

MASCULINITÉS ET SANTÉ MATERNELLE

Comment mobiliser les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle ?

Marine Cotting



Recueil d'approches et de pratiques

Élaboré dans le cadre du projet
« *MEDIK* - Évacuation des mères
dans cinq districts de Kayes au Mali », mis en œuvre par le
groupement CHUM-USI/CECI



UNITÉ DE SANTÉ INTERNATIONALE
École de santé publique



CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à faire de ce stage une expérience très formatrice à la fois d'un point de vue humain et intellectuel, qui ont permis la rédaction de ce recueil et qui m'ont témoigné leur soutien et confiance.

J'exprime ma profonde gratitude à la Docteure Lucie Lemieux pour m'avoir confié ce projet, supervisée dans sa réalisation, pour le partage de ses connaissances, expériences et pour ses encouragements.

Je remercie tout particulièrement Madame Sylvie Charron, directrice du volet Appui technique du projet MEDIK et Madame Debbie Bucher, spécialiste en égalité entre les femmes et les hommes pour leurs orientations, partage de connaissances, expériences et pour leurs encouragements.

Je tiens à remercier chaleureusement l'équipe malienne, Madame Bintou Nimaga, consultante en genre, Docteur Soumaïla Laye Diakité, gestionnaire du volet Appui technique du projet MEDIK sur le terrain, et les assistants techniques, Monsieur Moussa Traoré, Monsieur Hamadoun Maïga, Docteur Aliou Coulibaly, Docteur Koman Sissoko, Docteur Karim Sangare et Docteur Idrissa Maïga. Merci pour ces échanges, pour votre regard critique et pour l'intérêt que vous avez manifesté pour mon travail.

Au Professeur Francis Dupuis-Déri, à Cheikh Omar Koné, à Monsieur Bastien Lamontagne, à Madame Reine Lebel, à la Docteure Béatrice Nikiéma, au Docteur Omar Samb, au Docteur Mountaga Tall, au Professeur Nicolas Vonarx, au Professeur Bryn Williams-Jones, merci de m'avoir offert de votre temps, merci pour votre regard critique, pour l'expression de vos encouragements et parfois objections. Votre contribution a été indispensable à la réalisation de ce projet.

Je tiens aussi à remercier toute l'équipe de l'Unité de Santé Internationale qui m'a réservé un accueil chaleureux, qui m'a appuyée dans ce travail et qui m'a offert une première expérience professionnelle québécoise.

A l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM), aux Professeur-e-s, un grand merci pour m'avoir outillée, encadrée et parfois retranchée dans mes limites, aux étudiant-e-s, un grand merci pour ces échanges enrichissants.

A Adrien, merci de m'avoir épaulée dans cette expérience.

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Ce recueil est le fruit d'un projet de stage s'inscrivant dans le cadre du projet MEDIK, financé par Affaires mondiales Canada, que le groupement CHUM/USI/CECI développe et implante dans la région de Kayes, au Mali. Longtemps cité comme étant l'indicateur rendant compte de la plus grande disparité de santé publique à travers le monde (Mahler 1987; McCarthy et al. 1992), la mortalité maternelle comptabilisait, en 2008, environ 342 900 décès et au Mali son ratio est de 670 décès pour 100 000 naissances vivantes (Hogan et al. 2010). Identifiée comme étant l'intervention la plus efficace pour réduire la mortalité maternelle (OMS 1999), l'assistance qualifiée au moment de l'accouchement doit alors être mise en perspective avec la problématique d'accès et d'utilisation des services de santé. A cet égard, dans de nombreuses régions du globe, les femmes font face à plusieurs barrières ; parmi celles-ci des barrières socioculturelles dont les inégalités de genre. Ces inégalités réservent notamment aux maris ou partenaires, dans plusieurs milieux, un monopole décisionnel regardant l'accès aux services de santé, l'allocation des ressources nécessaires et parfois la mobilité des femmes. Si jusqu'à récemment, la mortalité maternelle a été traitée comme étant une problématique essentiellement féminine (Taiwo et al. 2007), le projet MEDIK entend mobiliser les hommes pour lever ces barrières à l'accès aux services de santé. Plusieurs programmes similaires ont démontré des résultats très réjouissants. Se présentant parfois comme des contrôleurs de l'accès (*gatekeepers*) aux soins maternels, les hommes peuvent être les parties prenantes (*stakeholders*) d'un changement présentant des retombées positives à la fois pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et pour eux-mêmes. Ce recueil d'approches et de pratiques propose des orientations pour l'élaboration d'une véritable intervention.

