriels sur la SSRMNEA ont débouché sur un examen de la nutrition des enfants avec des participants de la santé et d'autres secteurs,¹¹³ offrant ainsi une occasion relativement rare de discussion intersectorielle sur des questions de santé et encourageant une attention accrue aux facteurs sociaux de la santé. Établir un lien entre les dialogues sur la SSRMNEA et les cycles de planification et de politique nationale actuels peut également

accroître la probabilité que les partenaires autres que le secteur de la santé apprécient et participent aux discussions concernant la SSRMNEA. Bien que les DM représentent une première étape importante dans la promotion du dialogue entre le secteur de la santé et les autres secteurs sur les déterminants sociaux de la SSRMNEA, ils se doivent d'être suivis par des actions.

Étant donné l'absence d'une base factuelle solide ou de directives précises sur le travail et la gouvernance des différents types d'action multisectorielle, il est utile de commencer par chercher des exemples de mesures qui ont fait leurs preuves. ONU Femmes, en collaboration avec ses autres partenaires du H6, a donc compilé une série d'études de cas pour mettre en évidence les types d'actions qui peuvent être mises en œuvre et reliées entre les secteurs pour aborder l'inégalité des sexes comme déterminant de la SSRMNEA, en particulier dans les milieux à revenu faible ou lourdement touchés. **L'Annexe 4** présente des ressources supplémentaires sur les approches multisectorielles de la SSRMNEA.

5.3 Qu'est-ce qui fonctionne ? Études de cas portant sur des programmes dans différents secteurs et zones géographiques

Les études de cas suivantes offrent des exemples de contributions que les interventions non liées au secteur de la santé apportent pour transformer les relations de pouvoir inégales, surmonter les inégalités entre les sexes et améliorer les résultats de la SSRMNEA. Ces études de cas démontrent comment l'intégration de stratégies soucieuses de l'égalité des sexes dans les programmes et interventions qui ne relèvent pas du secteur de la santé peut stimuler les efforts intersectoriels visant à améliorer la SSRMNEA et à donner aux femmes et aux adolescents les moyens de revendiquer leurs droits à la santé sexuelle et reproductive.

Étude de cas 11 : Intensifier les activités d'éducation sexuelle complète dans les écoles zambiennes et donner aux adolescents les moyens d'adopter des comportements sexuels et reproductifs sains

LE SUJET

L'éducation sexuelle complète (ESC) joue non seulement un rôle important dans la prévention des résultats négatifs en matière de SSR, mais offre également une plateforme pour discuter des questions de genre et des droits humains, et pour promouvoir des relations respectueuses et non violentes. Le Rapport mondial de suivi sur l'éducation a constaté que l'éducation au VIH et à la sexualité tenant compte des questions de genre et des compétences nécessaires dans la vie courante n'était couverte dans le programme national que par 15 % des 78 pays analysés.¹¹⁴ En se concentrant sur les questions de genre et les relations de pouvoir, les programmes d'ESC sont plus susceptibles d'avoir des effets positifs sur la réduction des IST et des grossesses non désirées que les programmes qui ignorent ces questions. Lorsque les jeunes femmes et les adolescentes ont accès à une éducation sexuelle complète et adaptée à leur âge avant de devenir sexuellement actives, elles sont plus susceptibles de prendre des décisions éclairées sur leur sexualité et d'aborder les relations avec plus de confiance en elles. L'ESC est également connue pour favoriser l'utilisation du préservatif par les filles, le dépistage volontaire du VIH chez les jeunes femmes et la réduction des grossesses chez les adolescentes, surtout lorsqu'elle est rattachée à des services de santé non scolaires et adaptés aux jeunes dans un environnement sans stigmatisation.

En 2016, la Zambie comptait la plus forte population de jeunes de son histoire, avec 46 % âgés de moins de 15 ans et 52,5 % de moins de 18 ans.¹¹⁵ Les enseignants et les spécialistes de la santé sexuelle disposent d'une occasion idéale de communiquer aux élèves, durant leur scolarité, des renseignements exacts et appropriés en matière d'éducation sanitaire. Le début de l'adolescence engendre non seulement des changements physiques, mais aussi des vulnérabilités aux violations des droits humains, en particulier dans les domaines de la sexualité, du mariage et de la procréation.

Le programme d'intervention intitulé « Renforcement de l'éducation sexuelle complète des jeunes en milieu scolaire en Zambie » est un projet national mis en œuvre par le Gouvernement zambien et l'UNESCO, avec le soutien de l'Agence suédoise de coopération internationale au développement. Le projet s'est déroulé de 2013 à 2018.

OBJECTIF

Améliorer l'accès des jeunes (âgés de 10 à 24 ans), y compris ceux qui vivent avec le VIH et les personnes en situation de handicap, à une éducation et à des services sexuels de qualité, adaptés à leur sexe et à leur âge, afin que les adolescents et les jeunes hommes et femmes accèdent à une santé sexuelle et reproductive plus satisfaisante.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Communautaire / organisationnel, politique

APPROCHE

Les mesures déployées au niveau national pour développer l'ESC se sont appuyées sur les Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle, élaborés par l'UNESCO en partenariat avec le FNUAP, l'UNICEF, l'OMS et ONUSIDA. Ces Principes directeurs soutiennent une approche fondée sur les droits qui privilégie l'égalité des sexes, l'apprentissage participatif et la sensibilisation des jeunes. Ils reconnaissent et promeuvent les droits de l'homme et l'égalité des sexes, et utilisent explicitement une approche axée sur l'autonomisation.

En 2014, la Zambie a révisé son programme d'études en y intégrant l'ESC de manière à promouvoir l'égalité des sexes, en se fondant sur des données probantes et en tenant compte de l'âge et de la culture de chacun. Le programme a ensuite été mis en œuvre de la 5^e à la 12^e année (du CM2 à

la Terminale dans le système éducatif français) dans toutes les écoles publiques du pays. Enseigner une éducation sexuelle promouvant l'égalité des sexes et fondée sur les droits à l'école ne se limite toutefois pas à la mise en place d'un programme revu et corrigé. Des changements s'imposent à plusieurs niveaux. Les enseignants ont besoin de formation et de soutien continu, de la formation initiale à la salle de classe. Le projet a intégré l'ESC dans la formation initiale des enseignants du primaire et les enseignants en cours d'emploi ont été formés à la mise en œuvre efficace de l'ESC promouvant l'égalité des sexes et fondée sur les droits dans les salles de classe. Cette démarche a été soutenue par l'élaboration de matériels d'enseignement et d'apprentissage fondés sur les droits et sensible au genre pour tous les niveaux.

« J'ai ressenti le besoin de m'impliquer davantage dans l'enseignement d'une éducation sexuelle complète en raison de la façon dont notre société dissimule les informations sur la sexualité. Je me souviens d'avoir grandi et d'avoir entendu que si je m'asseyais à côté d'un garçon à l'école, j'aurais un enfant. Je ne veux pas que la génération actuelle traverse ce que nous avons vécu. »
—*Agather Shindende, enseignante à l'école primaire de Kabulonga, Lusaka, Zambie*

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Compte tenu de l'ampleur et de la portée du projet, l'engagement de multiples secteurs – y compris les ministères de l'Éducation, de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et du Développement de l'enfant, ainsi que les ONG et autres partenaires – était essentiel pour garantir que la mise en œuvre de l'ESC soit assumée dans les différents secteurs. Cette coopération étroite entre secteurs a également facilité la viabilité et l'évolution de ce projet, notamment l'élaboration du cadre de l'ESC extrascolaire de la Zambie pour garantir que les adolescents et les jeunes non scolarisés aient également accès à des informations en matière de santé sexuelle et reproductive qui tiennent compte de leurs droits et prennent en compte les questions de genre.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Grâce à la collaboration intersectorielle entre les ministères de la Santé et de l'Éducation – en partenariat avec le FNUAP, l'UNESCO et les ONG travaillant dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la mobilisation des jeunes, de la violence basée sur le genre et de l'égalité des sexes – les adolescents et les jeunes ont pu recevoir des informations et services en SSR de qualité, adaptés à leur âge, sur les lieux de mise en œuvre des projets financés. Dans certaines régions, l'Initiative relative aux objectifs du Millénaire pour le développement a eu recours à des manuels de formation sur l'ESC destinés au personnel des secteurs de la santé et de l'éducation pour nouer des liens plus forts entre ces deux secteurs. De plus, certaines écoles accueillent des visites du personnel du ministère de la Santé pour échanger avec les élèves sur l'éducation et les services en matière de SSR. D'autres liens systématiques entre l'ESC en milieu scolaire et les services de SSR en milieu hospitalier sont à l'étude. Le rapport d'avancement de 2016 révèle que la province de l'Est recevra un financement du secrétaire d'État au Développement international pour former des pairs éducateurs qui travailleront dans des espaces adaptés aux jeunes en clinique. Ces pairs éducateurs soutiendront la création d'une demande dans les écoles et sensibiliseront davantage la population aux services de santé disponibles dans la région. Ce projet poursuivra également sa collaboration avec le FNUAP pour mettre à l'essai un système d'aiguillage entre les écoles et les services de SSR dans certaines provinces de l'ouest et du nord-ouest du pays. Si ce modèle s'avère efficace, il pourra être intégré à de futures formations à l'échelle nationale. Le renforcement de l'appropriation aux niveaux national et infranational est également apparu comme un élément essentiel du processus de mise en œuvre. Ainsi, les agents provinciaux de normalisation ont reçu une formation sur la surveillance de la qualité et de l'exécution de l'ESC dans les établissements scolaires. En 2015, l'outil d'évaluation et d'éducation sexuelle a été utilisé pour évaluer le programme d'ESC. Le programme a obtenu un score élevé, soit près de 90 %, pour ses objectifs, sa couverture des comportements efficaces, son modèle de programme et son analyse des parties prenantes. En ce qui concerne le contenu du programme, les connaissances

ont atteint 81 %, les sentiments 85 %, les aptitudes à la vie quotidienne 67 %, les droits de l'homme 55 %, le sexe 78 % et les normes sociales 68 %. En 2015, 100 % des écoles ciblées ont déclaré avoir intégré l'ESC dans leurs programmes d'études. Plus de 1,35 million d'apprenants de la 5^e à la 12^e année (du CM2 à la Terminale dans le système éducatif français) ont été sensibilisés à l'ESC, soit 77 % de l'objectif global du projet ; 243 maîtres formateurs et 38 521 enseignants en activité ont été formés pour dispenser l'ESC dans les salles de classe. D'ici la fin 2016, le projet devait rapprocher 12 000 jeunes des services de SSR.¹¹⁶

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

La Zambie est l'un des premiers pays de la région à avoir lancé un tel programme d'ESC d'envergure nationale. En 2016, le programme national d'ESC en milieu scolaire a été complété par le lancement du cadre d'ESC extrascolaire. Ce projet s'appuyait sur le précédent projet national d'ESC et se distinguait une fois de plus par une étroite collaboration intersectorielle entre le ministère de la Jeunesse, des Sports et du Développement de l'enfant, le ministère de la Santé

et le ministère de l'Enseignement général, avec le soutien du FNUAP et de l'UNESCO. Le cadre extrascolaire a pour objectif de garantir que les adolescents et les jeunes non scolarisés bénéficient d'une ESC complète, fondée sur les droits et soucieuse de l'égalité des sexes ; il reconnaît que ces derniers sont souvent exclus des interventions sociales et sanitaires menées dans les systèmes éducatifs officiels et ne disposent peut-être pas de renseignements précis concernant leur SSR, ce qui nuit à leur transition vers la vie adulte.

« Parmi les sujets qu'on nous a enseignés, le genre est celui qui me semble le plus intéressant. J'aime le genre parce qu'il nous apprend à être égaux. Les garçons et les filles peuvent faire les mêmes choses – mathématiques, sciences, économie familiale et dessin technique. J'ai appris que nous devons nous respecter mutuellement et que les tâches ménagères doivent être accomplies par les filles et les garçons. » — Harriet Lilanda, 13 ans, élève à l'école primaire Twalumba à Lusaka, Zambie

Étude de cas 12 : Établir un environnement favorable à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au Bangladesh et responsabiliser les adolescentes pour qu'elles sollicitent des services

LE SUJET

La gestion efficace de la menstruation constitue à la fois un enjeu WASH et un élément fondamental de la santé reproductive. Cependant, l'hygiène menstruelle – thème transversal ayant un impact significatif sur la santé et le bien-être des femmes et des filles – a souvent été négligée dans les programmes de SSR et de WASH. Une mauvaise gestion de l'hygiène peut causer des infections et mettre en danger la SSR des femmes et des filles. Le manque d'installations adéquates pour la gestion de l'hygiène menstruelle soulève

également des questions concernant le droit à la vie privée, la dignité humaine, l'égalité des sexes et la non-discrimination. La plupart des programmes d'assainissement ne tiennent pas compte des besoins des femmes et des filles sur ces questions personnelles. Habituellement, la conception des latrines ne répond pas aux besoins spécifiques des femmes et des filles, et lorsque des programmes de promotion de l'hygiène existent, un grand nombre exclut la question de l'hygiène menstruelle et se concentre plutôt sur les pratiques du lavage des mains. La stigmatisation sociale et les normes entourant les menstruations, et souvent la prise de décisions en matière de WASH dominée par les

hommes, signifient également que les besoins sociaux et physiques des femmes et des filles en matière d'hygiène menstruelle ne sont souvent pas satisfaits. Au Bangladesh, la GHM demeure un grave problème, en particulier dans les écoles. Selon l'enquête nationale de référence sur l'hygiène au Bangladesh, on compte 1 toilette pour 187 élèves, et 40 % des filles interrogées ont déclaré avoir manqué l'école pendant leurs règles, en moyenne trois jours par mois.¹¹⁷ Le niveau de connaissance de la GHM reste faible, plus de 85 % des femmes interrogées déclarant utiliser de vieux morceaux de tissus pour leur protection menstruelle.¹¹⁸ Le manque de sensibilisation et les tabous sociaux sont des facteurs importants qui contribuent aux complications de santé chez les filles lorsqu'elles atteignent la puberté.

L'intervention du Programme Ritu au Bangladesh a été mise en œuvre par l'ONG Simavi, avec le soutien de l'Ambassade du Royaume des Pays-Bas et en partenariat avec une agence de médias et de communication bangladaise, RedOrange, et l'Organisation néerlandaise pour la recherche scientifique appliquée (TNO), un institut indépendant. Le programme est mis en œuvre de 2015 à 2019.

OBJECTIF

Améliorer l'hygiène menstruelle et le bien-être des filles âgées de 11 à 13 ans dans certains districts du Bangladesh.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, organisationnel / communautaire, environnement favorable

APPROCHE

Le Programme Ritu intègre une approche SDSR dans les interventions WASH, y compris les interventions liées à l'égalité des sexes qui visent à sensibiliser et à combattre les tabous et les normes sexistes nuisibles. Le Programme Ritu s'articule autour d'un changement dans la culture scolaire actuelle et dans la communauté, brisant ainsi les tabous entourant la menstruation. Grâce à une approche d'autonomisation, les filles scolarisées de la 6^e à la 8^e année (de la 6^e à la 4^e dans le système éducatif français) sont

sensibilisées aux changements de leur corps dans le cadre d'une approche plus large de l'égalité des sexes, avec une attention particulière donnée à l'estime de soi et aux questions de l'auto stigmatisation liée à la menstruation. Le programme vise également à créer un environnement favorable pour que les filles et les femmes puissent solliciter ces services auprès du gouvernement, du secteur privé et des ONG. Il s'agit notamment de travailler avec les responsables politiques à plusieurs niveaux pour insister sur l'importance d'installer des toilettes séparées pour les femmes et les adolescentes dans tous les établissements scolaires, centres de santé, lieux de travail et lieux publics.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Jusqu'à présent, une grande partie du leadership et des activités en matière de GHM, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des écoles, a été assurée par le secteur WASH. Pourtant, l'éducation joue un rôle crucial dans la promotion de la santé et des droits des filles en matière de reproduction. Les faits montrent que les filles instruites sont plus susceptibles de retarder leur premier rapport sexuel, d'avoir moins de partenaires sexuels, d'utiliser la contraception et d'être moins susceptibles d'être infectées par le VIH. Elles sont également plus enclines à faire vacciner leurs enfants, à être scolarisées et à avoir des familles en meilleure santé. L'argument des droits de l'homme et la nécessité d'améliorer la gestion de la santé maternelle et infantile pour des raisons de santé et d'éducation justifient fortement l'engagement de multiples secteurs. Le Programme Ritu vise donc à assurer une plus grande collaboration intersectorielle entre les secteurs WASH et celui de l'éducation, afin que les enseignants disposent du matériel et des éléments nécessaires et soient prêts à enseigner ces sujets. Au-delà du secteur public, le programme travaille avec des fabricants et des distributeurs du secteur privé pour s'assurer que les filles du Bangladesh aient accès à des serviettes sanitaires abordables et respectueuses de l'environnement.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Le Programme Ritu démontre que la politique et la programmation WASH donnent la possibilité de dépasser la considération des besoins pratiques des femmes et des

filles pour avoir un impact plus transformateur sur les interventions WASH, qui peuvent influencer de façon positive sur les relations de pouvoir inégales et améliorer tant les résultats de la SSRMNEA que les questions d'égalité des sexes. Une telle démarche est non seulement positive pour l'égalité des sexes, mais aussi cruciale pour une approche équitable, inclusive et fondée sur les droits dans le domaine du WASH et de la SSRMNEA. Les premières conclusions du Programme Ritu insistent sur l'importance de la collaboration intersectorielle entre les secteurs de la santé et de l'éducation dans la lutte contre l'inégalité des sexes en tant que déterminant clé de la santé reproductive et des adolescents. Les résultats à moyen terme indiquent que les interventions promouvant l'égalité des sexes sont plus efficaces lorsqu'elles sont mises en œuvre tant au niveau individuel (par exemple, améliorer la confiance en soi des filles et les habiliter à solliciter des installations adéquates pour la GHM) que communautaire (par exemple, s'attaquer au niveau de la communauté à l'origine des tabous et des normes nuisibles en la matière, notamment les règles menstruelles, etc.) Bien qu'il soit trop tôt pour entreprendre une évaluation d'impact, les premiers résultats du Programme Ritu nous renseignent utilement sur l'effet des interventions promouvant l'égalité des sexes visant à réduire le harcèlement lié aux règles, à améliorer la confiance en soi des filles et à les

habiliter pour solliciter des installations nécessaires à la GHM. Bien que peu de données expérimentales soient disponibles pour démontrer l'efficacité des interventions de GHM en matière de santé et de scolarisation, le Programme Ritu enrichira considérablement cette base de données.

.....

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

L'intensification des programmes de GHM promouvant l'égalité des sexes peut contribuer à de meilleurs résultats dans les domaines du WASH, de la santé et de la condition féminine, notamment en ce qui concerne les adolescentes. Cette possibilité est déjà mise à profit dans d'autres régions d'Asie du Sud (Inde) et d'Afrique de l'Est (Éthiopie, Kenya, Tanzanie, Ouganda) où la SDSR est intégrée aux programmes WASH par une approche qui favorise la responsabilisation des filles pour les amener à prendre les décisions qui s'imposent pour leur santé reproductive. Alors que les priorités en matière de ressources sont concurrentes dans les domaines de la santé et de l'éducation, ces initiatives démontrent qu'il est possible d'intégrer la GHM aux programmes existants, de manière à réduire les inégalités entre les sexes comme déterminant de la SSRMNEA et à donner aux filles la possibilité de solliciter des services et d'y accéder.

Étude de cas 13 : Promouvoir l'égalité des sexes dans la production agricole et améliorer les résultats nutritionnels des enfants de moins de cinq ans au Mozambique, au Nigéria et en Ouganda

.....