LEXIQUE

Acteurs/-trices sociaux : ce terme – préféré, dans ce recueil, à son synonyme *individus* – permet de rendre compte de la dimension active du fait d'être au monde, par opposition à une conception passive ; comme si les individus étaient totalement dépossédés d'une relative autodétermination quant à aux façons de penser, d'agir et de se représenter le monde. Cette « passivité », qui est ici réfutée, octroie ainsi un caractère déterministe et figé des normes sociales ou des rapports sociaux de genre comme s'ils ne pouvaient être déconstruits, repensés ou transformés. Au contraire, le terme actrices et acteurs sociaux permet de mettre en exergue leur dynamisme dans ces démarches.

Approche ou perspective émique : terme utilisé en anthropologie notamment et qui signifie qui part des conceptions et représentations des personnes étudiées ou concernées.

Autonomie : « Le travail de développement vise en grande partie à favoriser, chez les individus ainsi qu'au sein des groupes et organisation, l'indépendance, l'aptitude à s'autodéfinir, la capacité à parler en son nom propre. On entend par autonomie ce type d'indépendance qui se fonde sur l'idée selon laquelle les êtres humains ont le droit de décider de ce qui va influencer leur vie ». (AQOCI 2011)

Division sexuelle du travail : « la répartition des tâches selon le sexe renvoie aux tâches exécutées en général par les femmes et les hommes au sein de la collectivité ou du ménage. Des facteurs tels que l'éducation, la technologie, les changements économiques, et les crises soudaines que sont les guerres ou les famines modifient les rôles féminins et masculins, de même que la répartition des tâches. Un examen de la répartition des tâches selon le sexe montre clairement l'interdépendance du travail effectué entre les femmes et les hommes et que ce sont elles qui exécutent la plus grande partie des tâches non rémunérées au sein du ménage et de la collectivité ». (AQOCI 2011)

Droit des femmes : « les droits fondamentaux des femmes et des [filles] font inaliénablement, intégralement et indissociablement partie des droits humains. L'égalité et la pleine participation des femmes à la vie politique, civile, économique, sociale et culturelle, aux niveaux national, régional et international, et l'élimination de toutes les formes de discrimination fondées sur le sexe sont des objectifs prioritaires de la communauté internationale ». (Déclaration et programme d'action de Vienne, 1993, art. 18 ; AQOCI 2011)

Empowerment (autonomisation ou appropriation de pouvoir) : « processus par lequel, au moyen de leurs luttes contre l'oppression, les actrices et acteurs sociaux augmentent individuellement et collectivement leur pouvoir, c'est à dire, leur autonomie et leur contrôle sur leur propre vie et dans la société. Il inclut donc une dimension psychosociale ». (Dagenais et Piché 1994 ; AQOCI 2011)

Genre : « Le terme *genre* a maintenant dépassé la signification essentiellement grammaticale qui permettait de classer les substantifs en masculin, féminin ou neutre. On ne l'utilise pas pour décrire les caractéristiques sexuelles qui permettent de déterminer les mâles et les femelles, mais plutôt pour cerner les rôles sexuels définis socialement, les attitudes et les valeurs que les communautés ou les sociétés considèrent comme appropriés à un sexe ou à l'autre. Dans ce sens spécifique, on a d'abord parlé de *rapports sociaux de genre*, puis on a utilisé, en raccourci, le terme *genre* ». (AQOCI 2011)

Normes sexospécifiques : ce terme renvoie aux attentes sociales – socialement construites par opposition à la détermination biologique - concernant les rôles et comportements assignés aux femmes et aux hommes, distinctement (Barker et al. 2007).