LE SUJET

La malnutrition étant, selon les estimations, une cause sous-jacente de 45 % des décès d'enfants dans le monde et l'anémie contribuant à 20 % de la mortalité maternelle, il est fondamental pour améliorer les résultats en matière de SSRMNEA de consacrer des ressources aux programmes qui s'occupent de sécurité alimentaire et nutritionnelle du foyer. Si de nombreuses interventions en faveur du développement agricole ont permis d'accroître la production alimentaire,

elles n'ont pas nécessairement permis d'améliorer l'état nutritionnel des femmes et des enfants. La recherche montre que la quantité de nourriture produite et disponible dans un ménage agricole n'est pas implicitement liée à la qualité de la nourriture, à la valeur nutritionnelle ou à la diversité de l'alimentation des membres du foyer. On observe également une forte corrélation entre l'inégalité des sexes et l'insécurité alimentaire et nutritionnelle, les relations entre les sexes déterminant les rôles et responsabilités au sein du foyer et les décisions concernant l'allocation des ressources ou l'adoption des technologies dans les systèmes agricoles.

L'inégalité des relations de pouvoir signifie que les ressources du ménage, en particulier la nourriture, sont allouées en fonction des priorités du membre le plus puissant du foyer, dans la plupart des cas un homme. Les besoins des femmes en matière de sécurité alimentaire et de nutrition, et souvent ceux de leurs filles, sont négligés au niveau du foyer, où les normes sociales et culturelles discriminatoires prévalent, ce qui contribue à des effets néfastes sur la santé. La planification intersectorielle entre les secteurs de la santé et de l'agriculture peut assurer l'impact positif des politiques agricoles sur la santé et inversement, contribuant à améliorer la sécurité nutritionnelle des femmes, des enfants et des adolescents et, par conséquent, les résultats dans le domaine de la SSRMNEA. Cependant, une approche intégrée liant la production agricole et la nutrition humaine doit également tenir compte de l'impact négatif de l'inégalité des sexes sur la nutrition et les résultats sanitaires. Cette constatation est étayée par des recherches montrant que des changements dans la participation et/ou le contrôle des ressources entre les hommes et les femmes peuvent accroître considérablement la productivité, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et améliorer la santé et l'éducation.

Le projet GINA (Nutrition et agriculture tenant compte des inégalités entre les sexes) [Gender Informed Nutrition and Agriculture] a été piloté en Ouganda, au Mozambique et au Nigéria et financé par USAID. Il s'est étendu sur une durée de 18 mois au Mozambique et au Nigéria, et de 24 mois en Ouganda, entre octobre 2005 et septembre 2007.

OBJECTIF

Améliorer les résultats nutritionnels chez les enfants de moins de 5 ans, dans une optique d'égalité des sexes.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, communautaire, environnement favorable

APPROCHE

Le programme a adopté une approche communautaire axée sur les questions de genre pour améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des ménages au Mozambique, au Nigéria et en Ouganda, en privilégiant le

statut nutritionnel des enfants âgés de moins de 5 ans. Le programme a opéré tant au niveau national (élaboration de politiques) qu'au niveau communautaire (mise en œuvre d'activités communautaires intégrées). GINA a appuyé les efforts visant à formuler et à mettre en œuvre des politiques intersectorielles qui luttent contre la faim, l'insécurité alimentaire, la malnutrition et l'inégalité des sexes comme facteurs déterminants des mauvais résultats nutritionnels chez l'enfant. En plus de positionner la nutrition dans les cadres de politique nationale de développement du Mozambique, du Nigéria et de l'Ouganda, le programme se focalisait fortement sur une collaboration intersectorielle. GINA a intégré des composantes multidimensionnelles, telles que l'autonomisation des femmes, par le biais de formations sur les connaissances et les compétences afin de renforcer leurs capacités tout en améliorant leur accès aux ressources, aux revenus et aux rôles décisionnels dans leurs foyers et communautés. Des mesures ont également été déployées pour faire participer les femmes à des postes de direction et des tentatives ont été faites pour assurer la participation des hommes aux activités du programme. La formation de groupes communautaires était également importante pour assurer l'engagement communautaire des hommes et des femmes dans les activités du programme. Chaque pays se fixait des objectifs individuels, et chaque communauté appliquait une optique d'égalité des sexes pour relever les défis propres à chacune en matière d'amélioration de la sécurité alimentaire et nutritionnelle des foyers.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Aux niveaux national et infranational, des représentants du ministère de l'Agriculture et du Développement rural ont été associés à ceux du ministère de la Santé. Au Mozambique, la collaboration intersectorielle a également impliqué le ministère de l'Éducation et, au Nigéria, le Comité de planification fédérée a figuré dans les comités consultatifs multidisciplinaires créés aux niveaux national et local pour appuyer la coordination et l'exécution du programme. Dans les trois pays, ces comités réunissaient également des instituts de recherche, des ONG et des organisations communautaires œuvrant dans les domaines de l'agriculture, de la nutrition, de la sécurité alimentaire et de l'autonomisation des femmes.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

Grâce à une analyse d'entrevues qualitatives et de données d'archives, Lewis a démontré l'importance des questions de genre dans le succès du programme GINA.¹¹⁹ Il a été démontré que ces projets communautaires réduisent le nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale et augmentent la disponibilité, la connaissance et la consommation d'aliments nutritifs. Il a également été démontré que ces programmes améliorent le statut des femmes, remodelent les rôles des hommes et des femmes dans la production et la transformation agricoles, et renforcent le pouvoir des femmes dans les décisions financières. L'accent mis par GINA sur la réduction des inégalités entre les sexes et la modification des rôles liés au sexe a permis une amélioration du statut des femmes et à leur reconnaissance en tant que productrices et transformatrices d'aliments. En conséquence, le contrôle des femmes sur leurs ressources, ainsi que la taille de leurs ressources, ont augmenté dans les sites du programme. Entre

le début du programme et l'évaluation de suivi, les projets GINA ont permis de réduire le rapport poids/âge insuffisant de 3 000 enfants de moins de 5 ans. Dans l'ensemble, l'état nutritionnel des enfants s'est amélioré dans les zones ciblées par le programme dans les trois pays, avec une réduction de 56,5 % du nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale grave ou modérée.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Suite au succès de ce projet pilote, USAID a intensifié le modèle GINA par le biais d'un programme collaboratif de soutien à la recherche dans le domaine de la nutrition et d'un laboratoire d'innovation en nutrition d'une valeur de 15 millions de dollars. Ce travail de recherche vise spécifiquement à constituer la base de données probantes permettant de démontrer en quoi les interventions agricoles sensibles au genre mises en œuvre et co-localisées avec des activités dans le domaine de la santé peuvent mener à une amélioration du statut alimentaire des femmes et des enfants à grande échelle.

Étude de cas 14 : Garantir que les programmes de transfert monétaire assorti de conditions au Brésil réduisent les inégalités entre les sexes

LE SUJET

Il apparaît de plus en plus clairement que les programmes de Transfert monétaire assorti de conditions (CCT) améliorent de manière générale les résultats de santé des enfants et l'utilisation des services par les femmes enceintes et les enfants, tout en augmentant le taux de scolarisation des filles. Le programme Bolsa Família du Brésil est l'un des premiers et des plus importants programmes de CCT dans le monde. Créé en 2003, ce programme national de CCT dessert près d'un quart de la population du pays, et 93 % de ses bénéficiaires sont des femmes. Son objectif est d'éliminer l'extrême pauvreté et d'améliorer l'accès aux services pour les populations les plus vulnérables du pays. Les conditions du programme sont centrées sur l'enfant : vaccinations à

jour, fréquentation scolaire régulière et examens médicaux annuels. En inscrivant massivement des participantes, le programme Bolsa Família vise également à donner aux femmes un plus grand contrôle sur les ressources de la famille et à renforcer leurs droits et responsabilités en tant que citoyennes à part entière, compte tenu des exigences du programme en matière de visites dans les administrations publiques et dans le cadre des démarches légales. Bien que le programme vise à autonomiser directement les femmes, et qu'il ait enregistré des progrès dans ce domaine, la mesure dans laquelle il réduit les inégalités entre les sexes comme déterminant essentiel de la santé ne ressort pas aussi clairement. Certains craignent que les programmes de CCT ne renforcent au lieu de réorganiser la répartition des responsabilités et des soins selon le sexe. En renforçant le

rôle des femmes en tant que premières responsables de la scolarisation et des besoins sanitaires de leurs enfants, le CCT dé-responsabilise les hommes mais peut aussi faire porter aux femmes un fardeau excessif et leur faire subir d'éventuelles représailles par leur famille et les membres de leur communauté. Les résultats de l'Enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes ont mis en évidence un lien entre l'augmentation du revenu et de la participation des femmes aux programmes de CCT et une augmentation des cas de violences. Sur les sites de recherche d'Amérique latine, il a été fait état d'une augmentation de la violence conjugale due à la réaction négative des maris lorsque les transferts étaient remis à leurs épouses, érodant ainsi l'estime de soi des hommes en tant que pourvoyeurs du foyer. Ces résultats suggèrent que si les politiques et programmes de protection sociale sont conçus et mis en œuvre sans tenir compte des questions de genre, ces interventions peuvent renforcer les normes sexistes nuisibles, accroître la pauvreté des femmes et même entraîner des violences basées sur le genre. En agissant ainsi, les programmes de CCT risquent d'avoir des impacts involontaires et défavorables pour les femmes et de compromettre les progrès vers de meilleurs résultats en termes de SRMNEA.

Le programme d'accompagnement Bolsa Família est un projet de recherche-action de trois ans (2013-2015) mis en œuvre par l'ONG internationale Promundo, basée au Brésil, dans les communautés urbaines et rurales des États de Rio de Janeiro et de Pernambuco, financé par le Fonds pour l'égalité des sexes d'ONU Femmes.

OBJECTIF

Lutter contre la perpétuation de normes sexistes nuisibles et l'escalade potentielle de la violence dans le contexte du programme de CCT Bolsa Família au Brésil.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Interpersonnel, communautaire, organisationnel, politique

APPROCHE

Le projet a adopté une approche multidimensionnelle axée sur les niveaux interpersonnel, communautaire,

organisationnel et politique. Au niveau du foyer et au niveau interpersonnel, le projet a mobilisé de manière proactive les hommes qui bénéficiaient des CCT pour soutenir l'autonomisation économique de leurs partenaires féminines en les encourageant à réfléchir de manière critique sur l'autonomisation, la participation et la prise de décision des femmes, et leur réintégration ou leur intégration sur le marché du travail. Au niveau communautaire, la priorité accordée par le projet à l'éducation de groupe a encouragé les hommes et les femmes à réfléchir de manière critique au partage des décisions et à la dynamique du pouvoir dans leurs relations afin d'accroître l'impact du programme Bolsa Família en faveur des femmes. Ces activités ont été appuyées par la sensibilisation et le renforcement des capacités des professionnels et des dirigeants communautaires qui travaillent avec les bénéficiaires du programme de CCT, par la formation du personnel du secteur public à l'égalité des sexes et au partage du travail dans la gestion des subventions Bolsa Família. Le programme visait également, à l'aide de recherches qualitatives et quantitatives au niveau micro, à formuler des recommandations de politique générale à l'intention du Gouvernement fédéral brésilien et de la communauté internationale sur les avantages d'une programmation et d'une mise en œuvre de programmes de CCT promouvant l'égalité des sexes.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Promundo a adopté l'approche selon laquelle la collaboration à plusieurs niveaux entre les secteurs est essentielle pour rendre les programmes de CCT plus respectueux de l'égalité des sexes. L'ONG a impliqué dans la conception et la mise en œuvre du projet le gouvernement (syndicats, agences gouvernementales locales, services d'assistance sociale), la société civile (Instituto Papai, Themis, Aldeia da Criança Alegre, Recicla-ção, Casarão dos Prazeres, Criola), les travailleurs sociaux, les professionnels de santé, les défenseurs des femmes, ainsi que les hommes et femmes bénéficiant du programme Bolsa Família. Les partenaires ont reçu une formation sur les programmes visant à faire évoluer la situation des femmes dans le contexte du programme Bolsa Família au moyen de manuels, de matériels d'information et de diverses campagnes et activités de sensibilisation.

ENSEIGNEMENTS, RÉSULTATS ET IMPACT

Il est ressorti des résultats des deux premières années du projet, qui portaient sur des interventions directes auprès des bénéficiaires du programme Bolsa Família, que l'introduction d'interventions complémentaires et la promotion de l'autonomisation sociale et économique des femmes par des attitudes et comportements équitables et non violents pouvaient réduire au minimum les effets non intentionnels et néfastes des CCT sur les femmes. Le projet a également montré qu'il était possible de remédier à l'inégalité des sexes grâce à une protection sociale à faible coût, en apportant de simples modifications de conception et en investissant dans le renforcement des capacités de mise en œuvre au niveau communautaire.

L'un des principaux enseignements tirés du programme d'accompagnement Bolsa Família réside dans l'importance de la collaboration à plusieurs niveaux. Si tous les partenaires – y compris les responsables politiques et les agents du gouvernement, la société civile, les femmes militantes et les donateurs – peuvent travailler de manière multisectorielle et être plus proactifs dans la lutte contre la dynamique et les blocages du pouvoir institutionnel, les programmes de CCT peuvent se révéler plus efficaces et faire évoluer positivement les inégalités entre les sexes. En particulier, le renforcement de la capacité d'action, des voix et de la participation des femmes dans la conception et la mise en œuvre de la protection sociale peut améliorer la capacité de l'État à répondre aux besoins des femmes, ainsi que sa responsabilisation en matière d'égalité des sexes. Le programme a adopté une approche novatrice et autoréfléchie pour comprendre et promouvoir l'autonomisation économique des femmes, ayant donné lieu à de nombreuses discussions sur les relations de pouvoir liées au genre entre hommes et garçons, femmes, professionnels de santé, communautés, travailleurs sociaux et autorités locales.

Un autre enseignement clé tiré de l'expérience réside dans le fait que l'application d'une optique d'égalité des sexes aux programmes de CCT ne peut être une option

supplémentaire mais doit faire partie intégrante des politiques et programmes de protection sociale pour que les femmes gagnent le maximum en autonomie, et cela vaut notamment pour les programmes de SSRMNEA. Au lancement du programme d'accompagnement Bolsa Família, 75 % des participants masculins affirmaient que les hommes avaient la responsabilité de s'occuper des enfants ; à la fin, ils étaient 100 % à déclarer avoir cette responsabilité. Au début du programme, 36 % des participants masculins déclaraient que s'occuper de la maison, des enfants et de la famille était la responsabilité principale des femmes ; ce chiffre était tombé à 22 % à la fin du programme. Parmi les participants masculins, 13 % estimaient que les femmes ne devraient pas avoir leur mot à dire dans les dépenses familiales ; à la fin, seulement 8 % se disaient en accord avec cet énoncé. À Nova Friburgo, une municipalité de Rio de Janeiro, on a observé une baisse de 16 points dans la conviction que la contraception était du ressort de la femme (référence : 20 %, fin du programme : 4 %). La perception qu'ont les femmes de leur rôle dans les relations familiales a également évolué, comme le montrent les enquêtes qualitatives menées avant et après le programme. Les femmes manifestaient au début du programme une certaine résignation à s'occuper du foyer et des enfants. Au terme du programme, elles avaient acquis une meilleure compréhension de l'importance d'un partage équitable des tâches et de leur droit à une plus grande indépendance émotionnelle et financière. Le fait d'encourager l'autonomisation sociale et économique des femmes par le biais du programme a permis d'accroître le nombre de familles admissibles au programme, ce qui a profité à 800 couples (400 à Rio de Janeiro et 400 à Pernambuco). La participation des femmes aux activités de plaidoyer en faveur de leur développement économique s'est également accrue sur les sites des projets, touchant plus de 40 000 femmes bénéficiaires.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Promundo et ses partenaires insistent sur l'importance de soutenir ce programme pour qu'il produise un impact à long

terme et ont la conviction que celui-ci peut servir de modèle et être étendu à d'autres États du Brésil et pays d'Amérique latine ayant des programmes similaires. Le soutien des gouvernements locaux et nationaux et l'obtention de financements de sources non gouvernementales, telles que des fonds privés, peuvent être des moyens d'assurer la poursuite et l'expansion du programme Bolsa Familia Companion.

« Nous sommes convaincus que cette expérience couronnée de succès peut être reproduite à plus grande échelle dans d'autres États, et même dans d'autres pays, avec des programmes de transferts monétaires similaires. » —*Vanessa Fonseca, Coordinatrice du programme à l'Instituto Promundo*

Étude de cas 15 : Utiliser la technologie de la téléphonie mobile pour améliorer l'accès aux services de réparations de fistules obstétricales en Tanzanie et promouvoir l'autonomisation des femmes

LE SUJET

Les estimations révèlent que toutes les 2 secondes, une femme est gravement blessée ou en situation de handicap pendant l'accouchement. Le développement de fistules obstétricales est directement lié à l'une des principales causes de mortalité maternelle : la dystocie d'obstacle. La fistule obstétricale, un trou dans le canal génital, est causée par des complications lors de l'accouchement et des soins de santé à la mère insuffisants. En Tanzanie, environ 20 000 femmes vivent avec cette condition et on estime que 3 700 nouveaux cas de fistule obstétricale surviennent chaque année, mais seulement 1 000 environ sont traités. Une étude menée en Tanzanie entre 2008 et 2010 auprès de 151 patientes souffrant d'une fistule a révélé qu'au moment de décider de leur lieu d'accouchement, presque toutes les femmes souhaitaient donner naissance dans une structure sanitaire mais cette décision finale a été prise par seulement 7 % d'entre elles.¹²⁰ Le mari ou la belle-mère avaient le dernier mot dans environ 60 % des cas, et la plupart choisissaient la naissance à domicile. L'inégalité des relations de pouvoir et l'enracinement des normes sociales limitent le pouvoir de décision et l'accès des femmes aux ressources, ce qui peut entraîner des retards supplémentaires dans la recherche de soins obstétricaux d'urgence et augmenter leur risque de développer des fistules obstétricales.

L'inégalité des sexes et la pauvreté rurale se recoupent également, empêchant les femmes des zones reculées d'accéder aux services obstétricaux d'urgence pendant l'accouchement. Le coût élevé du transport vers les établissements de santé, en particulier pour les personnes vivant dans des zones reculées, a été identifié comme un obstacle majeur à l'accès aux services de réparation de fistules obstétricales. L'enquête sur les fistules obstétricales de 2001 en Tanzanie a révélé que de nombreuses femmes atteintes de fistules obstétricales sont amenées à parcourir plus de 500 km pour se rendre dans un des principaux centres pour y subir une opération de réparation, certaines parcourant même jusqu'à 1 000 km.

Parmi les autres obstacles liés au sexe figurent le manque relatif d'informations sur les options de prise en charge (de nombreuses femmes et filles vivant avec une fistule obstétricale ne savent pas qu'un traitement est disponible) et le coût des réparations. Le traitement de la fistule obstétricale reste souvent hors de portée physique et financière de la plupart des femmes vivant avec cette condition. En plus des effets physiques comme l'incontinence, les femmes éprouvent souvent des traumatismes psychologiques, la stigmatisation sociale et l'isolement. Dans l'analyse des expériences vécues par les femmes touchées par la fistule obstétricale, quatre thèmes sont ressortis : perte de la maîtrise du corps, perte du rôle social en tant que femme,

perte d'intégration dans la vie sociale et perte de dignité et d'estime de soi. Du fait que très peu de personnes sont conscientes des causes, des conséquences et du traitement de la fistule obstétricale, celle-ci a tendance à engendrer stigmatisation et tabou. Par conséquent, de nombreuses femmes tentent de cacher leur état ou sont marginalisées par la communauté, ce qui réduit davantage les possibilités d'accès aux informations et aux services pour se soigner.

L'initiative transportMYpatient a été mise en œuvre en Tanzanie par le Centre communautaire de réadaptation globale (CCBRT). La phase pilote (2009-2010) a été financée avec le soutien de la Fondation Vodafone et du FNUAP.

OBJECTIF

Utiliser le potentiel des services bancaires mobiles pour améliorer l'accès des femmes aux services de réparation de fistules obstétricales.

NIVEAU D'INTERVENTION (MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE)

Individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel

APPROCHE

M-Pesa, un service fourni par Vodacom, est le plus grand service financier mobile en Tanzanie, avec 7 millions d'abonnés. Vodacom est également le leader du marché des télécommunications dans le pays, avec 38 % du trafic SMS national échangé via son réseau.¹²¹ L'initiative transportMYpatient a recours de manière innovante au système bancaire mobile M-Pesa de Vodafone – M pour « mobile » et Pesa pour « argent » en swahili – pour couvrir les frais de déplacement et d'hébergement à l'hôpital affilié du CCBRT à Dar es-Salaam pour y subir gratuitement une intervention de réparation. Grâce à la mobilisation communautaire, le programme crée des liens entre les femmes vivant avec une fistule et les ambassadrices et ambassadeurs volontaires, les agents locaux de M-Pesa et les prestataires de transport. L'argent est envoyé par SMS à des ambassadrices et ambassadeurs, qui peuvent être d'anciens patients, des professionnels de santé ou des membres du personnel d'ONG, qui identifient et orientent

les femmes souffrant de fistules vers une prise en charge. Les ambassadrices et ambassadeurs récupèrent l'argent chez l'agent local de Vodacom M-Pesa et achètent des billets de bus pour les patientes. Lorsqu'elles arrivent à l'hôpital, l'ambassadrice ou ambassadeur reçoit une petite prime d'encouragement, toujours par l'intermédiaire de M-Pesa.

Au niveau organisationnel, l'initiative transportMYpatient travaille en partenariat avec l'hôpital pour fournir des soins de santé adaptés à l'âge et sensibles au genre. Il s'agit notamment de sensibiliser les professionnels de santé à la stigmatisation, à la discrimination et à la violence basée sur le genre dont sont victimes les femmes souffrant d'une fistule et de les former à prodiguer des soins médicaux et psychosociaux sans stigmatiser les patientes. À la suite de la phase pilote, le programme s'est concentré sur l'autonomisation au niveau individuel, s'efforçant d'améliorer l'estime de soi et la confiance en soi des femmes dans le cadre de leur rétablissement.

Un seul SMS a changé la vie de Ruth. Elle vivait avec une fistule depuis 28 ans et a été ostracisée par sa communauté pour cette raison. Comme Ruth n'avait pas les moyens de se rendre à l'hôpital, son ambassadrice a déclenché l'initiative transportMYpatient du CCBRT. Le CCBRT a envoyé l'argent pour le billet de bus de Ruth sur le téléphone portable de son ambassadrice via M-Pesa. Après avoir reçu un SMS du CCBRT, son ambassadrice l'a échangé contre de l'argent et a acheté à Ruth un billet de bus pour Dar es-Salaam. Après son opération, Ruth a participé à des séances de conseil individuelles et de groupe et a bénéficié d'un enseignement en matière de santé, de conseils de planification familiale et de physiothérapie pour accroître sa confiance en soi et favoriser sa réintégration dans sa communauté.

COLLABORATION INTERSECTORIELLE

Le partenariat entre le fournisseur de télécommunications Vodacom et son service de banque mobile (M-Pesa) et le secteur de la santé est une démonstration du pouvoir de la collaboration intersectorielle pour améliorer les résultats

de la SRMNEA. Cette collaboration peut s'appuyer sur un partenariat à plusieurs niveaux associant des professionnels de la santé en établissement, le réseau d'ambassadeurs bénévoles, des agents locaux de M-Pesa et des sociétés de transport par autobus.

ENSEIGNEMENTS ET RÉSULTATS

En combinant les services bancaires mobiles, l'information du public, la mobilisation communautaire, la gratuité de la prise en charge, les déplacements et les conseils sensibles au genre, le CCBRT a amélioré la santé de nombreuses femmes atteintes d'une fistule en Tanzanie. En 2012, le CCBRT a introduit une prise en charge complète dans son service de traitement de la fistule en insistant sur des activités promouvant l'égalité des sexes et le statut des femmes, et qui tentent de faire évoluer dans la société les relations de pouvoir entre les femmes et les membres de la communauté. En se concentrant sur les interventions au niveau individuel, ce programme intègre des éléments d'éducation en matière de santé, notamment : la planification familiale, la nutrition et la prévention du VIH ; le conseil respectueux de l'égalité des sexes ; l'ergothérapie ; le chant et les compétences élémentaires, afin que les jeunes exercent davantage de maîtrise sur leur vie et parviennent à participer dans la communauté à égalité avec tous leurs concitoyens. La phase pilote a vu une augmentation de 65 % du nombre de femmes en mesure d'accéder à la chirurgie de la fistule, le nombre d'opérations de la fistule réalisées en 2010 ayant plus que doublé par rapport à 2009. En 2010, 268 interventions chirurgicales de fistule ont été pratiquées à l'hôpital du CCBRT, dont 129 sur des femmes qui ont voyagé par transport payé par M-Pesa grâce aux parrainages de 54 ambassadrices et ambassadeurs.¹²² En 2011, 166 femmes souffrant de

fistule obstétricale sont venues au CCBRT de presque toutes les régions de Tanzanie dans le cadre du programme transportMYpatient, ce qui représente une augmentation de 29 % par rapport à 2010 et une proportion totale de 49 % de réparations. Le nombre total de réparations de fistules a continué d'augmenter, avec 144 ambassadrices et ambassadeurs du CCBRT répartis dans toutes les régions de Tanzanie en 2012.

OPPORTUNITÉS D'INTENSIFICATION ET DE RÉPLICATION

Au cours des 12 premiers mois de mise en œuvre, le réseau des ambassadrices et ambassadeurs s'est étendu à toutes les régions du pays. Depuis la phase pilote de 2009-2010, le nombre de femmes ayant accès à un traitement n'a cessé d'augmenter, pour atteindre 920 femmes en 2015. De 2012 à 2015, le CCBRT et ses installations satellites ont réalisé plus de 65 % de toutes les opérations de fistule signalées en Tanzanie. Grâce au financement continu de la Fondation Vodafone et au soutien supplémentaire d'organisations, notamment USAID et le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida, la Fistula Foundation et Johnson & Johnson, le programme du CCBRT sur la fistule est devenu l'un des plus importants au monde. transportMYpatient n'est pas la seule initiative en faveur de l'amélioration de l'accès des femmes à des soins de santé vitaux grâce à la téléphonie mobile. La Freedom from Fistula Foundation au Kenya a recours à des fonds mobiles et à l'éducation communautaire pour offrir des chirurgies gratuites de réparation de la fistule et le Centre pour femmes Aberdeen en Sierra Leone a lancé une ligne téléphonique gratuite pour que les femmes souffrant de fistule puissent obtenir des informations et avoir des soins de première urgence.

6. PERSPECTIVES ET ACTIONS POUR LES PROGRAMMES FUTURS

6.1 Caractéristiques des programmes qui renforcent à la fois l'égalité des sexes et les résultats en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

La compilation d'études de cas dans les chapitres précédents identifie des approches et des exemples de programmes qui s'attaquent à l'inégalité des sexes dans le secteur de la santé et en partenariat avec des secteurs non paramédicaux, pour améliorer les résultats de la SSRMNEA. Nombre d'entre elles illustrent les modalités d'application du cadre d'action : en procédant à une analyse sensible au genre de la manière dont les facteurs à de multiples niveaux influencent la santé sexuelle et reproductive des femmes et des filles et la santé des femmes et de leurs enfants ; en identifiant les obstacles qui empêchent les femmes et les filles de revendiquer leurs droits aux services et informations de SSRMNEA ; en réduisant ces obstacles grâce aux programmes visant à répondre à l'offre et/ou à la demande, souvent par une coopération entre secteurs ; et en autonomisant les femmes et les filles. Les études de cas révèlent également plusieurs caractéristiques fondamentales des programmes qui permettent d'atteindre efficacement à la fois l'égalité des sexes et les résultats de SSRMNEA. Elles sont décrites ci-dessous.

Intégrer les questions de genre tout au long du cycle de programmation

L'égalité des sexes est influencée par chacun des niveaux d'un système social et par les interactions entre les individus et l'environnement. L'analyse de l'influence du genre sur le comportement lié à la SSRMNEA aux cinq niveaux du Modèle socio-écologique permet d'identifier des points d'entrée pour des programmes visant à renforcer l'égalité des sexes et à améliorer les résultats de la SSRMNEA. Comme le révèlent de nombreuses études de cas, les meilleurs résultats sont obtenus en ciblant simultanément plusieurs niveaux du Modèle, de sorte que des évolutions dans un domaine sont renforcées par des évolutions dans un autre. À titre d'exemple, les programmes peuvent intégrer des interventions dans l'offre de services de SSRMNEA ou dans la stimulation de la demande et l'engagement communautaire, ou se focaliser sur le secteur de la santé ou collaborer plus largement entre secteurs.

Au-delà de la première analyse de genre qui applique une optique d'égalité des sexes aux différents niveaux du Modèle socio-écologique, les considérations relatives au genre doivent rester au cœur des préoccupations tout au long de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme. Les programmes qui définissent des objectifs spécifiques en matière d'égalité des sexes, assortis d'objectifs mesurables et d'allocations budgétaires suffisantes, assument un mandat clair pour mettre en œuvre efficacement des interventions visant à renforcer cette égalité. L'égalité des sexes ne se limite pas à l'obtention de

meilleurs résultats dans le cadre de la SSRMNEA, c'est un objectif à atteindre par une meilleure santé.¹²³ Le recours à des données ventilées par sexe et à des données sur des questions spécifiques liées au genre – recueillies à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives – est nécessaire pour suivre les progrès et modifier les activités pour en accroître les effets. Les évaluations permettent également de mesurer l'impact du programme sur les résultats obtenus dans les domaines de la SSRMNEA et de l'égalité des sexes.

Renforcer l'égalité des sexes par des interventions de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, tant du côté de l'offre que de la demande

Les interventions visant à renforcer l'égalité des sexes doivent être intégrées à la fois dans l'offre de services de SSRMNEA et dans les initiatives visant à générer la demande et à mobiliser les communautés. L'offre et la demande sont complémentaires : sans demande, l'offre n'est pas pertinente, et sans offre, la demande reste non satisfaite. Il est essentiel de s'attaquer aux problèmes liés aux inégalités entre les sexes par des interventions sur le plan de l'offre pour faire en sorte que les informations et les services de SSRMNEA soient disponibles, accessibles et acceptables pour les femmes et les filles en vue de les accompagner dans la concrétisation de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. Les interventions peuvent cibler tous les niveaux du Modèle socio-écologique, par exemple en améliorant les politiques de santé, en renforçant la prestation des services de santé, en améliorant la communication interpersonnelle soignant-patients et en modifiant les attitudes des professionnels. Simultanément, la question du genre influence la demande d'informations et de services de SSRMNEA par les femmes et les filles, en interaction avec d'autres déterminants qui influencent la SSRMNEA (par exemple, la pauvreté, l'éducation et l'emploi). Les interventions peuvent contribuer à répondre à la demande en infléchissant les normes liées à l'égalité des sexes en matière de SSRMNEA par la formation

et le soutien individuels et entre pairs, la mobilisation communautaire, le renforcement des ressources organisationnelles et politiques en faveur des femmes et des filles (par exemple, avec des lois sur la violence familiale et des hébergements pour les victimes de violence conjugale).

Une action multisectorielle pour un impact amplifié

La Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) appelle les dirigeants gouvernementaux à « identifier les principales forces structurelles qui influent sur la santé et favorisent les disparités, y compris les préjugés structurels et institutionnels liés au genre [et] à adopter des politiques intersectorielles de grande portée pour faire progresser les objectifs communs et relever les défis que les secteurs isolés ne peuvent relever ». ¹²⁴ Néanmoins, la collaboration entre les secteurs de la santé continue de s'avérer difficile, en particulier dans les milieux où la charge de travail en matière de SSRMNEA est élevée. Même lorsque la justification est acceptée par les décideurs, les initiatives visant à favoriser la collaboration entre les secteurs sur les déterminants de la santé – y compris l'égalité des sexes – ont souvent été bloquées à la phase de la mise en œuvre. ¹²⁵

Le Modèle socio-écologique peut également être utilisé pour guider l'action multisectorielle en contribuant à identifier des interventions complémentaires qui luttent contre les obstacles liés au genre aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel et politique. Étant donné que le genre a une influence sur d'autres déterminants de la santé, les interventions en dehors du secteur de la santé doivent être considérées comme cruciales pour les stratégies concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents. ¹²⁶ Comme en témoignent les études de cas sur la collaboration entre les secteurs de la santé et les autres secteurs, l'inégalité des sexes compromet tous les domaines du développement.

Accompagner les femmes et les filles dans la réalisation de leur droit à la santé

L'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes sous-entend le renforcement de la capacité des femmes et des filles à défendre et à exiger leurs droits, la sensibilisation des communautés locales à l'égalité des sexes et aux droits de l'homme, tout comme plaider pour des réformes politiques et législatives qui favorisent des systèmes sociaux équitables, comme au Malawi qui a proscrit le mariage des enfants.

Ces programmes sont censés promouvoir non seulement le droit des femmes à la santé, mais aussi le droit à l'autodétermination en matière de reproduction et à l'intégrité physique. Par exemple, le programme Genre, Hygiène et Assainissement destiné aux femmes et aux filles en situation de handicap au Sénégal est allé au-delà du renforcement des capacités individuelles qui leur permettrait de mieux comprendre leur santé menstruelle en leur donnant la possibilité de défendre leurs libertés civiles, renforçant ainsi leur participation et leur responsabilisation.

L'autonomisation accroît les capacités individuelles des femmes et permet d'établir des relations sociales positives afin d'accroître leur capacité à faire des choix libres, à modifier les structures inégales et à réaliser leurs droits. Il s'agit d'un processus dynamique, les individus étant eux-mêmes des acteurs importants dans le processus de changement.¹²⁷ L'autonomisation des femmes et des filles porte sur le pouvoir et le contrôle qu'elles acquièrent sur leur propre vie. Cette initiative vise à générer une prise de conscience, le renforcement de la confiance en soi, l'élargissement des choix, un meilleur accès aux ressources et un meilleur contrôle de celles-ci, ainsi que des actions visant à transformer les structures et les institutions qui renforcent et perpétuent la discrimination et les inégalités entre les sexes. Cela implique que pour jouir de l'autonomisation, les personnes doivent non seulement disposer d'un environnement favorable qui conditionne les choix (structure) et l'égalité d'accès aux ressources et aux possibilités de participer à la prise de décisions concernant leur propre santé

(relations), mais elles doivent également avoir les mêmes aspirations et capacités (capacité d'action) à utiliser ces droits, ressources et possibilités pour faire des choix stratégiques et prendre des décisions (par exemple si une femme peut décider du nombre de ses enfants, de l'espacement et du moment de leur naissance).¹²⁸ Pour que les programmes qui visent à améliorer les résultats de la SSRMNEA soient efficaces, les femmes et les filles doivent être les agents du changement.

Cependant, lorsqu'il s'agit de s'attaquer aux déterminants de la SSRMNEA, en particulier l'inégalité des sexes, leurs contributions sont rarement pleinement exploitées. Les femmes et les adolescentes se retrouvent souvent dans l'incapacité d'exprimer leurs besoins ou exigences spécifiques, même si une politique, un programme ou un service peut affecter différemment les femmes et les hommes ou les filles et les garçons. L'absence de voix dans l'élaboration des politiques et la prestation des services limite le potentiel des femmes et des adolescentes à être des agents du changement pour faire évoluer les inégalités entre les sexes dans le domaine de la SSRMNEA.

La Stratégie mondiale préconise un monde où les femmes, les enfants et les adolescents peuvent participer pleinement à l'édification de sociétés durables et prospères. Dans le contexte de la SSRMNEA, l'engagement de la société civile – y compris les organisations de défense des droits des femmes et des enfants, les organisations de jeunesse et les défenseurs de l'égalité des sexes – est nécessaire pour permettre aux gouvernements et aux organisations internationales de prendre des mesures efficaces et les obliger à répondre de leurs actes. Les femmes et leurs organisations jouent un rôle crucial dans les efforts visant à promouvoir l'égalité des sexes et leur propre autonomisation. Le renforcement de la capacité des organisations et mouvements de défense des droits des femmes à utiliser les mécanismes nationaux et internationaux de défense des droits de l'homme pour faire valoir leurs santé et droits connexes est un élément essentiel pour garantir la responsabilisation et la participation des femmes et des adolescents.

Il est essentiel de consacrer des ressources au leadership des femmes, non seulement du point de vue des droits, mais aussi pour améliorer la SSRMNEA. Les leaders orientent les ressources vers les sujets les plus importants dans leur vie ; pour de nombreuses femmes, il s'agit de la santé et de l'éducation de leur famille et de leur communauté.

6.2 Listes de contrôle pour orienter l'application pratique du cadre d'action

Sur la base d'une compréhension commune des caractéristiques des programmes qui soutiennent à la fois l'égalité des sexes et les résultats de la SSRMNEA, une série de listes de contrôle a été élaborée pour appuyer l'intégration des éléments clés des programmes aux interventions relatives à la SSRMNEA. Les outils d'évaluation et les listes de contrôle des programmes s'appuient sur un certain nombre d'outils existants et en adaptent d'autres. Ces listes de contrôle ont pour objectif général d'aider les directrices et directeurs de programme et les responsables de la mise en œuvre à déterminer les meilleurs moyens d'intégrer les questions de genre dans les programmes de SSRMNEA. Les listes de contrôle sont incluses dans un document séparé.

Liste de contrôle 1 : Recommandations pour identifier les obstacles relatifs aux questions de genre dans le domaine de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA)

Cette liste de contrôle utilise l'approche du Modèle socio-écologique pour analyser les problèmes liés aux inégalités entre les sexes qui peuvent fragiliser

les services de SSRMNEA pour les femmes et les filles. Cet outil permet aux concepteurs de programmes de mieux comprendre les inégalités entre les sexes dans le cadre de la SSRMNEA et d'utiliser les résultats pour concevoir des interventions qui renforcent l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. En comprenant la problématique relative à la SSRMNEA et son contexte – par exemple, si cette problématique liée à la SSRMNEA est spécifique au secteur de la santé (comme les soins prénatals) ou implique plusieurs secteurs (par exemple, les questions telles que la GHM ou l'ESC) – le programme est alors conçu pour lutter contre les inégalités entre les sexes (prenant en compte les obstacles liés au genre qui entravent l'accès aux informations et services) qui empêchent tout progrès dans le domaine de la SSRMNEA et pour offrir de meilleures possibilités aux femmes, enfants et adolescents.

Liste de contrôle 2 : Outil de programmation pour l'égalité des sexes dans la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA)

La liste de contrôle 2 consiste en une série de questions qui peuvent aider à déterminer dans quelle mesure l'inégalité des sexes est prise en compte au stade de la conception et de la mise en œuvre du programme. Grâce à cet outil, les programmes peuvent être adaptés aux besoins spécifiques de leurs publics et aux inégalités entre les sexes à différents niveaux (selon l'approche du Modèle socio-écologique) afin d'améliorer les résultats dans le domaine de la SSRMNEA pour les femmes et adolescentes et les femmes et leurs enfants. Comme pour tous les outils d'évaluation rapide, une analyse plus approfondie devra être effectuée pour déterminer quel niveau du spectre d'intégration du genre (niveaux dans l'approche du Modèle socio-écologique) s'applique à ce programme.

RECOMMANDATIONS POUR IDENTIFIER LES OBSTACLES RELATIFS AUX QUESTIONS DE GENRE DANS LA SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

En utilisant le modèle socio-écologique comme cadre, cet outil permet aux concepteurs de programme de réfléchir aux façons dont les inégalités entre les sexes affectent la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né,

de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA) et d'utiliser les résultats pour concevoir des interventions qui renforcent l'égalité des sexes et autonomisent les femmes.