Masculinités : s'emploie au pluriel pour rendre compte de la pluralité de façons d'être un homme. Les masculinités se définissent comme « l'identité masculine qui n'est pas naturelle, universelle et fixe. Cette identité est plutôt construite dans des contextes socioculturels et historiques à partir de règles, de normes, d'attitudes, de valeurs, de comportements et d'attentes sociales qui servent de repères aux hommes afin qu'ils se différencient des femmes et qu'ils appartiennent au genre masculin. Il s'agit donc d'une façon d'être qui peut se transformer, qui varie en fonction des contextes culturels et qui est influencée par des facteurs sociaux divers comme l'âge, le statut socioprofessionnel, l'appartenance religieuse, l'origine ethnique, etc. Sur le plan opératoire, [cela] apparaît sous la forme de modèles aux caractéristiques multiples qui sont intériorisés par les hommes dans le cadre d'une socialisation et d'un apprentissage qui gravitent autour d'un idéal masculin dominant qu'on qualifie de masculinité hégémonique. Des modèles de masculinités sont indexés à ce modèle étalon, mutuellement accepté, qui guide la façon dont on doit être dans le monde, vivre les expériences, adopter des comportements, et entretenir des rapports avec les femmes et les hommes, quand on est un homme » (Vonarx 2008, p. 51).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
Thématique.....	7
Objectifs.....	8
Contexte de rédaction du recueil.....	9
Méthodologie.....	9
POURQUOI?	11
Pourquoi adopter une approche d'égalité femmes-hommes en lien avec la santé maternelle ?	11
Pourquoi les hommes devraient-ils être impliqués et mobilisés pour réduire la mortalité maternelle ?.....	13
Pourquoi les hommes ne sont-ils pas déjà ou davantage impliqués?.....	14
Quels regards sur cette démarche dans les communautés de pratique ?	17
QUOI?.....	19
Qui sont les hommes?.....	19
Que veut dire impliquer et mobiliser les hommes ?.....	20
Quelle implication est attendue des hommes?.....	23
COMMENT ?	27
Quels éléments sont indispensables pour assurer une efficacité aux programmes s'adressant aux hommes ?.....	27
Comment articuler des activités ?	29
Quel contenu pour ces différentes activités ?.....	37
Comment intéresser les hommes ?.....	49
LA SUITE ?	51
L'analyse des besoins	51
La planification.....	51
Le suivi	52
L'évaluation	52
LES LIMITES	53
Quels sont les risques inhérents à l'intervention ?	53
Quelles sont les limites de ce recueil?	55
CONCLUSION.....	57
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	59
ANNEXES ET OUTILS	62



INTRODUCTION

THÉMATIQUE

Si une prise de conscience est en croissance au regard de **l'importance du rôle des hommes dans la sphère de la santé maternelle, néonatale et infantile**, ces derniers ne sont impliqués que rarement. Au manque de connaissances sur les façons les plus adéquates et efficaces d'intégrer les hommes, s'ajoute un scepticisme persistant sur la potentialité de changement des comportements à cet égard, entravée par des normes sociales sexospécifiques défavorables à ce changement, en vigueur dans de nombreux contextes socioculturels. Pourtant, selon une revue de littérature effectuée par l'OMS et Promundo, « des programmes bien élaborés engageant des hommes et des garçons font preuve de résultats indiquant qu'ils mènent à des changements de comportements et d'attitudes » (Barker et al. 2007, p. 4). Les changements comprennent notamment une augmentation de l'utilisation de la contraception ; une amélioration de la communication avec l'épouse ou la partenaire à propos du soins des enfants, de la contraception et des décisions relatives à la santé de la reproduction ; l'augmentation de l'utilisation des services de santé sexuelle et santé de la reproduction par les femmes avec les hommes (MenEngage 2014). Cette même revue de littérature a démontré que les programmes visant à transformer les rapports sociaux de genre, en intégrant des échanges délibérés sur le genre, les masculinités et cherchant activement à modifier les normes qui en découlent, semblent **plus efficaces** que les programmes qui sont sensibles ou neutres du point de vue du genre. « Malgré la recrudescence de l'intérêt porté aux formes de collaboration de la part des hommes pour redresser les iniquités de genre en ce qui concerne les soins de santé, relativement peu de recherches, de programmes ou d'efforts de politiques se sont penchés sur le rôles des hommes par rapport à la santé maternelle, néonatale et infantile y compris en tant que pères, maris et prestataires de services » (UNFPA 2010, p. 45). Cependant, la période de la grossesse constitue **un moment propice** pour impliquer les hommes dans la santé et plus précisément dans la promotion du bien-être de leur famille (UNFPA 2010). En effet, il a été démontré que les pères en devenir et les nouveaux pères sont très réceptifs aux conseils et informations pouvant assurer la survie et la santé de leur progéniture.