	Commentaires/Remarques
NIVEAU INDIVIDUEL : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET COMPORTEMENTS	
Les femmes et les filles ont-elles des connaissances sur la santé sexuelle et reproductive et sur leurs droits y afférents ?	
Les femmes et les filles peuvent-elles prendre des décisions sur leur santé sexuelle et reproductive et réaliser leurs droits ?	
Les femmes et les filles peuvent-elles envisager des relations sexuelles plus sûres et/ou gérer leur propre fertilité ? Dans le cas contraire, quels facteurs les en empêchent ?	
Les femmes et les filles peuvent-elles décider de solliciter des services de SSRMNEA par elles-mêmes ? Dans le cas contraire, quels facteurs les en empêchent ?	
Les femmes contrôlent-elles les ressources à leur disposition pour leurs propres comportements en matière de santé ? Dans le cas contraire, quels facteurs les en empêchent ?	
Les femmes et les filles se sentent-elles en sécurité dans leurs communautés ? Sont-elles confrontées à des restrictions concernant leur mobilité ?	
Comment les femmes et les filles perçoivent-elles leurs propres rôles de genre ?	
Comment les femmes et les filles perçoivent-elles leurs rôles reproductif, économique et politique ?	
NIVEAU INTERPERSONNEL : FAMILLES, AMIS, RÉSEAUX SOCIAUX	
Les capacités et comportements en matière de santé des femmes et des filles sont-ils influencés par leur(s) époux/partenaire, famille et/ou amis ? Comment ?	
Y a-t-il des facteurs qui facilitent la capacité des femmes et des filles à solliciter des services de soins de santé pour elles-mêmes et/ou leur famille ? Si tel est le cas, quels sont-ils ?	
Quels sont les rôles des femmes et des filles dans le foyer ?	
Y a-t-il des pratiques préjudiciables perpétuées par les membres du foyer contre les femmes et les filles ? Si tel est le cas, de quels types de pratiques s'agit-il ?	
Dans quelle mesure les membres du foyer influencent-ils le pouvoir de décisions des femmes ? Les femmes ont-elles le pouvoir de décisions dans le cadre de leurs relations, et pour quelles décisions ?	
Comment la violence basée sur le genre est-elle perçue au niveau interpersonnel ?	
NIVEAU DE LA COMMUNAUTÉ : RELATIONS ENTRE LES ORGANISATIONS	
Les femmes et les filles peuvent-elles participer librement à des groupes ou associations formels ou informels dans leurs communautés ?	

	Commentaires/Remarques
Les femmes et les filles sont-elles engagées dans des dialogues et discussions de la communauté concernant leur santé ?	
Quels rôles jouent les femmes et les filles dans l'affectation des ressources communautaires en vue de faciliter l'accès aux soins de santé ?	
Y a-t-il des facteurs sociaux qui limitent la capacité des femmes et des filles à solliciter des services de SSRMNEA ?	
Les femmes et les filles sont-elles confrontées à des restrictions ou ont-elle besoin d'une autorisation pour accéder à des soins de santé ?	
Les prestataires de santé respectent-ils les droits des femmes et des adolescentes quand elles accèdent aux services de SSRMNEA ?	
Les femmes et les filles font-elles face à des discriminations quand elles sollicitent des services de soins de santé ? Quelles sont les attitudes et pratiques discriminatoires auxquelles font face les femmes et les filles dans les environnements des soins de santé ?	
NIVEAU ORGANISATIONNEL : ORGANISATIONS ET INSTITUTIONS SOCIALES	
Quelles sont les normes sociales liées au statut des femmes et des filles relatives à l'âge, à l'origine ethnique et au statut social, économique et marital ?	
Quels sont les obstacles structurels limitant l'accès des femmes aux services de SSRMNEA ?	
Les femmes sont-elles confrontées à des obstacles pour poursuivre une carrière dans le secteur médical ?	
Les prestataires de santé hommes et femmes sont-ils soutenus de la même manière ?	
Les adolescentes peuvent-elles utiliser les services de SSRMNEA sans l'autorisation d'un membre de la famille ?	
Les femmes et les filles confrontées à des violences liées au genre ont-elles accès à des services confidentiels (par exemple, centres à guichet unique) ?	
Comment est organisée la prestation des soins pour répondre aux différents besoins des femmes et des filles, notamment ceux des plus marginalisées (par exemple, femmes et filles vivant avec le VIH, femmes et filles en situation de handicap, femmes et filles autochtones) ?	
NIVEAU POLITIQUE / ENVIRONNEMENT FAVORABLE : LOIS NATIONALES, D'ÉTAT ET LOCALES	
Y a-t-il une volonté et un engagement politique en faveur de l'égalité des sexes dans le contexte de la santé, notamment par le biais d'engagements envers des mandats mondiaux (par exemple, CEDEF) ?	
Les femmes et les filles ont-elles accès à l'identification légale et à l'enregistrement des faits d'état civil ?	
Y a-t-il des lois et des politiques qui empêchent les femmes et les filles d'accéder aux services de santé ?	
Comment les politiques de santé et l'affectation des ressources soutiennent-elles l'égalité des sexes à différents niveaux du système de santé ?	
Les cadres constitutionnels et législatifs sont-ils favorables à la promotion de l'égalité des sexes ?	
Dans quelle mesure les femmes et les filles pensent-elles pouvoir influencer les politiques dans le domaine des soins de santé ?	
Y a-t-il une présence importante de femmes aux postes décisionnels dans les secteurs politique, public et privé ?	
Y a-t-il des organisations de la société civile bien développées et correctement financées qui peuvent promouvoir l'égalité des sexes, notamment dans les interventions liées à la SSRMNEA ?	
Quels facteurs facilitent ou entravent la création d'un environnement favorable pour que les femmes participent à la prise de décisions en matière de SSRMNEA ?	

OUTIL DE PROGRAMMATION POUR L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LA SANTÉ SEXUELLE, REPRODUCTIVE, MATERNELLE, DU NOUVEAU-NÉ, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Cette liste de contrôle est un outil d'évaluation permettant de déterminer dans quelle mesure l'égalité des sexes est prise en compte dans la conception, la mise en œuvre et l'intensification d'un programme. À l'aide de cet outil, les programmes peuvent améliorer leur traitement des inégalités entre les sexes qui nuisent aux résultats en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (SSRMNEA) des femmes et des filles. Étant donné que cet outil capture plusieurs phases de la programmation, il peut être utilisé en continu ou seulement pour les sections pertinentes. Comme avec n'importe quel outil, il sera nécessaire d'approfondir la contextualisation

pour intégrer pleinement les mesures sensibles au genre au programme et les soutenir.

Instructions

Pour utiliser cette liste de contrôle, répondez à tous les critères de chaque phase de la Conception et du développement du programme. Si votre programme satisfait les critères, cochez Oui ou « O ». S'il ne satisfait pas les critères, cochez Non ou « N ». S'il satisfait partiellement les critères, cochez Partiellement ou « P ». Pour tout(e) autre commentaire, clarification ou note, utilisez la section « Commentaires ».

Phase	Critères	O	N	P	Commentaires/ Remarques
SECTION 1 : CONCEPTION ET DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME					
ÉVALUATION DES BESOINS	L'évaluation utilise-t-elle des données et des recherches ventilées par sexe et par âge ?				
	Inclut-elle des connaissances existantes sur les normes de genre, les rôles et les relations, en particulier concernant la SSRMNEA ?				
	L'évaluation examine-t-elle les engagements et obligations internationaux, tels que les Objectifs de développement durable, le Programme d'action de Beijing, la CEDEF, le Programme d'action de la CIPD et les traités pertinents relatifs aux droits de l'homme ?				
	Inclut-elle une évaluation des politiques nationales et locales du secteur de la santé, et celles-ci hiérarchisent-elles les besoins des femmes et des filles en matière de SSRMNEA ?				
	Identifie-t-elle les mécanismes, processus et partenaires actuels axés sur le traitement de l'égalité des sexes dans le cadre de la fourniture des services de santé ?				
PORTÉE ET APPROCHE	L'approche du programme a-t-elle été développée en tenant compte de la façon dont les rôles de genre, l'accès aux ressources et leur contrôle, et les relations de pouvoir influencent l'accès aux services de SSRMNEA ?				
	La portée du programme inclut-elle des engagements visant à améliorer la SSRMNEA des femmes et des filles ?				
	La portée et l'approche articulent-elles des questions clés liées au genre et comment affectent-elles la SSRMNEA ?				
	Les femmes et les filles étaient-elles impliquées dans la phase de conception et celle-ci prenait-elle en compte leurs inquiétudes, expériences et demandes ?				

Phase	Critères	O	N	P	Commentaires/ Remarques
PORTÉE ET APPROCHE	L'approche identifie-t-elle les besoins spécifiques des femmes et des filles, des garçons et des hommes, y compris ceux de groupes marginalisés (par exemple, groupes minoritaires, personnes vivant dans des zones rurales, personnes en situation de handicap) ?				
THÉORIE DU CHANGEMENT	Une analyse de la situation a-t-elle été conduite pour contextualiser les inégalités entre les sexes en matière de santé et établir le cadre du programme ?				
	Les contributions au programme intègrent-elles des activités pour garantir la demande de SSRMNEA des femmes et des filles ?				
	Des activités du programme ont-elles été spécifiquement conçues pour répondre aux besoins des femmes et des filles en termes de SSRMNEA ?				
	L'égalité des sexes était-elle considérée comme un déterminant social de la santé ?				
	Les effets à court et à long terme de ce programme tiennent-ils compte de l'impact sur les femmes et les filles ?				
CONCEPTION DU PROGRAMME	Une étude préliminaire a-t-elle été réalisée pour comprendre le statut des droits des femmes et des filles et de leur accès à la SSRMNEA au cours de la phase de mise en œuvre du programme ?				
	Le développement de la conception du programme a-t-il impliqué des femmes et des filles, notamment les plus délaissées concernant les interventions de SSRMNEA ?				
	La conception du programme fournit-elle des solutions pour éliminer les obstacles subis par les femmes et les filles pour accéder aux services de SSRMNEA et les utiliser ?				
	La conception du programme comprend-elle des activités pour s'assurer que les femmes et les filles peuvent exprimer leurs demandes de SSRMNEA sur des plateformes de prise de décisions ?				
	L'égalité des sexes était-elle intégrée à chaque phase de la conception du programme ?				
BUDGET	L'intégralité du budget a-t-elle été examinée via une perspective d'égalité des sexes, en s'assurant que des attributions ont été faites pour garantir la satisfaction des besoins des femmes et des filles en matière de SSRMNEA ?				
	Les engagements en matière d'égalité des sexes intégrés à la conception du programme sont-ils conformes à un financement approprié ?				
	Y a-t-il des fonctions budgétaires spécifiques qui promeuvent l'égalité des sexes ?				
	Y a-t-il des stratégies élaborées en vue de mobiliser/soutenir les ressources attribuées à des activités de SSRMNEA liées à l'égalité des sexes ?				
	Y a-t-il des ressources dédiées à la consultation et à l'implication de parties prenantes, notamment l'engagement des membres de la communauté, de la société civile, des dirigeants politiques et traditionnels et des organes gouvernementaux pour défendre l'égalité des sexes dans le cadre des interventions de SSRMNEA ?				

Phase	Critères	O	N	P	Commentaires/ Remarques
SECTION 2 : MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME					
PARTIES PRENANTES	Le programme comprend-il des formations régulières et pertinentes axées sur le genre pour toutes les équipes ?				
	Le recrutement des équipes de projet tient-il compte de l'importance de la parité ?				
	Les femmes et les jeunes contribuent-elles régulièrement aux processus de mise en œuvre du programme ?				
	Le programme garantit-il être inclusif et accessible aux femmes et filles, notamment les plus marginalisées (par exemple, femmes en situation de handicap, femmes vivant avec le VIH, femmes autochtones) ?				
	Le programme a-t-il été abordé avec toutes les parties prenantes pour s'assurer qu'il identifie les besoins de la communauté spécifique visée, notamment les femmes et les filles ?				
MISE EN ŒUVRE	Dans le cadre de la programmation, les conséquences sanitaires de l'inégalité des sexes sont-elles prises en compte et traitées ?				
	Les liens entre les normes de genre préjudiciables (par exemple, violence basée sur le genre, incapacité à négocier l'utilisation du préservatif, restrictions sur la mobilité pour bénéficier des services de santé, restrictions financières pour bénéficier des services de santé, absence d'éducation sur la santé) et les résultats liés à la SSRMNEA sont-ils pris en compte ?				
	Les principes d'égalité des sexes et de non-discrimination sont-ils intégrés au programme ?				
	Le programme traite-t-il des facteurs sous-jacents d'une SSRMNEA de mauvaise qualité, comme l'inégalité des sexes, les pratiques dangereuses et les violations des droits humains fondamentaux ?				
	La programmation inclut-elle des activités autour de l'éducation fondée sur les droits portant sur la SSRMNEA ?				
SUIVI ET ÉVALUA- TION (S&E)	Le programme collecte-t-il et rapporte-t-il des données ventilées par sexe ?				
	Des méthodes participatives et qualitatives sont-elles utilisées pour saisir les problématiques nuancées liées au genre en matière de SSRMNEA ?				
	La collecte des données inclut-elle des marques et indicateurs de l'égalité des sexes, de préférence ceux largement reconnus et validés ?				
	L'égalité des sexes est-elle prise en compte tout au long du processus de S&E (au début, au milieu, à la fin) ?				
	Le processus de S&E capture-t-il les normes et les changements de comportements autour de la SSRMNEA ?				

Phase	Critères	O	N	P	Commentaires/ Remarques
SECTION 3 : INTENSIFICATION DU PROGRAMME ET PROCHAINES ÉTAPES					
DIFFUSION DES RÉSULTATS	Lorsque l'analyse S&E a été réalisée, était-elle rapportée à l'aide de données ventilées par sexe ?				
	Les différences des résultats de la programmation entre les hommes et les femmes étaient-elles expliquées ?				
	Les questions de genre étaient-elles capturées au cours des processus de S&E et rapportées ?				
	Les résultats tiennent-ils compte de la mesure dans laquelle l'intervention a contribué à renforcer la capacité des systèmes de santé, des communautés ou de la zone ciblée pour s'assurer que la SSRMNEA répond aux besoins des femmes et des filles ?				
	Les résultats capturent-ils les améliorations éventuelles de l'accès des femmes aux services de SSRMNEA et de leur participation à ceux-ci ? S'il y a eu des améliorations, les résultats peuvent-ils expliquer pourquoi ?				
PLAIDOYER	Ce programme peut-il être utilisé comme exemple pour défendre la participation significative des femmes et des filles aux processus de SSRMNEA ?				
	Les aspects de ce programme, qui ont considérablement impliqué les femmes et les filles, peuvent-ils être reliés à d'autres améliorations (par exemple, plus d'autonomisation et de capacité d'action, autonomisation économique ou meilleure qualité des services de SSRMNEA) ?				
	Les équipes du programme peuvent-elles plaider en faveur de l'importance de l'utilisation d'une approche sensible au genre de la programmation de la SSRMNEA ?				
	Les résultats et enseignements du programme peuvent-ils servir à défendre l'importance de l'égalité des sexes dans les programmes sanitaires devant les donateurs, responsables gouvernementaux et organisations de la société civile ?				
	Les participants du programme, notamment les femmes et les filles, sont-ils en mesure d'exiger leur droit à la SSRMNEA au sein des plateformes de prise de décisions (par exemple, dans les communautés, espaces politiques locaux, programmes nationaux) ?				
INTENSIFI- CATION ET INTÉGRA- TION	Dans toute future utilisation du programme, l'égalité des sexes est-elle prise en compte ?				
	Les lacunes éventuelles liées à l'égalité des sexes en SSRMNEA sont-elles traitées lorsqu'il s'agit de discuter de l'intensification et de l'avenir du programme ?				
	Ce programme peut-il être relié à des programmes plus vastes sur l'égalité des sexes (par exemple, ceux qui traitent de la violence basée sur le genre, à l'autonomisation économique, à l'éducation) ?				
	Ce programme peut-il être adapté pour être mis en œuvre dans des environnements au niveau national ou dans d'autres pays ?				
	Les femmes et les filles sont-elles des participantes et parties prenantes actives de la phase suivante de ce programme ?				

ANNEXES

Annexe 1 : Glossaire

Capacité d'action

La capacité d'action implique que l'autonomisation ne peut être conférée à des personnes ou accordée à des personnes, mais qu'elle est le fruit de processus par lesquels les personnes s'autonomisent elles-mêmes. On entend par capacité d'action la création de sa propre dynamique, l'acquisition de ses propres compétences et la promotion de ses propres changements. La capacité d'action est définie comme « la capacité de définir ses objectifs et d'agir en fonction de ceux-ci ».

Autonomisation

L'autonomisation des femmes et des filles porte sur le pouvoir et le contrôle qu'elles acquièrent sur leur propre vie. Cette initiative vise à générer une prise de conscience, le renforcement de la confiance en soi, l'élargissement des choix, un meilleur accès aux ressources et un meilleur contrôle de celles-ci, ainsi que des actions visant à transformer les structures et les institutions qui renforcent et perpétuent la discrimination et les inégalités entre les sexes. L'autonomisation est définie comme « le renforcement de la capacité des personnes [des femmes] à faire des choix de vie stratégiques dans un contexte où cette capacité leur était auparavant refusée ».

Genre

Fait référence aux caractéristiques socialement construites des femmes et des hommes, telles que les normes, les rôles et les rapports de et entre les groupes de femmes et d'hommes. Elles varient d'une société à l'autre et peuvent être modifiées.

Analyse sexospécifique

L'analyse sexospécifique est un examen critique de la manière dont les différences liées aux rôles, activités,

besoins, opportunités et droits et avantages attribués à chaque sexe affectent les hommes, les femmes, les filles et les garçons dans une certaine situation ou certains contextes. L'analyse sexospécifique examine les relations entre les personnes de sexe masculin et féminin, leur accès aux ressources, le contrôle des ressources, et les contraintes auxquelles elles sont confrontées les unes par rapport aux autres. Une analyse sexospécifique devrait être intégrée dans toutes les évaluations et analyses situationnelles de secteur pour s'assurer que les injustices et les inégalités fondées sur le sexe ne sont pas exacerbées par les interventions, et que, dans la mesure du possible, une plus grande égalité et justice entre hommes et femmes sont promues.

Égalité des sexes (égalité entre les hommes et les femmes)

Fait référence à l'égalité des chances ou des opportunités pour les groupes de femmes et d'hommes d'accéder aux ressources sociales, économiques et politiques, y compris la protection dans le cadre légal (comme les services sanitaires, l'éducation, le droit de vote) et de les contrôler. Ce terme est également connu sous le nom d'égalité des chances, ou égalité formelle. L'égalité des sexes est souvent employée de façon interchangeable avec l'équité entre les sexes, mais les deux font référence à des stratégies différentes et complémentaires qui sont nécessaires pour réduire les inégalités en matière de santé entre les genres.

Égalité des sexes dans le domaine de la santé

Les femmes et les hommes ont des conditions égales pour réaliser pleinement leurs droits et leur potentiel en matière de santé, contribuer au développement sanitaire et bénéficier des résultats. La concrétisation de l'égalité des sexes nécessitera des mesures spécifiques destinées à soutenir les groupes de personnes ayant un accès limité à ces biens et ressources.

Équité entre les sexes

Désigne le traitement équitable des femmes et des hommes en fonction de leurs besoins, préférences et intérêts respectifs. Il peut s'agir d'un même traitement, ou d'un traitement différent mais considéré comme équivalent en termes de droit, d'avantages, d'obligations et de possibilités.

Équité entre les sexes dans le domaine de la santé

Se réfère à un processus d'équité envers les femmes et les hommes dans le but de réduire les inégalités injustes et évitables entre les femmes et les hommes en matière d'état de santé, d'accès aux services de santé et de leur contribution au personnel de santé.

Intégration sexospécifique

Le processus d'évaluation des implications pour les femmes et les hommes de toute action envisagée, y compris la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux. Il ne s'agit pas d'un but ou d'un objectif en soi. C'est une stratégie pour obtenir une plus grande égalité des femmes et des filles par rapport aux hommes et aux garçons. Il s'agit d'un processus visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes et des hommes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines politiques, économiques et sociaux de manière à ce que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse persister.

Normes liées au genre

Les attributs et caractéristiques acceptés de l'identité masculine et féminine à un moment donné pour une société ou une communauté particulière. Il s'agit des normes et des attentes auxquelles l'identité de genre se conforme généralement, à l'intérieur d'une catégorie qui définit une société, une culture et une communauté particulières à un moment donné. Les

normes liées au genre sont des idées sur comment les femmes et les hommes devraient être et agir. Nous assumons et apprenons ces « règles » tôt dans la vie. Ces normes établissent un cycle de vie de socialisation et de création de stéréotypes de genre.

Sensible au genre

Une approche qui reconnaît les rôles et les contributions distincts des différentes personnes en fonction de leur sexe, tient compte de ces différences et tente de faire en sorte que les femmes et les filles bénéficient équitablement de l'intervention.

Spécifique au genre

Désigne tout programme ou toute approche sur mesure qui est spécifique aux femmes ou aux hommes. Des programmes spécifiques au genre peuvent être justifiés lorsque l'analyse montre qu'un sexe a été historiquement désavantagé sur les plans social, politique et/ou économique.

Promouvant l'égalité des sexes

Une réponse qui cherche à transformer les structures, les institutions et les relations entre les sexes existantes en structures fondées sur l'égalité des sexes. Les programmes visant à faire évoluer favorablement les inégalités entre les sexes ne se contentent pas de reconnaître et d'aborder les différences entre les sexes, ils créent également les conditions permettant aux femmes et aux hommes d'examiner les aspects nuisibles des normes liées au genre et d'expérimenter de nouveaux comportements pour créer des rôles et relations plus équitables.

Équité en santé

L'absence de différences injustes, évitables ou pouvant être prévenues en matière de santé entre des populations ou des groupes définis sur les plans social, économique, démographique ou géographique.

Droits de l'homme ou droits humains

Les droits de l'homme ou droits humains sont généralement compris comme les droits qui sont inhérents à l'être humain. Le concept des droits de l'homme ou droits humains reconnaît le droit de chaque individu de jouir de ses droits humains et ce sans distinction fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre opinion, les origines nationales ou sociales, le patrimoine, la naissance ou tout autre état. Les droits humains sont juridiquement garantis par le droit des droits humains, qui protège les individus et les groupes de tous les actes portant atteinte aux libertés fondamentales et à la dignité humaine. Ils sont exprimés dans des traités, le droit international coutumier, des ensembles de principes et autres sources de droits. Le droit des droits humains fait obligation aux États d'agir d'une certaine manière et leur interdit de se livrer à certaines activités. Tous les droits humains et instruments les concernant s'appliquent de la même manière aux hommes et aux femmes. En outre, la CEDEF a précisé et complété certains d'entre eux du point de vue des droits des femmes.

Droits reproductifs

Les droits reproductifs reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants, de l'espacement et du moment de leur naissance, et de disposer des informations et des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état de santé possible en matière de sexualité et de procréation. Ces droits comprennent également le droit de chacune et chacun de prendre des décisions relatives à la procréation sans discrimination, coercition et violence.

Sexe

Les caractéristiques biologiques et physiologiques qui différencient hommes et femmes, telles que les organes reproducteurs, les chromosomes, les hormones, etc.

Santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR)

Pris ensemble, la santé et les droits sexuels et reproductifs peuvent être compris comme le droit de toutes et tous, jeunes ou âgé(e)s, femmes, hommes ou transsexuel(le)s, homosexuels, lesbiennes ou bisexuels, séropositif/ve(s) ou séronégatif/ve(s) au VIH, de faire des choix concernant leur propre sexualité et reproduction, dès lors qu'elles et ils respectent les droits de l'autre à l'intégrité corporelle. Cette définition englobe également le droit à l'accès à l'information et aux services d'appui nécessaires à ces choix et à l'optimisation de l'état de santé.

Modèle socio-écologique (MSE)

Le MSE constitue un cadre théorique permettant de comprendre les effets multiples et interactifs des facteurs personnels et environnementaux qui déterminent les comportements, et d'identifier les leviers comportementaux et organisationnels et les intermédiaires de la promotion de la santé dans les organisations. Le Modèle comporte cinq niveaux hiérarchiques imbriqués : individuel, interpersonnel, communautaire, organisationnel et politique, et environnement favorable.

Sources : Kabeer, N. (1999) ; Kabeer, N. (2005) ; Bureau de la Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes (2001) ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance (n.d.). « Modèle socio-écologique » ; Fonds des Nations Unies pour l'enfance, FNUAP, PNUD, ONU Femmes (pas de date). Gender Equality, UN Coherence and You ; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (2009). *Gender in Education Network in Asia-Pacific*; Organisation mondiale de la Santé (2011). *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach*.

Annexe 2 : Mécanismes et instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme concernant la santé des femmes, des enfants et des adolescents

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
EXAMEN PÉRIODIQUE UNIVERSEL (EPU)	L'EPU est un mécanisme de surveillance conduit par l'État, sous l'égide du Conseil des droits de l'homme.	Il constitue l'une des procédures internationales les plus importantes en matière de violations des droits de l'homme. Actuellement, l'EPU formule davantage de recommandations en matière de santé que la plupart des mécanismes des organes conventionnels. Cet examen constitue un point d'entrée essentiel pour se concentrer davantage sur les problèmes de santé urgents auxquels sont confrontés les femmes, les enfants et les adolescents dans un pays et pour définir des mesures concrètes visant à concrétiser et promouvoir davantage le droit à la santé de ces derniers.	Bien que l'EPU relève d'un processus intergouvernemental, un certain nombre de possibilités de contribution s'offrent aux parties prenantes non gouvernementales. Les possibilités de participation de la société civile aux différentes étapes du processus de l'EPU sont décrites dans un document de travail à l'adresse suivante : http://nhri.ohchr.org/EN/IHRS/UPR/Documents/RoadMap_en_16.09.09.pdf	HCDH (2014). <i>Examen périodique universel. Guide pratique pour la société civile</i> . Genève : HCDH. Disponible ici : https://www.ohchr.org/Documents/AboutUs/CivilSociety/Universal_Periodic_Review_FRE.pdf ; CONECTAS (2009). <i>Roadmap for Civil Society Engagement with the UPR</i> . Brésil : CONECTAS. Disponible ici : https://nhri.ohchr.org/EN/IHRS/UPR/Documents/RoadMap_en_16.09.09.pdf

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS ÉCONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS	Comité des droits économiques, sociaux et culturels	Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels est largement considéré comme l'instrument central de protection du droit à la santé. Il reconnaît « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. » Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a clairement indiqué que le droit des femmes à la santé inclut leur santé sexuelle et reproductive. Cela signifie que les États ont l'obligation de respecter, protéger et réaliser les droits liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes.	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer des informations sous la forme de rapports alternatifs, d'exposés ou de communications au Comité des droits économiques, sociaux et culturels.	Initiative mondiale pour les droits économiques, sociaux et culturels (GI-ESCR) et le Réseau international pour les droits économiques, sociaux et culturels (ESCR-Net) (2016). <i>The International Covenant on Economic, Social & Cultural Rights at 50: The Significance from a Women's Rights Perspective</i> . Australie : GI-ESCR. Disponible ici : https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/t/5ab3db6af950b7622d6c1737/1521736562722/The_ICESCR_at_50_en.pdf ; Organisation mondiale de la Santé (pas de date). <i>Health & Human Rights Factsheet: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf .

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
PACTE INTERNATIONAL RELATIF AUX DROITS CIVILS ET POLITIQUES	Conseil des droits de l'homme	Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne contient pas de disposition spécifique protégeant le droit à la santé ; cependant, plusieurs droits incorporés dans le Pacte sont directement ou indirectement liés à l'exercice du droit à la santé. Ces dispositions comprennent : le droit de ne pas être soumis à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (article 7) ; le droit de ne pas être soumis sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique (article 7) ; et le droit de ne pas être tenu en esclavage ou en servitude ou d'être astreint à accomplir un travail forcé ou obligatoire (article 8).	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, de réunions d'information ou de communications au Comité des droits de l'homme.	Organisation mondiale de la Santé (pas de date). <i>Health & Human Rights Factsheet: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/hhr/Economic_social_cultural.pdf . Nations Unies (1966). Pacte international relatif aux droits civils et politiques https://treaties.un.org/doc/publication/unts/volume%20999/volume-999-i-14668-english.pdf

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
CONVENTION SUR L'ÉLIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION À L'ÉGARD DES FEMMES (CEDEF)	Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	La CEDEF se consacre spécifiquement aux droits des femmes et des filles, y compris le plein exercice de leurs droits à la santé et liés à la santé. L'article 12 établit l'obligation des États parties d'adopter des mesures adéquates pour garantir aux femmes l'accès à la santé et aux soins médicaux, sans discrimination aucune, y compris l'accès aux services de planification familiale. Il stipule également l'engagement de garantir des soins de santé maternelle et infantile adéquats. L'article 16 garantit aux femmes le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances. Le droit d'accès à des informations et à des conseils spécifiques sur la planification familiale est quant à lui inscrit à l'article 10. L'article 14 précise le droit des femmes des zones rurales d'avoir accès à des services de santé adéquats, y compris des services d'information, de conseil et de planification familiale. De nombreuses autres dispositions ont une incidence implicite ou indirecte sur les droits des femmes et des adolescentes en matière de santé, dont certaines sont détaillées dans les recommandations générales du Comité CEDEF (sur les MGF, la violence sexuelle, le VIH et la reproduction).	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, d'exposés ou de communications au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.	International Women's Rights Action Watch (2008). <i>Producing Shadow Reports to the CEDAW Committee: A Procedural Guide</i> . Minneapolis : IWRAW. Disponible ici : http://hrlibrary.umn.edu/iwraw/proceduralguide-08.html Organisation mondiale de la Santé (2007). <i>Women's Health and Human Rights: Monitoring the Implementation of CEDAW</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43606/1/9789241595100_eng.pdf OMS (pas de date) <i>Health & Human Rights Factsheet: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/hhr/CEDAW.pdf .

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DE L'ENFANT	Comité des droits de l'enfant	La Convention relative aux droits de l'enfant garantit le droit de tout enfant à la santé. Les articles 23 et 24 reconnaissent le droit à la santé pour tous les enfants et définissent plusieurs mesures pour sa mise en œuvre, notamment : réduire la mortalité infantile et juvénile ; combattre la maladie et la malnutrition ; assurer aux mères des soins pré et postnataux appropriés ; et supprimer les pratiques traditionnelles qui compromettent la santé des enfants. L'exercice du droit de l'enfant à la santé est lié à la protection et à l'application d'autres dispositions de la Convention, y compris l'obligation des États parties de protéger l'enfant contre toutes les formes de sévices physiques et mentaux pendant qu'il est sous la garde de ses parents ou tuteurs légaux (article 19) ; l'exploitation économique et les travaux susceptibles de présenter un danger pour sa santé (article 32) ; les violences sexuelles, l'exploitation et les enlèvements d'enfants et l'exploitation à des fins sexuelles, la traite et la vente des enfants (articles 34 à 36). Elle garantit également à l'enfant le droit à la vie privée et à la confidentialité (article 16), un niveau de vie suffisant pour assurer son développement physique et mental (article 27) et le droit à l'éducation (articles 28 et 29).	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, de réunions d'information ou de communications au Comité des droits de l'enfant.	Child Rights Connect (2014). <i>Le cycle de présentation de rapports au Comité des droits de l'enfant : Guide pour les ONG et les INDH</i> . Genève : Child Rights Connect. Disponible ici : http://www.childrightsconnect.org/wp-content/uploads/2015/07/FR_GuidetoCRCReportingCycle_ChildRightsConnect_2014.pdf ; Organisation mondiale de la Santé (pas de date) <i>Health & Human Rights Factsheet: Convention on the Rights of the Child</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/hhr/CRC.pdf

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, IN-HUMAINS OU DÉGRADANTS	Comité contre la torture	Bien que la Convention ne contienne pas de dispositions spécifiques en matière de santé, elle réprime certaines formes d'abus dans les établissements de soins de santé qui peuvent dépasser un seuil de mauvais traitements équivalent à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il peut s'agir de violations spécifiques des droits en matière de reproduction, y compris les abus dans les établissements de soins de santé, la stérilisation forcée, le refus de soins médicaux (tels que l'accès à un avortement sûr et légal et aux soins post-avortement), les mauvais traitements et la violence en détention et autres lieux de détention, ou encore les MGF.	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, de réunions d'information ou de communications au Comité contre la torture.	Center for Reproductive Rights. (2010). <i>Reproductive Rights Violations as Torture and Cruel, Inhuman, or Degrading Treatment or Punishment: A Critical Human Rights Analysis</i> . New York : Center for Reproductive Rights. Disponible ici : https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/TCIDT.pdf ; Organisation mondiale de la Santé (pas de date) <i>Health & Human Rights Factsheet: Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment</i> . Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/hhr/Convention_torture.pdf?ua=1
CONVENTION RELATIVE AUX DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP	Comité relatif aux droits des personnes en situation de handicap	La Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap protège les droits de toutes les personnes – y compris les femmes, les enfants et les adolescents – en situation de handicap. Les articles 15, 23 et 25 de la Convention contiennent des dispositions détaillées sur la protection des droits sexuels et reproductifs, et l'interdiction de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants.	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, de réunions d'information ou de communications au Comité relatif aux droits des personnes en situation de handicap.	UNICEF (2013). <i>Children and Young People with Disabilities. Fact Sheet</i> . New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/disabilities/files/Factsheet_A5_Web_REVISED.pdf ; de Silva de Alwis, R. (2010). <i>The Intersections of the CEDAW and Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Putting Women's Rights and Disability Rights into Action in Four Asian Countries</i> . Wellesley : Wellesley Centers for Women. Disponible ici : https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED511408.pdf

Mécanisme / instrument international des droits de l'homme	Organe / mécanisme de surveillance	Pertinence pour s'attaquer aux facteurs déterminants de la SSRMNEA, y compris l'inégalité des sexes	Possibilités pour la société civile d'assurer la responsabilisation en matière de droits de l'homme et l'engagement des femmes/ enfants/ adolescents	Ressources supplémentaires
CONVENTION INTERNATIONALE SUR LA PROTECTION DES DROITS DE TOUS LES TRAVAILLEURS MIGRANTS ET DES MEMBRES DE LEUR FAMILLE	Comité sur les travailleurs migrants	L'article 28 de la Convention reconnaît le droit de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille, y compris les enfants et les adolescents, de recevoir des soins médicaux d'urgence, indépendamment de leur statut administratif de séjour.	Les ONG et les organisations communautaires peuvent communiquer leurs informations sous la forme de rapports alternatifs, de réunions d'information ou de communications au Comité des travailleurs migrants.	<p>PNUD (2015). <i>The Right to Health: Right to Health for Low-Skilled Labour Migrants in ASEAN Countries</i>, Bangkok. New York : PNUD. Disponible ici : http://www.asia-pacific.undp.org/content/dam/rbap/docs/Research%20&%20Publications/hiv_aids/rbap-hhd-2015-the-right-to-health.pdf ;</p> <p>Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2011). <i>The Rights of Children, Youth and Women in the Context of Migration. Social and Economic Policy Working Paper</i>. New York : UNICEF. Disponible ici : http://www.globalmigrationgroup.org/system/files/uploads/gmg-topics/human-rights/The-Rights-of-Children-Youth-and-Women-in-the-Context-of-Migration.pdf</p>

Annexe 3 : Exemples d'indicateurs liés au genre dans les domaines de la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Cette annexe présente des exemples d'indicateurs liés au genre pour les interventions en matière

de SSRMNEA selon les cinq niveaux du Modèle socio-écologique. Certains de ces indicateurs sont des indicateurs actuels des ODD et d'autres ont été suggérés par d'autres sources. Ils peuvent être utilisés au sein et en dehors du secteur de la santé pour mesurer le succès de la lutte contre l'inégalité des sexes comme un déterminant clé des interventions de SSRMNEA.

TABLEAU 1
Indicateurs illustratifs spécifiques au genre

Indicateur	Source de l'indicateur
Proportion de femmes âgées de 15 à 49 ans prenant, en connaissance de cause, leurs propres décisions concernant leurs relations sexuelles, l'utilisation de contraceptifs et les soins de santé reproductive	Indicateur ODD 5.6.1
Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus ayant vécu en couple victimes de violences physiques, sexuelles ou psychologiques infligées au cours des 12 mois précédents par leur partenaire actuel ou un ancien partenaire, par forme de violence et par âge	Indicateur ODD 5.2.1
Proportion de femmes et de filles âgées de 15 ans ou plus victimes de violences sexuelles infligées au cours des 12 derniers mois par une personne autre que leur partenaire intime, par groupe d'âge et lieu des faits	Indicateur ODD 5.2.2
Proportion de femmes âgées de 20 à 24 ans qui étaient mariées ou en concubinage avant l'âge de 15 ans et avant l'âge de 18 ans	Indicateur ODD 5.3.1
Proportion de filles et de femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont subi des mutilations/excisions génitales, par âge	Indicateur ODD 5.3.2
Présence ou absence d'un cadre juridique visant à promouvoir, faire respecter et suivre l'application les principes d'égalité des sexes et de non-discrimination fondée sur le sexe	Indicateur ODD 5.1.1
Nombre de pays dotés de textes législatifs et réglementaires garantissant aux femmes âgées de 15 à 49 ans l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à des informations et une éducation dans ce domaine	Indicateur ODD 5.6.2
<ul style="list-style-type: none"> • Statut et autonomisation des femmes :¹²⁹ • Enseignement secondaire ou supérieur • Employée au cours des 12 derniers mois • Âge du premier mariage (15-18 ans) • Participation des femmes aux décisions du foyer • Avis des femmes sur le fait qu'une femme puisse refuser à son mari d'avoir une relation sexuelle • Obstacles auxquels sont confrontées les femmes pour accéder à des soins de santé 	Enquêtes démographiques et sanitaires (EDS)

TABLEAU 1 (SUITE)

Indicateurs illustratifs spécifiques au genre

Indicateur	Source de l'indicateur
<ul style="list-style-type: none"> • Violence conjugale :¹³⁰ • Attitudes des femmes concernant les femmes battues par leur mari • Violence physique, sexuelle ou psychologique commise par le mari/conjoint au cours des 12 derniers mois 	Module sur la violence conjugale (EDS)
<ul style="list-style-type: none"> • Mutilations génitales féminines :¹³¹ • Femmes excisées 	Module sur la mutilation génitale des femmes (EDS)
<p>Prise en compte du genre dans l'environnement de prestation des services [de santé], notamment :¹³²</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité des services aux adolescents, femmes célibataires, veuves, groupes LGBTIQ ; • Aucun besoin pour les clients d'avoir l'autorisation du mari ou de la belle-mère (pour les femmes mariées) ou des parents (pour les adolescents) ; • Pourcentage de prestataires dans l'établissement de santé qui sont des femmes ; • Attitudes non stigmatisantes envers les clients (par exemple, femmes non mariées souffrant d'IST, travailleurs du sexe, adolescents) ; • Orientations vers d'autres programmes qui autonomisent les femmes (par exemple, liés à l'alphabétisation, à la génération de revenu, au microcrédit, à la violence conjugale) ; • Proportion d'installations qui, avec l'autorisation de la cliente, encouragent l'homme à lui rendre visite / être à ses côtés (accompagner le partenaire, obtenir des informations ou des services) ; • Traitement égal (par exemple, délai d'attente, courtoisie, confidentialité, informations données) pour les clients hommes et femmes ; • Proportion de prestataires de services de planification familiale formés pour détecter, discuter et envoyer les clients vers des services qui gèrent la violence sexuelle et basée sur le genre. 	Menu d'indicateurs suggérés par MEASURE Evaluation
<ul style="list-style-type: none"> • Statut et autonomisation des femmes et des filles, notamment :¹³³ • Âge lors du premier mariage • La loi exige le consentement libre et total des parties pour procéder à un mariage 	MEASURE Evaluation

Annexe 4 : Orientations relatives aux programmes

Approches fondées sur les droits de l'homme en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2012). *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables*. Document des Nations Unies A/HRC/21/22. Disponible ici : https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_fr.pdf