Au regard de « la valeur » d'un enfant (Entretien n°2), la grossesse est alors un moment opportun pour diffuser des messages relatifs à la santé de la mère en tant que déterminant pour la santé de l'enfant. Cette « porte d'entrée » permettrait alors d'impliquer les hommes dans la promotion de la santé maternelle et la prévention des risques qui lui sont inhérents. Ceci pourrait également les inciter à s'informer sur leur propre santé et adopter des comportements positifs du point de vue de leur santé et pour diminuer les risques affectant d'autres individus (UNFPA 2010). L'implication des

pères dans ces moments-clés offre également l'opportunité de reproduire, auprès des enfants, des comportements positifs du point de vue de la paternité (UNFPA 2010). Encourager les hommes à s'impliquer plus largement dans les soins de santé maternelle, néonatale et infantile participe au redressement des iniquités de genre (UNFPA 2010). Ces perspectives de changement sont encourageantes pour considérer que les hommes peuvent jouer un rôle déterminant et positif dans la facilitation de l'accès aux soins pour les femmes et pour participer à la remise en cause de normes sexospécifiques défavorables aux femmes, aux enfants et aux hommes eux-mêmes. Autrement dit, en levant les barrières qui réduisent l'accès des femmes et des filles à des services de santé de qualité, les hommes eux-mêmes en retireront des bénéfices.

OBJECTIFS

Afin d'apporter **quelques orientations pour l'élaboration d'une intervention** visant à impliquer et mobiliser les hommes dans la réduction des deux premiers délais contribuant à la mortalité maternelle¹, dans le cadre du projet MEDIK², ce document propose des informations à la fois conceptuelles et pratiques. Toutefois, ce recueil ne prétend pas être exhaustif sur les modalités d'implication des hommes dans la sphère de la santé maternelle mais vise à présenter des éléments pertinents recensés pour l'élaboration de ladite stratégie. A cet égard, il importe de souligner que la démarche - ayant pour but d'impliquer et mobiliser les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle - ne semble pas faire consensus, au sein des communautés de pratiques, et, que le manque d'évaluation des projets s'y rapportant ne permet pas de faire dans l'affirmative. Autrement dit, **ce document se veut utile, utilisable, critiquable et critiqué** et se propose de servir de base pour ouvrir des discussions, afin de poursuivre l'amélioration de la pratique et d'en étendre les connaissances.

Le contenu de ce document ne permet pas à lui seul, l'élaboration d'une intervention qui doit être complétée par des connaissances et des recherches sur les réalités locales liées au contexte d'implantation et à l'implication des acteurs et actrices sociaux concernés par la thématique, afin notamment de favoriser l'acceptabilité et la faisabilité de la future intervention, et surtout, de tenir compte des besoins et respecter les volontés des parties prenantes. Bien que le contenu puisse paraître, à certains endroits, normatif, il importe de le lire comme des propositions ou suggestions.

¹ Selon le cadre analytique de Thaddeus & Maine (1994), le premier délai consiste au temps qui s'écoule dans la prise de décision de recourir à une assistance qualifiée dans une infrastructure sanitaire adéquate, en cas de complication obstétricale. Le second délai consiste en une « perte de temps » dans l'identification et la capacité à rejoindre l'infrastructure sanitaire adéquate pour y recevoir des soins de qualité.

² Le projet MEDIK, financé par le Gouvernement canadien, s'étend sur une période de quatre ans

CONTEXTE DE RÉDACTION DU RECUEIL

Ce document a été élaboré dans le cadre du projet MEDIK, mis en œuvre par le groupement Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) - Unité de Santé Internationale (USI) et Centre d'étude et de Coopération Internationale (CECI) dans la région de Kayes, au Mali, avec les autorités sanitaires maliennes, notamment la Direction régionale de la santé de Kayes. Ce projet a pour objectif de réduire la mortalité maternelle, via l'évacuation des mères en cas d'urgences obstétricales vers le système de santé. Ce projet s'articule en deux volets : un premier volet au niveau communautaire et un second au niveau du renforcement du système de santé, en tenant compte des ponts à faire entre ces deux niveaux d'intervention. La stratégie dont il est question – celle d'impliquer et de mobiliser les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle – s'inscrit dans la première composante du projet MEDIK qui vise à réduire les premier et deuxième délais dans la référence/évacuation des femmes enceintes des cercles d'intervention, via notamment, la mitigation des déterminants socioéconomiques et socioculturels qui réduisent le pouvoir décisionnel des femmes. Cette intervention vise d'abord et avant tout les communautés et traite partiellement des services de santé³.

De façon transversale, le projet MEDIK intègre une stratégie Égalité Femmes-Hommes (EFH). Elle s'appuie sur les orientations, politiques et programmes pertinents liés au genre et à la santé maternelle, au Mali. Elle tient compte des aspects médicaux liés aux trois délais ainsi que des enjeux socioculturels générant des inégalités entre les femmes et les hommes qui pèsent lourdement sur les issues de santé maternelle et néonatale. La stratégie EFH adopte notamment une approche de travail avec les hommes pour promouvoir une « paternité responsable » et favoriser l'implication des hommes dans la santé de la famille, en particulier durant la grossesse. Elle vise à travailler sur les causes et conséquences des inégalités basées sur le genre, génératrices de contraintes vécues par les femmes en santé. En ce qui concerne spécifiquement les hommes, la stratégie EFH a pour objectif la sensibilisation de ces derniers à l'importance des soins mères/enfants et à leur engagement pour lever les obstacles liés aux inégalités entre les femmes et les hommes et au non respect des droits de santé des femmes. La poursuite de cet objectif passe notamment par la sensibilisation des communautés, l'engagement des leaders et la responsabilisation des hommes dans la santé familiale via de la sensibilisation et de l'accompagnement.

MÉTHODOLOGIE

La rédaction du recueil a fait l'objet d'un projet de stage à l'Unité de Santé Internationale, dans le cadre d'une Maîtrise en santé publique, filière santé mondiale, à l'Université de Montréal. En

³ Une fiche de synthèse du projet MEDIK se trouve en annexe

préambule, une revue de littérature a été effectuée dans le but d'identifier les interventions efficaces permettant de réduire les deux premiers délais responsables de la mortalité maternelle, en lien avec l'implication des hommes dans la réduction des inégalités de genre impactant sur la santé. Si les articles disponibles dans les banques de données consultées donnent à voir d'intéressantes données en ce qui concerne la quantification et, dans une moindre mesure, la qualification des retombées, peu d'informations sont publiées sur les façons de faire. En ce sens, la consultation des **rapports d'organismes spécialisés sur la thématique ou ayant développé de l'expertise à cet égard**⁴ a considérablement enrichi le contenu de ce présent document.

En outre, la situation sociopolitique du Mali, relativement instable au moment du stage, n'a pas permis un déplacement sur les lieux d'implantation ni la rencontre des parties prenantes, pourtant primordiales dans une perspective de santé mondiale. Pour y remédier, une tentative de rejoindre des ressortissants de l'Afrique de l'Ouest, ayant immigré à Montréal, a été entreprise dans le but de documenter la situation dans laquelle les hommes ne seraient pas ou pas suffisamment impliqués, ainsi que pour identifier, en collaboration, des opportunités d'actions engagées vers le changement. Malheureusement, cette tentative a échoué et n'a pas pu être reconduite. Le choix a alors été fait d'identifier et de consulter des **informateurs-clés** en vue de documenter, du moins partiellement, le contexte d'implantation, de poser un regard critique sur la démarche et d'apporter du contenu en réponse à la question du *comment* impliquer et mobiliser les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle via une implication de ces derniers dans la lutte contre les inégalités de genre liées à la santé. L'**interdisciplinarité** a été mise au cœur de cette démarche méthodologique.

⁴ Les travaux des organismes tels que Promundo, MenEngage, Plan, UNFPA, UNWOMEN et de l'AQOCI ont été particulièrement sollicités pour documenter les approches et pratiques.