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2014). *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire et à éliminer la mortalité et la morbidité évitables des enfants de moins de 5 ans*. Document des Nations Unies A/HRC/27/31. Disponible ici : https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/RegularSessions/Session27/Documents/A_HRC_27_31_FRE.doc

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2015). *Information Series on Sexual and Reproductive Health and Rights*. Genève : HCDH. Disponible ici : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/HealthRights.aspx>

Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2015). *Summary Reflection Guides on a Human Rights-Based Approach To Health. Application to Sexual and Reproductive Health, Maternal Health and Under-5 Child Health*. Genève : HCDH. Disponible ici : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>

Organisation mondiale de la Santé, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Agence suédoise de développement international (2011). *Human Rights and Gender Equality in Health Sector Strategies. How to Assess Policy Coherence*. Genève : HCDH. Disponible ici : <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRandGenderEqualityinHealthSectorStrategies.pdf>

Approches multisectorielles en matière de santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé (2011). *Essential Interventions, Commodities and Guidelines for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (2014). *A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf

Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé, la Banque mondiale et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé (2014). *Success Factors for Women and Children's Health: Multisector Pathways to Progress*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/pmnch/successfactors/en/>

Organisation mondiale de la Santé (2016). *The Innov8 Approach for Reviewing National Health Programmes to Leave No One Behind: Technical Handbook*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/life-course/publications/innov8-technical-handbook/en/>

Lutter contre l'inégalité des sexes dans le contexte des résultats liés à la santé sexuelle, reproductive, maternelle, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent

The Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs. Disponible ici : <http://sbccimplementationkits.org/demandrmnch/wp-content/uploads/sites/2/2015/04/LSC-Gender-Guide-FINAL.pdf>

Autres ressources pertinentes

Jhpiego (2016). *Gender Analysis Toolkit for Health Systems*. Baltimore : Jhpiego. Disponible ici : <http://gender.jhpiego.org/wp-content/uploads/2016/03/Jhpiego-Gender-Analysis-Toolkit-for-Health-Systems.pdf>

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (2014). *Guidance Note: Gender-responsive HIV Programming for Women and Girls*. Genève : ONUSIDA. Disponible ici : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/gender-responsiveHIVprogramming_en.pdf

Programme des Nations Unies pour le développement (2015). *Discussion Paper. Gender and Malaria: Making the Investment Case for Programming that Addresses the Specific Vulnerabilities and Needs of Both Males and Female Who Are Affected by or at Risk of Malaria*. New York : PNUD. Disponible ici : [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender HIV and Health/Discussion Paper Gender_Malaria.pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Discussion%20Paper%20Gender_Malaria.pdf)

Fonds des Nations Unies pour la population (2014). *Strengthening Health System Responses to Gender-Based Violence in Eastern Europe and Central: A Resource Guide*. Istanbul : FNUAP. Disponible ici : <http://eeca.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/WAVE-UNFPA-Report-EN.pdf>

Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe (2011). *Evidence for Gender Responsive Actions to Prevent and Manage Adolescent Pregnancy*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/158093/316637_WHO_brochure_226x226_5-AdolescentPregnancy.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2013). *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques*. Genève : OMS. Disponible ici : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la Santé (2013). *16 Ideas for Addressing Violence Against Women in the Context of the HIV Epidemic: A Programming Tool*. Genève : OMS. Disponible ici : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95156/1/9789241506533_eng.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (2014). *Ensuring Human Rights in the Provision of Contraceptive Information and Services*. Genève : OMS. Disponible ici : https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/fr/

Organisation mondiale de la Santé (2014). *Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception : Orientations et recommandations*. Genève : OMS. Disponible ici : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128219/1/WHO_RHR_14.25_eng.pdf

NOTES DE FIN DE DOCUMENT

- 1 Nations Unies (2015). *Rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement*. New York : Nations Unies
- 2 Organisation mondiale de la Santé (2018). « Mortalité maternelle » Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- 3 Organisation mondiale de la Santé (2014). « Mortalité maternelle. » Genève : OMS
- 4 Starrs, Ann M. et autres (2018). « Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. » *Lancet Commission*, 391(10140):2642-2692. Disponible ici : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- 5 Organisation mondiale de la Santé (2017). « Global Health Observatory (GHO) data. Under-five mortality. » Disponible ici : http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/
- 6 Nations Unies (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU
- 7 Ibid
- 8 Rasanathan, K. et autres (2015). « Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health in the Post-2015 Era ». *BMJ*, 351:h4213. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26371220>
- 9 Ibid
- 10 The Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore : John Hopkins Bloomberg School of Public Health Centre for Communication Programs
- 11 Morgan, R. et autres (2016). « How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research ». *Health Policy Plan* 31(8):1069-78; Organisation mondiale de la Santé (2011). « Gender, equity and human rights: Glossary of Terms and Tools. » Disponible ici : <http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/glossary/en/>
- 12 Sen, G., P. Ostlin et A. George (2007). « Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It ». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Genève : OMS
- 13 Organisation mondiale de la Santé (2017). *Le paludisme chez les femmes enceintes*. Genève : OMS
- 14 Les garçons courent un risque de mortalité néonatale plus élevé de 20 % environ que les filles dans les pays à revenu élevé. La plupart des documents attribue cette différence liée au sexe à des désavantages biologiques sous-jacents chez les garçons, notamment des poumons moins matures au même âge gestationnel, un risque accru de naissance prématurée, des infections respiratoires et autres mortelles, et des taux plus élevés de complications lors de l'accouchement, de césariennes et d'anomalies congénitales. Rosenstock, Summer et autres (2015). « Sex Differences in Morbidity and Care-Seeking During the Neonatal Period in Rural Southern Nepal ». *Journal of Health, Population, and Nutrition* 33:11. Disponible ici : <http://doi.org/10.1186/s41043-015-0014-0>
- 15 FNUAP (2017). « Sélection prénatale du sexe. » Disponible ici : <https://www.unfpa.org/fr/sélection-prénatale-du-sexe>
- 16 Swedish International Development Cooperation Agency (2015). *Preventing and Responding to Gender-Based Violence: Expressions and Strategies*. Stockholm : Sida
- 17 Organisation mondiale de la Santé, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS
- 18 UNICEF (2014). *A statistical snapshot of violence against adolescent girls*. New York : UNICEF

- 19 UNICEF (2018). « Female Genital Mutilation and Cutting. » Disponible ici : <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/#>
- 20 UNICEF (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*. New York : UNICEF. Disponible ici : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/06/Child-Marriage-data-brief.pdf>
- 21 Dougherty D. et autres (2018). « Intimate Partner Violence and Women's Health-seeking Behaviors in Northwestern Botswana. » *Journal Health Care for the Poor and Underserved*, 29(3):864-880
- 22 Organisation mondiale de la Santé (2018). « Complications sanitaires des mutilations sexuelles féminines. » Disponible ici : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/fr/
- 23 Organisation mondiale de la Santé (2018). « La grossesse chez les adolescentes. » Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 24 Heise, L., M. Ellsberg et M. Gottmoeller (2002). « A global overview of gender-based violence. » *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 78 Suppl. 1 : S5-S14
- 25 ONU Femmes, 2013. *Éléments essentiels pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles*. New York : ONU Femmes
- 26 Gilles (2015) et OMS (2013), cité dans Population Reference Bureau (2016). « Intimate Partner Violence and Family Planning: Intersections and Opportunities for Action. » Disponible ici : <https://www.prb.org/intimate-partner-violence-and-family-planning/>
- 27 Organisation mondiale de la Santé, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS
- 28 Organisation mondiale de la Santé (2017). « La violence à l'encontre des femmes. » Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- 29 Fonds des Nations Unies pour la population (2018). « Fistule obstétricale. » Disponible ici : <https://www.unfpa.org/fr/fistule-obstétricale>
- 30 Chai Jeanne et autres (2016). « Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. » *Bulletin of the World Health Organization*, 94:331-339. Disponible ici : <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/5/15-152462.pdf>
- 31 Organisation mondiale de la Santé (2012). « Understanding and addressing violence against women. » Disponible ici : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77432/1/WHO_RHR_12.36_eng.pdf
- 32 UNICEF (2014). *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children*. New York : UNICEF
- 33 Sen, G., P. Ostlin et A. George, A. (2007). « Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It ». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Women and Gender Equality Network, OMS
- 34 Organisation mondiale de la Santé (2008). « Commission des déterminants sociaux. » Disponible ici : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/
- 35 Sen, G., P. Ostlin et A. George, A. (2007). « Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It ». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Women and Gender Equality Network, OMS
- 36 Ibid
- 37 Morgan, R. et autres (2016). « How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research ». *Health Policy Plan*, 31(8):1069-78
- 38 Rasanathan, K. et autres (2015). Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health in the Post-2015 Era ». *BMJ* 2015 ; 351:h4213
- 39 Organisation mondiale de la Santé (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. REPORT - Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Genève : OMS
- 40 Organisation mondiale de la Santé (2016). *La violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS
- 41 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et Population et Développement (2013).

- Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Genève : OMS
- 42 Ibid
- 43 Nations Unies (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU ; Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et Population et Développement (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Genève : OMS
- 44 FNUAP (pas de date). « Partenariat H6 » Disponible ici : <https://www.unfpa.org/fr/parteneriat-h6>
- 45 Ces éléments essentiels incluent ce qui suit : leadership et gouvernance, systèmes d'information sanitaire, financement de la santé, ressources humaines pour la santé, produits et technologies médicaux essentiels, et prestation des services. OMS (2010). *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé* Disponible ici : https://www.who.int/healthsystems/FR_HSSkeycomponents.pdf
- 46 Hurst, T. E. et autres (2015). « Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes. » *BMC Pregnancy Childbirth*, 15:297
- 47 Ibid.
- 48 OneWorld.Net (2016). « Do Our Health Systems Promote Gender Equality? » Disponible ici : <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality>
- 49 Prata, N. (2015). *Access to Family Planning and Women's Health*. Californie : Bixby Center for Population, Health and Sustainability Université de Californie, Berkeley
- 50 Ibid
- 51 Upadhyay, U.D. et autres (2014). « Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature. » *Soc Sci Med*, 115:111-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014. Publication en ligne 11 juin 2014
- 52 Sen, G., P. Ostlin et A. George, (2007). « Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It ». *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Women and Gender Equality Network, OMS
- 53 Nations Unies (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. Disponible ici : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html/>
- 54 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (pas de date) « Que sont les droits de l'homme ? » Disponible ici : <https://www.ohchr.org/FR/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>
- 55 Nations Unies (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU
- 56 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2009) *A Human-Rights Based Approach to Health. Information Sheet*. Genève : HCDH
- 57 Organisation mondiale de la Santé (2017). *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive Résumé analytique*. Disponible ici : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/fr/
- 58 Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2017) « Human Rights-Based Approaches to Women and Children's Health ». Disponible ici : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>
- 59 ONU Femmes, 2014. *Gender Mainstreaming in Development Programming*. New York : ONU Femmes
- 60 Kabeer, N. (1999). *The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Document de discussion 108 du UNRISD (Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social)*. Genève : UNRISD
- 61 Amnesty International (2012). *Maternal Health and Sexual and Reproductive Rights: A Toolkit for Activists*. Ottawa, Canada : Amnesty International. Disponible ici : <http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/maternal-mortality-srr-toolkit-for-activists.pdf>
- 62 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et Population et Développement (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Genève : OMS
- 63 Ibid

- 64 Orłowski, M. (2015). *Introduction to Health Behaviors: A Guide for Managers, Practitioners & Educators*. Boston : Cengage Learning, Inc
- 65 Elibrary-SBCC (pas de date). « About Social and Behaviour Change Communication ». Disponible ici : <http://www.elihood.org/aspdat/page.asp?id=1>
- 66 Every Woman Every Child Determinants of Health Working Group (2015). *Socioeconomic, Political and Environmental Determinants. Working Paper: March 2015*. Genève : OMS
- 67 Bhalotra, S., Clots-Figueras I. (2011). « Health and the political agency of women. » *Discussion paper series, IZA DP No. 6216*. Bonn : Institute for the Study of Labor
- 68 Paxton, P., Hughes MM. (2016). *Women, Politics, and Power: A Global Perspective*, Third Edition. Washington, DC : CQ Press
- 69 Langer, A. (2015). « Women and health: the key for sustainable development, » *Lancet*, 386: 1112–1114
- 70 Ramakrishnan, A., Sambuco et R. Jagsi (2014). Women's participation in the medical profession: insights from experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. *J Womens Health (Larchmt)*, 23: 927-34
- 71 Central Intelligence Agency (2016). « World Leaders, 2016, » cité dans Dhatt, R. et autres (2016). « The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening, » *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8
- 72 Organisation mondiale de la Santé (pas de date). La 68^e Assemblée mondiale de la santé, délégués enregistrés. Cité dans Dhatt, R. et autres (2016). « The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening, » *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8
- 73 Langer, A. (2015). « Women and health: the key for sustainable development ». *Lancet*, 386: 1112–1114
- 74 Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2013). *Knowledge Summary #26 Engaging Men and Boys in RMNCH*. Genève : OMS
- 75 International Planned Parenthood Federation (2014). *The Men and Boys Collection: Stories of Gender Justice and Sexual and Reproductive Health and Rights*. Londres : IPPF.
- 76 ONU Femmes (pas de date) site Web HeForShe. Disponible ici : <https://www.heforshe.org/fr>
- 77 Abramsky, T. et autres (2014). « Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda ». *BMC Medicine* 12:122. Disponible ici : <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>
- 78 Raising Voices (2013). *SASA! Preventing Violence Against Women and Children*. Disponible ici : <http://raisingvoices.org/sasa/>
- 79 Raising Voices (2017). « Good School Toolkit. » Disponible ici : <http://raisingvoices.org/good-school/>
- 80 Abramsky, T. et autres (2014). « Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda ». *BMC Medicine* 12:122. Disponible ici : <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>
- 81 Raising Voices (2017). *SASA! Adaptations Around the World*. Kampala, Ouganda : Raising Voices. Disponible ici : <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2017-01-11/2.1%20Emanuela%20Paul.pdf>
- 82 OMS (23 février 2018). « La grossesse chez les adolescentes, » site Web de l'OMS. Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- 83 ONUSIDA (2017). « Graphs: People living with HIV – Young people (15-24) living with HIV by sex. » Base de données en ligne AIDSinfo. Disponible ici : <http://aidsinfo.unaids.org/>
- 84 ONUSIDA (2016). *Prevention Gap Report*. Genève : ONUSIDA (p. 117). Disponible ici : https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS-2016-prevention-gap-report_en.pdf
- 85 Haberland, N.A. (2015). « The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies ». *IPSRH* 41(1):311-351. Disponible ici : <https://www.gutmacher.org/journals/ipsrh/2015/03/case-addressing-gender-and-power-sexuality-and-hiv-education-comprehensive#>

- 86 L'OMS définit les « adolescents » comme des individus appartenant au groupe d'âge de 10 à 19 ans. Organisation mondiale de la Santé (2019). « Adolescent health and development. » Disponible ici : http://www.searo.who.int/entity/child_adolescent/topics/adolescent_health/en/
- 87 Institute for Reproductive Health (2016). *GREAT Project Endline Report*. Washington, DC : IRH. Disponible ici : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf
- 88 UNICEF (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*, p. 2-4; et UNICEF (2017). *Is every child counted? Status of Data for Children in the SDGs*, p. 54
- 89 UNICEF (2014). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf
- 90 ONU Femmes, 2017. « When girls are educated, everything is possible ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/3/news-malawi-chief-receives-vital-voices-award>
- 91 UNICEF (2014). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR..pdf
- 92 ONU Femmes, 2017. « Malawi Parliament Adopts Amendment to End Child Marriage ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/2/news-malawi-parliament-adopts-amendment-to-end-child-marriage>
- 93 Plan International (2017). « Malawi Changes Law to End Child Marriage ». Disponible ici : <https://plan-international.org/news/2017-02-14-malawi-changes-law-end-child-marriage>
- 94 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/publications/files/Birth_Registration_11_Dec_13.pdf
- 95 UNICEF (2012). « Thaïlande: Child Protection-Birth Registration ». Disponible ici : https://www.unicef.org/thailand/protection_14929.html
- 96 Ibid
- 97 Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (2016). *World Humanitarian Data and Trends*. New York : OCHA. Disponible ici : http://interactive.unocha.org/publication/2016_datatrends/WHDT2016.pdf
- 98 Human Rights Center, Université de Californie, Berkeley et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. 2013. *Safe Haven: Sheltering Displaced Persons from Sexual and Gender-Based Violence*. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Disponible ici : <http://www.unhcr.org/51b6e2fd9.pdf>
- 99 Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et Recherche génésiques, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale. 2013. *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. (p. 2). Genève : OMS. Disponible ici : <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>
- 100 Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (2009). *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia*. Londres : ICW. Disponible ici : <http://www.icw.org/files/The%20forced%20and%20coerced%20sterilization%20of%20HIV%20positive%20women%20in%20Namibia%2009.pdf>
- 101 Marina Gafanovich (2014). « Namibia: Supreme Court Ruling against Forced Sterilizations of HIV-Positive Women. » Disponible ici : <https://www.travelclinicnyc.org/namibia-supreme-court-ruling-against-forced-sterilizations-of-hiv-positive-women/>
- 102 ONU Femmes, 2016. *Best Practices of the Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation*. New York : Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement d'ONU Femmes. Disponible ici : <http://www.issuelab.org/resources/27406/27406.pdf>
- 103 Watts, N. et autres (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *Lancet*, 386(10006):1861-914. doi : 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Publication en ligne 25 juin 2015
- 104 Jain, N. (2014). « Taps and Toilets Essential to Maintain India's Polio-Free Miracle. » *The Lancet Global Health Blog*

- 105 Verhart N. et autres (2015). *Bringing Agriculture and Nutrition Together Using a Gender Lens*. Wageningen, Pays-Bas : Royal Tropical Institute (KIT) et SNV Netherlands Development Organization
- 106 Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2015). *The Investment Case for Education and Equity*. New York : UNICEF
- 107 Nations Unies. (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU
- 108 Les exemples de la dernière décennie incluent : Programme des Nations Unies pour le développement, ONUSIDA, Banque mondiale (2005). *Mainstreaming HIV and AIDS in Sectors and Programmes. An Implementation Guide for National Responses*. New York : PNUD ; ONUSIDA (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Genève : ONUSIDA ; ONUSIDA, ICRW (2010). *Implementing Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programmes in Africa*. Genève : ONUSIDA ; ONU Femmes (2013). *Gender Equality and HIV/AIDS: A Comprehensive Web Portal for Gender Equality Dimensions of the HIV/AIDS Epidemic*, Disponible ici : <http://www.genderandaids.org> ; ONUSIDA (2014). *Gender-Responsive HIV Programming for Women and Girls. Guidance Note*. Genève : ONUSIDA. Disponible ici : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf
- 109 Pour obtenir des orientations, consultez : OMS (2014). *Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf ; Frost, L. et autres. (2016). « Using Multistakeholder Dialogues to Assess Policies, Programmes and Progress for Women's, Children's and Adolescents' Health, » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 94:393–395. Disponible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>
- 110 Organisation mondiale de la Santé et Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2014). *Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf
- 111 Frost, L. et autres. (2016). « Using Multistakeholder Dialogues to Assess Policies, Programmes and Progress for Women's, Children's and Adolescents' Health, » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 94:393–395. Disponible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>
- 112 Ibid
- 113 Ibid
- 114 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (2016). « L'éducation sexuelle complète en Zambie ». Disponible ici : http://www.unesco.org/new/fr/media-services/single-view/news/young_women_between_the_ages_of_15_and_24_are_particularly_v/
- 115 Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (2016). *Strengthening Comprehensive Sexuality Education for Young People in School Settings in Zambia: A Review and Documentation of the Scale-Up Process*. Paris : UNESCO. Disponible ici : <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002472/247268e.pdf>
- 116 Ibid
- 117 International Centre for Diarrheal Diseases Research, Bangladesh et WaterAid Bangladesh. (2014). *Bangladesh National Hygiene Baseline Survey: Preliminary Report*. Bangladesh : ICCDR, B. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ircwash.org/sites/default/files/bnhbs.pdf>
- 118 Ibid
- 119 Lewis, C.J. (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food Based Approaches*. Washington, DC : La Gender Informed Nutrition and Agriculture (GINA) Alliance et le Nutrition Collaborative Research Support Programme
- 120 ResearchGate (2011). *Childbirth Experiences of Women with Obstetric Fistula in Tanzania and Uganda and their Implications for Fistula Program Development*. Disponible ici : https://www.researchgate.net/publication/46010150_Childbirth_experiences_of_women_with_obstetric_fistula_in_Tanzania_and_Uganda_and_their_implications_for_fistula_program_development