POURQUOI?

POURQUOI ADOPTER UNE APPROCHE D'ÉGALITÉ FEMMES-HOMMES EN LIEN AVEC LA SANTÉ MATERNELLE ?

Les inégalités de genre constituent un moteur des plus importants de « mauvaise santé » pour les femmes et les enfants (Comrie-Thomson et al. 2015). En effet, les inégalités de genre et les normes sexospécifiques ont un impact considérable sur les issues de santé maternelle et particulièrement sur les deux premiers délais de la mortalité maternelle. « Le genre – les rôles, identités et attributs socialement construits des hommes et des femmes – est aujourd'hui largement reconnu comme l'un des éléments fondamentaux pour la compréhension des comportements et des vulnérabilités de chacun. Le fait est que les hommes et les femmes ne sont pas égaux dans le domaine des relations intimes, dans le contexte des foyers et de la communauté, ainsi que de la société dans son ensemble. Certaines attitudes influencées par des normes sexospécifiques inégalitaires adoptées par les hommes et les garçons affectent directement la santé et le bien-être des femmes et des jeunes filles. Ces attitudes découlent par exemple, de croyances concernant le rôle supposé des hommes en tant que chefs de famille, tout particulièrement en termes de prise de décision » (UNFPA 2010, p. 11). Ces normes sexospécifiques donnent donc lieu à des façons de se comporter. Ainsi, il n'est pas rare, dans certains contextes, que « les pères, maris et autres hommes détiennent le « droit » de bloquer les ressources nécessaires aux soins de santé des femmes, de refuser à celles-ci [l'utilisation de certains services de santé] et de limiter leur liberté de mouvement et d'association » (UNFPA 2010, p. 11). De surcroît, beaucoup d'hommes semblent considérer qu'il n'est pas de leur rôle de partager des tâches domestiques avec leur épouse ou partenaire, de s'occuper de leurs enfants. En agissant ainsi, les hommes augmentent considérablement la charge de travail des femmes et des jeunes filles.

Toutefois et alors que les hommes peuvent être de véritables *gatekeepers*⁵ de l'accès aux soins de santé maternelle, la santé maternelle est encore perçue et abordée comme une préoccupation essentiellement féminine. Les hommes semblent peu présents paradoxalement à leur position

⁵ Le terme *gatekeeper* – qui peut se traduire par « contrôleur d'accès » - renvoie au fait que, dans certains contextes et dans certaines situations, les hommes peuvent constituer ou présenter des obstacles à l'accès aux services de santé pour les femmes.

dominante à l'endroit de certaines responsabilités de décision, de planification et d'accès aux services de santé qui ont de sérieuses conséquences pour la santé des femmes et des filles, particulièrement dans les pays en voie de développement. (Olugbenga-Bello Adenike et al. 2013). Il ne fait aujourd'hui plus de doute que le rôle des hommes constitue un déterminant prépondérant de la santé des mères (Mullick et al. 2005) et qu'il importe d'en tenir compte dans la lutte contre la mortalité maternelle et les inégalités basées sur le genre. Il a été observé que l'implication des hommes dans la santé maternelle est une stratégie prometteuse pour promouvoir la santé maternelle ; que l'implication des maris ou partenaires et l'encouragement de prises de décision conjointe au sein des couples constitue une stratégie importante pour accomplir l'autonomisation des femmes ; ceci impactera ultimement sur la réduction de la morbidité et mortalité maternelle (Olugbenga-Bello Adenike et al. 2013). Les hommes doivent alors être impliqués dans la promotion de la santé des femmes, la prévention des risques, la gestion des urgences obstétricales (ils peuvent être actifs, particulièrement, dans la réduction des premier et second délais) et doivent prendre part à la remise en question des normes sexospécifiques inégalitaires dominantes.