- 121 Vodafone Group (2014). *Connected Women: How Mobile Can Support Women's Economic and Social Empowerment*. Berkshire, Angleterre : Vodafone Group Plc. Disponible ici : https://www.vodafone.com/business/VF_Media_C/VF_WomensReport_V12_Final.pdf
- 122 Fonds des Nations Unies pour la population (2014). « Fistula Survivors Treated through M-Pesa Mobile Banking Scheme in Tanzania ». Disponible ici : <https://www.unfpa.org/news/fistula-survivors-treated-through-m-pesa-mobile-banking-scheme-tanzania>
- 123 Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation et International Center for Research on Women (2014). *Evaluations of Gender-integrated Health Programmes*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project ; OneWorld.Net (2016). « Do Our Health Systems Promote Gender Equality? » Disponible ici : <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality> ; Muralidharan, A., J. Fehringer, S. Pappa, E. Rottach, M. Das et M. Mandal (2015). *Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programmes in Low- and Middle-income Countries*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project
- 124 Nations Unies (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU
- 125 Rasanathan, K. et autres (2015). Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child, and Adolescent Health in the Post-2015 Era. *BMJ*, 351:h4213
- 126 Nations Unies (2015). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. New York : ONU
- 127 Sen, G. (1994). « Women's Empowerment and Human Rights: The Challenge to Policy ». Document présenté lors du Population Summit of the World's Scientific Academies (Sommet sur la population des Universités scientifiques du monde). New Delhi ; Mehra, R. (1997). Women, Empowerment, and Economic Development. *The Annals of the Academy*, 554:136-149
- 128 Centre de Formation d'ONU Femmes (2017). « Glossaire d'égalité des sexes » Disponible ici : <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=151&mode=letter&lang=fr>
- 129 DHS Program (pas de date). « Women's Status and Empowerment. » Disponible ici : <https://dhsprogram.com/Topics/Womens-Status-And-Empowerment.cfm> ; DHS Program (pas de date). « Gender indicator data. » Disponible ici : <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>
- 130 DHS Program (pas de date). « Gender indicator data. » Disponible ici : <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>
- 131 Ibid
- 132 MEASURE Evaluation (pas de date). « Family planning and reproductive health indicators database: Gender sensitivity in the service delivery environment. » Disponible ici : https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/service-delivery/gender-equity-sensitivity/gender-sensitivity-in-the-service-delivery
- 133 MEASURE Evaluation (pas de date). « Family planning and reproductive health indicators database: Women and Girls' Status and Empowerment. » Disponible ici : https://www.measureevaluation.org/prh/rh_indicators/gender/wg

RÉFÉRENCES

- Abramsky, T. et autres (2014). Findings from the SASA! Study: A Cluster Randomized Controlled Trial to Assess the Impact of a Community Mobilization Intervention to Prevent Violence against Women and Reduce HIV Risk in Kampala, Uganda. *BMC Medicine* 12:122. Disponible ici : <https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0122-5>
- Ackerson, L. K. et S. V. Subramanian (2008). State Gender Inequality, Socioeconomic Status and Intimate Partner Violence (IPV) in India: A Multilevel Analysis. *Australian Journal of Social Issues* 43(1): pp. 81-102
- Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) (2015). « Four Ways Addressing Gender Makes Maternal and Child Health Programmes More Effective ». <https://www.mcsprogram.org/four-ways-addressing-gender-makes-maternal-and-child-health-programs-more-effective/>
- _____ (2017). « Role of Nutrition in Preventing Child and Maternal Deaths: Technical Guidance Brief ». Disponible ici : <https://www.usaid.gov/what-we-do/global-health/nutrition/role-nutrition-ending-preventable-child-maternal-deaths#1>
- Alkema, L. et autres (2016). Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, With Scenario-Based Projections to 2030: A Systematic Analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 387(10017) : pp. 462-74
- Amnesty International Canada (2012). *Maternal Health and Sexual and Reproductive Rights: A Toolkit for Activists*. Ottawa : Amnesty International. Disponible ici : <http://www.amnesty.ca/sites/amnesty/files/maternal-mortality-srr-toolkit-for-activists.pdf>
- Bangser, Maggie et autres (2011). Childbirth Experiences of Women with Obstetric Fistula in Tanzania and Uganda and their Implications for Fistula Program Development. *International Urogynecology Journal* 22(1):91-8. Disponible ici : https://www.researchgate.net/publication/46010150_Childbirth_experiences_of_women_with_obstetric_fistula_in_Tanzania_and_Uganda_and_their_implications_for_fistula_program_development
- Banque mondiale et Organisation mondiale de la Santé (2014). *Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024*. Disponible ici : <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/HDN/Health/CRVSScaling-upoverview5-28-14web.pdf>
- Batliwala, S. (1993). *Empowerment of Women in South Asia: Concepts and Practices. (Autonomisation des femmes en Asie du Sud : concepts et pratiques.)* Mumbai : Asian-South Pacific Bureau of Adult Education
- Beuchelt, T. et L. Badstue (2013). *Gender, Nutrition- And Climate-Smart Food Production: Opportunities and Trade-Offs*. Pays-Bas : Springer Netherlands. Disponible ici : <https://link.springer.com/article/10.1007/s12571-013-0290-8#citeas>
- Black, R. E., R. Laxminarayan, M. Temmerman, et N. Walker, eds. (2016). *Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health. Disease Control Priorities*. Troisième édition, volume 2. Washington, DC : Banque mondiale
- Briscombe, B., S. Sharma et M. Saunders (2010). *Improving Resource Allocation in Kenya's Public Health Sector*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Initiative, Task Order 1

- Bhalotra, S., Clots-Figueras I. (2011). « Health and the political agency of women. » *Discussion paper series, IZA DP No. 6216*. Bonn : Institute for the Study of Labor
- Bureau de la Conseillère spéciale pour la problématique hommes-femmes (2001) *Important Concepts Underlying Gender Mainstreaming*. New York : ONU
- Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (2016). *World Humanitarian Data and Trends*. p. 3. Disponible ici : http://interactive.unocha.org/publication/2016_datatrends/WHDT2016.pdf
- Caro, D. (2009). *A Manual for Integrating Gender into Reproductive Health and HIV Programs: From Commitment to Action*. 2e ed. Washington, DC : Population Reference Bureau, USAID IGWG
- Center for Global Development (2016). « Percentage of Adults with an ID Card by Age and Sex, Pakistan, 2012-13 ». Disponible ici : <http://www.cgdev.org/media/percentage-adults-id-card-age-and-sex-pakistan-2012-13>
- Centre de Formation d'ONU Femmes (2017). « Glossaire d'égalité des sexes » Disponible ici : <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/view.php?id=151&mode=letter&lang=fr>
- Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (2017). « Zika Virus Infection ». Disponible ici : http://ecdc.europa.eu/en/health-topics/zika_virus_infection/zika-outbreak/Pages/epidemiological-situation.aspx
- Centre for Agriculture and Biosciences International & Food and Agriculture Organization (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food-Based Approaches*. Thompson, B. et L. Amoroso (Eds). Italie : CABI et FAO. Disponible ici : <http://www.cabi.org/nutrition/ebook/20143140796>
- Chai Jeanne et autres (2016). « Association between intimate partner violence and poor child growth: results from 42 demographic and health surveys. » *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*
- Chaque femme, chaque enfant (2015). *Determinants of Health Working Group. Socioeconomic, Political and Environmental Determinants. Working Paper*. New York : ONU
- Chimphamba Gombachika, B. et autres (2012). A Social Ecological Approach to Exploring Barriers to Accessing Sexual and Reproductive Health Services among Couples Living with HIV in Southern Malawi. *ISRN Public Health* vol. 2012, Article ID 825459. Disponible ici : <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/825459/cta/>
- Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final Résumé analytique*. OMS : Genève
- Commission Lancet sur la santé et le changement climatique (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *Lancet* 386(10006):1861-914. doi : 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Publication en ligne 25 juin 2015
- Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (2009). *The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia*. Londres : ICW. Disponible ici : <http://www.icwglobal.org/resources/document-library/the-forced-and-coerced-sterilization-of-hiv-positive-women-in-namibia>
- Das, P. et P. Nanda (2016). *Making Change with Cash? Are Conditional Cash Transfer Programs Gender Transformative? Document de politique générale*. Washington, DC : Centre international de recherche sur les femmes (ICRW). Disponible ici : https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/IMPACCT_CCTBrief_webready.pdf
- de la O Campos, Ana Paula (2015). *Empowering Rural Women through Social Protection*. Rome : FAO. Disponible ici : <http://www.fao.org/3/a-i4696e.pdf>

- Demographic Health Surveys Program (n.d. a). « Women's Status and Empowerment. » Disponible ici : <https://dhsprogram.com/Topics/Womens-Status-And-Empowerment.cfm>
- _____ (pas de date [b]). « Gender indicator data. » Disponible ici : <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>
- Dhatt, R. et autres (2016). The role of women's leadership and gender equity in leadership and health system strengthening. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 2, e8
- Dougherty D. et autres (2018). « Intimate Partner Violence and Women's Health-seeking Behaviors in Northwestern Botswana. » *Journal Health Care for the Poor and Underserved*, 29(3):864-880
- Eke, N., et K. Nkanginieme (2006). Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome. *Lancet* 367:1799
- Elibrary-SBCC. (pas de date). « About Social and Behaviour Change Communication ». <http://www.elihood.org/aspdat/page.asp?id=1>
- Ernest, D. et autres (2014). *A Peer Study on Obstetric Fistula*. Londres : Foundation for Women's Health, Research and Development. Disponible ici : http://www.forwarduk.org/wp-content/uploads/2014/12/Do-not-hide-yourself_PEER-Study.pdf
- Filles, pas épouses (2016a). *L'union fait la force : Retour sur cinq ans d'avancées vers la fin du mariage des enfants* Londres : Girls Not Brides. Disponible ici : <https://www.girlsnotbrides.org/wp-content/uploads/2016/09/IT-TAKES-A-MOVEMENT-FR.pdf>
- _____ (2016b). « 5 raisons pour lesquelles mettre fin au mariage des enfants peut améliorer la santé de millions de femmes et de filles ». <https://www.fillespasepouses.org/5-reasons-end-child-marriage-improve-maternal-health/>
- Fistula Care (2011). *Making Mobile Phones Work for Women with Fistula: The M-PESA Experience in Kenya and Tanzania*. New York : Fistula Care. Disponible ici : https://www.engenderhealth.org/files/pubs/fistula-care-digital-archive/1/1.1/mobile_phone_brief.pdf
- Fonds des Nations Unies pour la population et Engender Health (2017). *Engaging Men in Sexual and Reproductive Health and Rights, Including Family Planning: Why Using a Gender Lens Matters*. New York : UNFPA
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Fonds des Nations Unies pour la population, Programme des Nations Unies pour le développement, ONU Femmes (pas de date). « Gender Equality, UN Coherence, and You ». Conclusions concertées ECOSOC 1997/2. Disponible ici : <https://trainingcentre.unwomen.org/mod/glossary/showentry.php?courseid=1&eid=261>
- Fonds des Nations Unies pour la population (2012). *Africa Report 2012*. Johannesburg : FNUAP. Disponible ici : http://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/IMPACT%20AFRICA_0.pdf
- _____ (2013). *Motherhood in Childhood: Facing the Challenge of Adolescent Pregnancy, State of World Population*. New York : FNUAP
- _____ (2014a). « Data2X Announces New Partnerships to Address Gender Data Gaps. » Disponible ici : <http://www.unfoundation.org/news-and-media/press-releases/2014/data2x-announces-new-partnerships.html>
- _____ (2014b). « Fistula Survivors Treated through M-Pesa Mobile Banking Scheme in Tanzania ». Disponible ici : <http://www.unfpa.org/news/fistula-survivors-treated-through-m-pesa-mobile-banking-scheme-tanzania>
- _____ (2015). *Girlhood, Not Motherhood: Preventing Adolescent Pregnancy*. New York : FNUAP

- _____ (2017). *End Line Evaluation of the H4+Joint Programme Canada and Sweden (Sida)—2011-2016—Final Report Volume I*. New York : FNUAP. Disponible ici : http://www.unfpa.org/sites/default/files/admin-resource/UNFPA_H4_Report_20171012_web_pages.pdf
- _____ (2017). *Gender-biased Sex Selection*. New York : FNUAP. Disponible ici : <http://www.unfpa.org/gender-biased-sex-selection>
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (2012). « Thaïlande: Child Protection—Birth Registration ». Disponible ici : https://www.unicef.org/thailand/protection_14929.html
- _____ (2013). *Every Child's Birth Right: Inequities and Trends in Birth Registration*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/publications/files/Birth_Registration_11_Dec_13.pdf
- _____ (2014). *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/media/files/Child_Marriage_Report_7_17_LR.pdf
- _____ (2014). *Hidden in Plain Sight: A Statistical Analysis of Violence Against Children*. New York : UNICEF
- _____ (2014). *The State of the World's Children 2015: Résumé analytique. Reimagine the Future: Innovation for Every Child*. New York : UNICEF. Disponible ici : https://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_and_Tables.pdf
- _____ (2015). *The Investment Case for Education and Equity*. New York : UNICEF
- _____ (2016). « Child Protection from Violence, Exploitation and Abuse ». Disponible ici : <https://www.unicef.org/protection/>
- _____ (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern*. New York : UNICEF
- _____ (2017). *Is every child counted? Status of Data for Children in the SDGs*. New York : UNICEF. Disponible ici : <https://data.unicef.org/resources/every-child-counted-status-data-children-sdgs/>
- _____ (2017). « UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women ». <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/sexual-violence/>
- _____ (2018). *Child Marriage: Latest Trends and Future Prospects*, New York : UNICEF. Disponible ici : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2018/07/Child-Marriage-Data-Brief.pdf>
- _____ (pas de date). « Social Ecological Model » Disponible ici : https://www.unicef.org/cbsc/files/Module_1_SEM-C4D.docx
- Frost, L. et autres (2016). Using multistakeholder dialogues to assess policies, programmes and progress for women's, children's and adolescents' health. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*. 94:393–395. Disponible ici : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4850542/pdf/BLT.16.171710.pdf>
- FSG (2016). *An Opportunity to Address Menstrual Health and Gender Equity*. Boston : FSG. Disponible ici : <http://www.issuelab.org/resources/25405/25405.pdf>
- Gender & Development Network (2016). *Achieving Gender Equality Through WASH*. Londres : Gender & Development Network. Disponible ici : <https://static1.squarespace.com/static/536c4ee8e4b0b60bc6ca7c74/t/56f41cee2fe131a7e0b9651c/1458838767309/Achieving+gender+equality+through+WASH+++April+2016.pdf>
- Haberland, N. (2012). « Ensuring Education Benefits Girls to the Full: Synergies Between Education, Gender Equality, HIV and Sexual and Reproductive Health ». Dans : *Gender Equality, HIV and Education*. New York : Population Council. Disponible ici :

- http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/bookchapters/2012_EnsuringEducation.pdf
- _____ (2015). The Case for Addressing Gender and Power in Sexuality and HIV Education: A Comprehensive Review of Evaluation Studies. *IPSRH* 41(1):311-351. Disponible ici : <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2015/03/case-addressing-gender-and-power-sexuality-and-hiv-education-comprehensive#>
- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2009). *A Human-Rights Based Approach to Health. Information Sheet*. Genève : HCDH
- _____ (2017). « Human Rights-Based Approaches to Women and Children's Health ». Disponible ici : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/MaternalAndChildHealth.aspx>
- _____ (pas de date). « Que sont les droits de l'homme ? » Disponible ici : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (2014). « Background Note on Gender Equality Nationality and Statelessness 2014. » Disponible ici : <http://www.unhcr.org/4f5886306.html>
- HC3 – Health Communication Capacity Collaborative (2014). *Addressing the Role of Gender in the Demand for RMNCH Commodities: A Programming Guide*. Baltimore : John Hopkins Bloomberg School of Public Health Centre for Communication Programmes
- Heise, L., M. Ellsberg et M. Gottmoeller (2002). « A global overview of gender-based violence. » *International Journal of Gynecology and Obstetrics*
- Holmes, Rebecca et autres (2010). *Cash Transfers and Gendered Risks and Vulnerabilities: Lessons from Latin America*. Londres : Overseas Development Institute. Disponible ici : <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/6042.pdf>
- Human Rights Center, Université de Californie, Berkeley et Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (2013). *Safe Haven: Sheltering Displaced Persons from Sexual and Gender-Based Violence*. Genève : Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Disponible ici : <http://www.unhcr.org/51b6e2fd9.pdf>
- Hurst, T. E. et autres (2015). « Demand-side interventions for maternal care: evidence of more use, not better outcomes. » *BMC Pregnancy Childbirth*
- Institute for Reproductive Health (2013). *The GREAT [Gender Roles, Equality, and Transformations] Project: Final Factsheet*. Washington, DC : IRH. Disponible ici : http://irh.org/wp-content/uploads/2013/11/GREAT_Project_Factsheet_FINAL_2013.pdf
- _____ (2016). *GREAT Project Endline Report*. Washington, DC : IRH. Disponible ici : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KXRW.pdf
- International Centre for Diarrheal Diseases Research, Bangladesh et WaterAid Bangladesh (2014). *Bangladesh National Hygiene Baseline Survey: Preliminary Report*. Bangladesh : ICCDR, B. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ircwash.org/sites/default/files/bnhbs.pdf>
- IPCD – L'Équipe spéciale de haut niveau pour la Conférence internationale sur la population et le développement (2015). *Smart Investments for Financing the Post-2015 Development Agenda. Document de politique générale*. New York : IPCD
- Jain, Neeraj (2014). « Taps and Toilets Essential to Maintain India's Polio-Free Miracle. » *The Lancet Global Health Blog*. https://marlin-prod.literatumonline.com/pb-assets/Lancet/langlo/TLGH_Blogs_2013-2018.pdf

- Kabeer, N. (1994). *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Londres : Verso
- _____ (1999). The Conditions and Consequences of Choice: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. Document de discussion 108 du UNRISD (Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social). Genève : UNRISD
- _____ (2005). Gender Equality and Women's Empowerment: A Critical Analysis of the Third Millennium Development Goal 1. *Gender and Development* 13:13-24
- Kumbani, L. et autres (2013). Why Some Women Fail to Give Birth at Health Facilities: A Qualitative Study of Women's Perceptions of Perinatal Care from Rural Southern Malawi. *Reproductive Health*. 10 (2013) : 9
- Langer, A. (2015). « Women and health: the key for sustainable development, » *Lancet*, 386:1112–1114
- Lewis, Cheryl Jackson (2010). « The Gender Informed Nutrition and Agriculture Alliance (GINA) Successes, Challenges, and the Way Forward ». Présentation PowerPoint. Washington, DC : USAID. Disponible ici : http://www.aiard.org/uploads/1/6/9/4/16941550/2010_aiard_preso_cheryl_jackson.pdf
- _____ (2014). *Improving Diets and Nutrition: Food Based Approaches*. Washington, DC : La Gender Informed Nutrition and Agriculture Alliance et le Nutrition Collaborative Research Support Programme, USAID. pp. 113–23
- Mehra, R. (1997). Women, Empowerment, and Economic Development. *The Annals of the Academy*. 554 : pp. 136-149
- Morgan, R. et autres (2016). How to do (or not to do) Gender Analysis in Health Systems Research. *Health Policy Plan*. 31(8):1069-78
- Muralidharan, A. et autres (2015). *Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programmes in Low- and Middle-Income Countries*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project
- Namasivayam, A. et autres (2012). The Role of Gender Inequities in Women's Access to Reproductive Health Care: A Population-Level Study of Namibia, Kenya, Nepal, and India. *International Journal of Women's Health*. Vol. 4 : pp. 351-364
- Nations Unies (1948). Déclaration universelle des droits de l'homme. Disponible ici : <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html/>
- _____ (2015a). *Chaque femme, chaque enfant : Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016 – 2030)*. New York : ONU
- _____ (2015b). *The World's Women 2015: Trends and Statistics*. Chapitre 6, « Violence against Women ». New York : Département des affaires économiques et sociales de l'ONU, Division des statistiques. Disponible ici : <https://unstats.un.org/unsd/gender/worldswomen.html>
- _____ (pas de date). « Sustainable Development Goals Indicators Website ». Disponible ici : <https://unstats.un.org/sdgs/>
- News Deeply (2016). « The Power of Mobile Technology to Help End Fistula ». Disponible ici : <https://www.newsdeeply.com/womenandgirls/the-power-of-mobile-technology-to-help-end-fistula/>
- Newton, Julie (2016). *Making Social Protection Gender Sensitive for Inclusive Development in Sub-Saharan Africa*. La Haie : Include — Plateforme de connaissances sur les politiques de développement inclusif. Disponible ici : <http://includeplatform.net/wp-content/uploads/2016/01/INCLUDE-GRF->

- Newton-Making-Social-Protection-Gender-Sensitive.pdf
- Nielsen B. B. et autres (1997). Reproductive Pattern, Perinatal Mortality, and Sex Preference In Rural Tamil Nadu, South India: Community Based, Cross Sectional Study. *BMJ*. 314(7093) : pp. 1521-1524
- Nudelman, A. (2013). *Gender-Related Barriers to Services for Preventing New HIV Infections Among Children and Keeping Mothers Alive and Healthy in High-Burden Countries. Discussion Paper*. Genève : ONUSIDA
- OneWorld.Net (2016). « Do Our Health Systems Promote Gender Equality? » <http://www.oneworld.net/updates/news/do-our-health-systems-promote-gender-equality>
- ONU Femmes (Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes). (2013a). *Éléments essentiels pour mettre fin à la violence à l'égard des femmes et des filles*. New York : ONU Femmes
- _____ (2013b). « Gender Equality And HIV/AIDS: A Comprehensive Web Portal for Gender Equality Dimensions of the HIV/AIDS Epidemic ». <http://www.genderandaids.org>
- _____ (2014). *The Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation. Newsletter No. 3*. New York : ONU Femmes. Disponible ici : http://wsscc.org/wp-content/uploads/2015/05/jt_prgm_info_letter_3_en_lores.pdf
- _____ (2015). *Gender Mainstreaming in Maternal Death Surveillance and Response Systems in Africa*. New York : ONU Femmes. Disponible ici : <http://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20africa/attachments/publications/2015/12/gender%20mainstreaming%20maternal%20death%20surveillance%20and%20response%20systems.pdf?vs=1711>
- _____ (2016a). « Actions Intensify in Response to the Zika Virus in Brazil ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/4/world-health-day-and-response-to-the-zika-virus-in-brazil>
- _____ (2016b). *Best Practices of the Joint Programme on Gender, Hygiene and Sanitation*. New York : Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement d'ONU Femmes. Disponible ici : <http://www.issuelab.org/resources/27406/27406.pdf>
- _____ (2016c). « Selon les propos de Ndèye Daro Niang : 'Je suis une membre respectée de ma communauté' ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/fr/news/stories/2016/8/in-the-words-of-ndeye-daro-niang>
- _____ (2016d). « Women Must Be at the Centre of the Response to the Zika Virus, Says UN Women Executive Director ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2016/2/ed-statement-on-zika-virus#notes>
- _____ (2017). « Malawi Parliament Adopts Amendment to End Child Marriage ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/2/news-malawi-parliament-adopts-amendment-to-end-child-marriage>
- _____ (2017). « When girls are educated, everything is possible ». Disponible ici : <http://www.unwomen.org/en/news/stories/2017/3/news-malawi-chief-receives-vital-voices-award>
- _____ (pas de date). « HeforShe Solidarity Campaign for the Advancement of Women ». <http://www.heforshe.org/>
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) (2010). *Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper*. Genève : ONUSIDA

- _____ (2014). *Gender-Responsive HIV Programming for Women and Girls. Guidance Note*. Genève : ONUSIDA. Disponible ici : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/genderresponsiveHIVprogramming_en.pdf
- _____ (2014). « La Cour suprême de Namibie défend la dignité des femmes vivant avec le VIH ». Disponible ici : https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/november/20141106_PS_Namibia
- _____ (2015). *Empower Young Women and Adolescent Girls: Fast Tracking the End of the AIDS Epidemic in Africa*. Genève : ONUSIDA
- _____ (2016). *Prevention Gap Report*. Genève : ONUSIDA (p. 117). Disponible ici : https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/UNAIDS-2016-prevention-gap-report_en.pdf
- _____ (2017). « Graphs: People living with HIV – Young people (15-24) living with HIV by sex. » Base de données en ligne AIDSinfo. Disponible ici : <http://aidsinfo.unaids.org/>
- ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), ICRW (2010). *Implementing Multiple Gender Strategies to Improve HIV and AIDS Interventions: A Compendium of Programmes in Africa*. Genève : ONUSIDA
- Oomman, Nandini et autres (2003). « Nepal: Inequalities in Health, Nutrition and Population ». Document de discussion produit par la Health, Nutrition, and Population (HNP) Family du Réseau Human Development de la Banque mondiale. Washington, DC : Banque mondiale Disponible ici : <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/NepalPROF.pdf>
- Open Society Foundation (2010). « Women in Namibia Fight Back Against Forced Sterilization ». Disponible ici : <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/women-namibia-fight-back-against-forced-sterilization>
- _____ (2014). « A Win for Victims of Forced Sterilization in Namibia ». Disponible ici : <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/win-victims-forced-sterilization-namibia>
- Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (2009). *Gender in Education Network in Asia-Pacific (GENIA) Toolkit: Promoting Gender Equality in Education*. Bangkok : UNESCO
- _____ (2016a). « L'éducation sexuelle complète en Zambie ». Disponible ici : http://www.unesco.org/new/fr/media-services/single-view/news/young_women_between_the_ages_of_15_and_24_are_particularly_v/
- _____ (2016b). « Documenting the Scale Up of Comprehensive Sexuality Education Programmes in Zambia ». Disponible ici : http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/news/tors_documenting_the_cse_scale-up_in_zambia_2016.pdf
- _____ (2016c). *Strengthening Comprehensive Sexuality Education for Young People in School Settings in Zambia: A Review and Documentation of the Scale-Up Process*. Paris : UNESCO. Disponible ici : <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002472/247268e.pdf>
- _____ (2016d). « UNESCO Sexuality Education in School Programme ». Disponible ici : <https://openaid.se/activity/SE-0-SE-6-5119005101-ZMB-12261/>
- Organisation mondiale de la Santé (2009). *Women and Health: Today's Evidence Tomorrow's Agenda*. Genève : OMS
- _____ (2011). *An Update on WHO's Work on Female Genital Mutilation (FGM). Progress Report*. Genève : OMS
- _____ (2011). *Gender Mainstreaming for Health Managers: A Practical Approach*. Genève : OMS

- _____ (2012). *Food Security and Climate Change*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/summaries/ks19.pdf?ua=1>
- _____ (2012). *Santé sexuelle et reproductive: Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. Genève : OMS. Disponible ici : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/
- _____ (2013). *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques*. Genève : OMS
- _____ (2014). *La grossesse chez les adolescentes*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/>
- _____ (2014). *Health for the World's Adolescents: A Second Chance in a Second Decade*. Genève : OMS.
- _____ (2014). *Mortalité maternelle*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/fr/>
- _____ (2015). *Gender Fact Sheet No. 403*. Genève : OMS. Disponible ici : <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/factsheet-403/en/>
- _____ (2015). « Global Health Observatory (GHO) Data: Maternal Mortality ». Disponible ici : http://www.who.int/gho/maternal_health/mortality/maternal_mortality_text/en/
- _____ (2015). *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Population Division*. Genève : OMS
- _____ (2016). *Enfants : faire reculer la mortalité*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/fr/>
- _____ (2016). *La violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>
- _____ (2017). *Ligne directrice unifiée sur la santé et les droits des femmes vivant avec le VIH en matière sexuelle et reproductive Résumé analytique*. Disponible ici : http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/Ex-Summ-srhr-women-hiv/fr/
- _____ (2017). « Global Health Observatory (GHO) data. Under-five mortality. » Disponible ici : http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_under_five_text/en/
- _____ (2017). *Le paludisme chez les femmes enceintes*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/fr/
- _____ (2017). « Questions-réponses sur la maladie à virus Zika et ses complications. » Disponible ici : <http://www.who.int/features/qa/zika/fr/>
- _____ (2018). « La grossesse chez les adolescentes, » site Web de l'OMS. Disponible ici : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et Recherche génésiques, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et le Conseil sud-africain de la Recherche médicale (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire*. P.2. Genève : OMS. Disponible ici : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé, LSHTM et SAMRC (2013). *Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes*. Genève : OMS

- Organisation mondiale de la Santé, Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (2014). *Multi-stakeholder Dialogues for Women's and Children's Health: A Guide for Conveners and Facilitators*. Genève : OMS. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/msd_guide.pdf
- Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et Organisation mondiale de la Santé (2014). *A Policy Guide for Implementing Essential Interventions for Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH). A Multisectoral Policy Compendium for RMNCH*. Genève : OMS
- Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et Partners in Population and Development (2013). *Promoting Women's Empowerment for Better Health Outcomes for Women and Children*. Genève : OMS
- Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale (2015). *Success Factors for Women and Children's Health: Journal Articles and Reports*. Genève : OMS
- Paxton, P., Hughes MM. (2016). *Women, Politics, and Power: A Global Perspective*, Third Edition. Washington, DC : CQ Press
- Paudel, V. et K. Baral (2015). Women Living With HIV/AIDS (WLHA), Battling Stigma, Discrimination, and Denial and the Role of Support Groups as a Coping Strategy: A Review of Literature. *Reproductive Health* 12: 53. Disponible ici : <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-015-0032-9>
- Plan International (2017). « Malawi Changes Law to End Child Marriage ». Disponible ici : <https://plan-international.org/news/2017-02-14-malawi-changes-law-end-child-marriage>
- Prata, N. (2015). *Access to Family Planning and Women's Health*. Berkely, CA : Bixby Center for Population, Health and Sustainability Université de Californie, Berkeley
- Programme des Nations Unies pour le développement, ONUSIDA, Banque mondiale (2005). *Mainstreaming HIV and AIDS in Sectors and Programmes. An Implementation Guide for National Responses*. New York : PNUD
- Promundo (2016). « In Final Stages of Economic Empowerment Project, Promundo Trains Hundreds of Professionals on Gender-Transformative Methodologies ». Disponible ici : <http://promundoglobal.org/2016/08/02/final-stages-economic-empowerment-project-promundo-trains-hundreds-professionals-gender-transformative-methodologies/>
- _____ (2016). « Promundo Pilots Gender-Transformative Toolkit for Brazilian Professionals Working on Conditional Cash Transfer Programs ». Disponible ici : <https://promundoglobal.org/2016/04/18/promundo-pilots-gender-transformative-toolkit-brazilian-professionals-working-conditional-cash-transfer-programs/>
- _____ (2017). Programme « Bolsa Família Companion ». Disponible ici : <http://promundoglobal.org/programmes/bolsa-familia-companion-program/>
- Promundo et ONU Femmes (pas de date) *Sharing the Care Booklet: Equality Between Women and Men in the Bolsa Família Program*. Brésil : Promundo. Disponible ici : <http://promundoglobal.org/resources/sharing-care-booklet-equality-women-men-bolsa-familia-program/>
- Public Health Foundation of India, Health Policy Project, MEASURE Evaluation and International Center for Research on Women (2014). *Evaluations of Gender-integrated Health Programmes*. Washington, DC : Futures Group, Health Policy Project

- Raising Voices. (2013). *SASA! Preventing Violence Against Women and Children*. Disponible ici : <http://raisingvoices.org/sasa/>
- _____ (2017). *SASA! Adaptations Around the World*. Kampala, Ouganda : Raising Voices. Disponible ici : <http://www.svri.org/sites/default/files/attachments/2017-01-11/2.1%20Emanuela%20Paul.pdf>
- Ramakrishnan, A., A. Sambuco et R. Jagsi (2014). Women's participation in the medical profession: insights from experiences in Japan, Scandinavia, Russia, and Eastern Europe. *J Womens Health (Larchmt)*
- Rasanathan, K. et autres (2015). Ensuring Multisectoral Action on the Determinants of Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health in the Post-2015 Era. *BMJ*, 351:h4213
- Reproductive Health Supplies Coalition (2017). « Increasing Independence in Young Women by Ensuring Access to Safe Menstrual Products ». Disponible ici : <https://www.rhsupplies.org/activities-resources/webinars/video/increasing-independence-in-young-women-by-ensuring-access-to-safe-menstrual-products-51/>
- Research in Gender and Ethics, Building Stronger Health Systems, RESYST, ReBUILD Consortium, Future Health Systems (2014). *Building Back Better: How Can Health System Reform After Conflict Support Gender Equity?* Londres : RinGS
- Reuters (2016). « Many Brazilian Women Avoiding Pregnancy Due to Zika Fears: Study. » Disponible ici : <http://www.reuters.com/article/us-health-zika-brazil-idUSKBN14B2JO>
- Rosenstock, Summer et autres (2015). Sex Differences in Morbidity and Care-Seeking During the Neonatal Period in Rural Southern Nepal. *Journal of Health, Population, and Nutrition*. 33:11. Disponible ici : <http://doi.org/10.1186/s41043-015-0014-0>
- Rowlands, J. (1997). *Questioning Empowerment: Working with Women in Honduras*. Oxfam Publishing : Oxford
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2014). *International News: Fistula Edition*. Londres : RCOG. Disponible ici : https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/global-network/global-health-news/international_news_oct14.pdf
- Sen, G. (1994). « Women's Empowerment and Human Rights: The Challenge to Policy ». Document présenté lors du Population Summit of the World's Scientific Academies (Sommet sur la population des Universités scientifiques du monde). New Delhi
- _____ (1997). « Empowerment as an Approach to Poverty, Working Paper Series 97.07, background paper for the UNDP Human Development Report ». New York : PNUD
- Sen, G., P. Ostlin et A. George (2007). Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health: Why It Exists and How We Can Change It. *Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health* Genève : Women and Gender Equality Network. Genève : OMS
- Silverman J.G., A. Raj et K. Clements (2004). Dating Violence and Associated Sexual Risk and Pregnancy Among Adolescent Girls in the United States. *Pediatrics*. Vol. 114(2) : e220–e225
- Simavi (2016). *Ritu: Promoting Menstrual Hygiene Management in Bangladesh*. Disponible ici : <https://simavi.org/wp-content/uploads/2016/06/Ritu-needs-assessment-final-version-Newstone.pdf>
- _____ (2016). « Ritu Programme ». Disponible ici : <https://simavi.org/what-we-do/programmes/ritu/>
- Singh, S., J.E. Darroch et L. Ashford (2014). *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health*. New York : Guttmacher Institute et FNUAP

- Sommer, M. et autres (2016). A Time for Global Action: Addressing Girls' Menstrual Hygiene Management Needs in Schools. *PLoS Med* 13(2): e1001962. Disponible ici : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001962>
- Standing, H. (2002). *New Trends in Financing for Health Care: What Impact on Reproductive Health?* Sussex : Institute of Development Studies
- Starrs, Ann M. (2018). Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher-Lancet Commission. *Lancet Commission*, 391(10140):2642-2692. Disponible ici : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30293-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9)
- Swedish International Development Cooperation Agency (2015). *Preventing and Responding to Gender-Based Violence: Expressions and Strategies*. Stockholm : Sida
- Taukobong, H.F. et autres (2016). « Does Addressing Gender Inequalities and Empowering Women and Girls Improve Health and Development Programme Outcomes? » *Health Policy and Planning* 31 : 492-1514.
- Underwood, C.R. et Z. Hendrickson (2014). *Communication Interventions for Gender Equality and Social Equity in Aquatic Agricultural Systems: A Review of the Literature*. Penang, Malaisie : CGIAR Research Program on Aquatic Agricultural Systems. Rapport du programme : AAS-2014-36. Disponible ici : http://pubs.iclarm.net/resource_centre/AAS-2014-36.pdf
- Union africaine (2013). *Draft Policy Brief: Nutrition and Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health*. Johannesburg : Union africaine. Disponible ici : http://www.who.int/pmnch/media/events/2013/au_policy_brief_nutrition.pdf
- Upadhyay, U.D. et autres (2014). Women's Empowerment and Fertility: A Review of the Literature. *Soc Sci Med*, août ;115:111-20. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.06.014. Publication en ligne 11 juin 2014
- Verhart, N., Dhamankar, M., Danielsen, K. (2015). *Bringing Agriculture and Nutrition Together Using a Gender Lens*. Wageningen, Pays-Bas : Royal Tropical Institute (KIT) et SNV Netherlands Development Organization
- Vodafone Group (2014). *Connected Women: How Mobile Can Support Women's Economic and Social Empowerment*. Berkshire, Angleterre : Vodafone Group Plc. Disponible ici : https://www.vodafone.com/business/VF_Media_C/VF_WomensReport_V12_Final.pdf
- Wang, H., Liddell, C.A., Coates, M.M., et autres. (2014). Global, Regional, and National Levels of Neonatal, Infant, and Under-5 Mortality During 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 2014 ; 384: pp. 957-79
- Watts, N. et autres (2015). Health and Climate Change: Policy Responses to Protect Public Health. *Lancet*, 386(10006):1861-914. doi: 10.1016/S0140-6736(15)60854-6. Publication en ligne 25 juin 2015
- Willis, J.R., Kumar, V., Mohanty, S., et autres. (2009). Gender Differences in Perception and Care-Seeking for Illness of Newborns in Rural Uttar Pradesh, India. *Journal of Health and Popular Nutrition*. 27 : pp. 62-71
- Women's Health and Education Center (2013). « Global Efforts to End Obstetric Fistula (Part 2) ». Disponible ici : <http://www.womenshealthsection.com/content/uogvuf/uogvuf012.php3>

ONU FEMMES EST L'ENTITÉ DES NATIONS UNIES DÉDIÉE À L'ÉGALITÉ DES SEXES ET À L'AUTONOMISATION DES FEMMES. PORTE-DRAPEAU MONDIAL DES FEMMES ET DES FILLES, ONU FEMMES A ÉTÉ CRÉÉE POUR ACCÉLÉRER LES PROGRÈS DANS LA RÉPONSE APPORTÉE À LEURS BESOINS PARTOUT DANS LE MONDE.

ONU Femmes soutient les États membres des Nations Unies dans l'adoption de normes internationales pour parvenir à l'égalité des sexes et travaille avec les gouvernements et la société civile à concevoir les lois, les politiques, les programmes et les services nécessaires pour veiller à l'application effective de ces normes et à ce que les femmes et les filles en bénéficient, partout dans le monde. Nous intervenons à l'échelle mondiale pour faire de l'ambition des Objectifs de développement durable une réalité pour les femmes et les filles et nous soutenons la participation équitable des femmes à tous les aspects de la vie, en mettant l'accent sur quatre domaines prioritaires : les femmes dirigent, participent et bénéficient de façon égalitaire des systèmes de gouvernance ; les femmes ont la sécurité du revenu, un travail décent et une autonomie économique ; toutes les femmes et les filles vivent une vie sans aucune forme de violence ; les femmes et les filles contribuent et ont une plus grande influence sur la création de la résilience et d'une paix durable, et profitent de manière égale de la prévention des catastrophes naturelles et des conflits et de l'action humanitaire. ONU Femmes coordonne et promeut en outre le travail réalisé par le système des Nations Unies en faveur de l'égalité des sexes.



220 East 42nd Street
New York, New York 10017, États-Unis

www.onufemmes.org
<https://www.facebook.com/onufemmes>
<https://twitter.com/ONU Femmes>