En somme, les normes sexospécifiques et les inégalités qui en découlent pèsent lourdement sur la mortalité et morbidité maternelle. La condition sociale défavorable des femmes⁶, dans plusieurs sociétés, a pour conséquence qu'elles rencontrent d'importantes difficultés d'accès aux informations et services de santé pourtant essentiels durant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. En effet, dans certains milieux, les hommes détiennent un quasi-monopole décisionnel relatif à la santé des membres de leur famille, au recours et utilisation des services de santé, à la mobilisation des ressources financières et la mobilité des femmes. Ceci contribue grandement aux risques qu'encourent les femmes au moment de la grossesse, de l'accouchement et de la période post-partum. Ce type de comportement peut être influencé par une pénurie de ressources qui oblige les acteurs sociaux dans la misère à « prioriser » leur allocation. Pourtant et malgré ce rôle de décideurs, les hommes ne sont pas toujours conscients des complications possibles que rencontrent les femmes au moment de l'accouchement et de la période post-partum et refusent ou ne trouvent pas les ressources ou les façons pour en parler. « Traditionnellement, on ne se prépare pas. Ce n'est pas quelque chose d'évident. On s'occupe de l'enfant quand il est là [né] » (Entretien n°2).

De surcroît, si les hommes ne s'opposent pas directement ou explicitement à l'accès, pour les femmes, aux services de santé, « la nature et le degré de leur participation dans cette période peuvent influencer les expériences de la femme et les conséquences [sur sa santé et celle de l'enfant] » (UNFPA 2010, p. 49). De plus, dans la littérature, les prédisposition des acteurs sociaux à reproduire des rôles sociaux et normes sexospécifiques – affectant notamment la santé maternelle, néonatale et infantile – sont bien documentées. Il est alors essentiel que les programmes intègrent une approche genre pour pouvoir s'adresser aux logiques qui sous-tendent ces rôles et normes et de s'inscrire dans une perspective durable (Barker et al. 2007 ; UNFPA 2010 ; Comrie-Thomson et al. 2015).

⁶ Plusieurs facteurs enchevêtrés sont à l'origine de la condition sociale défavorable des femmes, dans la plupart des milieux. A titre d'illustration, l'alphabétisation, l'accès à l'éducation, le statut professionnel, l'accès aux ressources foncières, matérielles, financières ou aux successions, en constituent des déterminants prépondérants (Toukara 2015).

L'égalité de genre profite non seulement à la santé et au bien-être des femmes, des nouveau-nés et des enfants, mais également aux hommes : les membres de leur famille peuvent espérer être en meilleure santé, l'égalité de genre bénéficie également à la santé des hommes, leurs filles auront moins de risques de morbidité ou mortalité au moment où elles auront des enfants, les hommes développent des relations affectueuses avec leur épouse ou conjointe. Ils peuvent donc être un soutien l'un pour l'autre dans la vie quotidienne. Les hommes sont donc des parties prenantes (*stakeholders*) ou co-bénéficiaires du changement et de la remise en question des normes sexospécifiques. Ces normes sexospécifiques, souvent défavorables aux femmes, se cristallisent dans les interactions sociales et dans l'espace social. **Alors, si un travail d'autonomisation des femmes est essentiel, il importe également de considérer cet espace social pour le rendre plus équitable, pour qu'il favorise et soutienne ce processus d'autonomisation.**

Le genre est parfois perçu comme étant « un concept importé », il importe de réaffirmer que le genre n'est pas un concept mais bien un fait social. Si le terme peut renvoyer à des perspectives critiques de changement, de remise en question du statut quo des rapports sociaux de genre inégalitaires et que, en ce sens, se manifestent des résistances, il fera consensus que les femmes et les hommes pensent et agissent en étant animé-e-s du souci de répondre (ou de s'en distinguer) aux normes sociales qui attendent certains comportements ou certaines représentations de la part des femmes qui seront probablement différents que ceux attendus des hommes. Autrement dit, lorsqu'un acteur social répond « j'agis de telle façon puisque je suis un homme », ce dernier a implicitement reconnu le genre comme étant un fait social et non pas un concept.

POURQUOI LES HOMMES DEVRAIENT-ILS ÊTRE IMPLIQUÉS ET MOBILISÉS POUR RÉDUIRE LA MORTALITÉ MATERNELLE ?

Impliquer les hommes semble être une stratégie prometteuse pour générer des issues positives de santé maternelle et néonatale ainsi que pour promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes. De plus, cette implication permet également une meilleure santé pour les hommes eux-mêmes et

des issues favorables en termes d'égalités femmes-hommes pour eux aussi. En effet, l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile offre de nombreuses retombées positives : réduction de la mortalité maternelle et néonatale, augmentation de l'utilisation des soins de santé maternelle néonatale et infantile (consultation prénatale (CPN), accouchement assisté par du personnel qualifié dans des infrastructures adéquates, dépistage et traitement du VIH, recours aux soins en cas de maladie chez l'enfant, etc.), amélioration de la communication au sein du couple et partage des décisions, amélioration des relations de couple, partage des tâches ménagères, amélioration de la nutrition de la femme, augmentation de la « valeur » des enfants de sexe féminin.

Les hommes eux-mêmes, lorsqu'ils co-construisent une relation égalitaire du point de vue du genre, présentent un meilleur état de santé et de bien-être global (Holter 2014)⁷. En effet, au-delà de ces bénéfices mesurables, **les hommes rapportent que ces engagements les rendent heureux et aimés**. Ces résultats subjectifs positifs sont très importants pour impliquer les hommes dans le changement et doivent faire l'objet d'une évaluation également. Certains auteurs déplorent que la littérature ne rende compte uniquement des résultats « formels » ne permettant ainsi pas d'identifier quels sont les bénéfices pour les hommes eux-mêmes. (Comrie-Thomson et al. 2015).

En somme, les hommes sont alors impliqués, d'une part, en tant que gardien des ressources (*gatekeepers*) puisqu'ils occupent, dans plusieurs milieux, une position dominante dans les rapports sociaux de genre et dans l'espace social en général, parfois néfastes pour la santé des femmes. D'autre part, ils doivent également être impliqués en tant que parties prenantes (*stakeholders*) puisque leur implication permet, non seulement de poser des actes pour favoriser l'accès aux services de santé pour les femmes, mais intègre aussi une réflexion sur les logiques sous-jacentes de certains comportements néfastes en vue de les modifier. Ce changement permet alors d'améliorer l'état de bien-être global des femmes, des nouveau-nés, des enfants, des hommes et des sociétés.

POURQUOI LES HOMMES NE SONT-ILS PAS DÉJÀ OU DAVANTAGE IMPLIQUÉS?

- **FACTEURS SOCIAUX ET STRUCTURELS**

Les hommes sont encore largement marginalisés des services et activités liés aux soins et particulièrement à la santé maternelle. Quelle en serait la cause ? **D'une part**, ce constat pourrait être attribué au **manque de connaissances des hommes sur les services de santé et sur le**

⁷ Malheureusement, la plupart des études mesurant les effets positifs ou négatifs de l'égalité de genre pour les hommes et/ou pour les femmes, sont menées en Occident avec des indicateurs occidentalocentrés (ex. tiennent uniquement compte de l'économie formelle) (Permanyer 2010).

rôle important qu'ils peuvent jouer dans la santé maternelle, néonatale et infantile. Aussi, des facteurs socioéconomiques sont responsables de la sous-implication de certains pères notamment lorsqu'ils font face à des **barrières financières et structurelles** liées aux exigences du travail, au manque d'encouragement et d'aménagement leur permettant une plus large implication (exemples : congé de paternité ou congé ponctuel pour une CPN si l'employeur ne reconnaît pas l'importance de la participation de l'homme il ne va pas le libérer, horaires étendus d'un établissement permettant aux pères de consulter après la journée de travail, etc). **La relation avec la mère et l'âge du couple** sont des facteurs qu'il faut également considérer pour réfléchir à la sous-implication de la gent masculine dans la sphère de la santé maternelle et néonatale. Par exemple, les jeunes pères feraient face à des doutes (sur ce qu'ils peuvent faire, leurs capacités à entreprendre certaines tâches, etc.) durant la période de la grossesse de leur partenaire féminine. Les interventions visant l'implication des hommes dans la sphère de la santé maternelle devraient alors répondre à ces **inquiétudes et doutes** par rapport à l'accouchement et à leurs compétences parentales.

Les hommes pourraient aussi avoir « honte » de s'impliquer par rapport à leurs amis, voisins, famille. Ils sont inquiets d'être considérés comme étant « dominés » par leur conjointe. Ils seraient également discriminés par des hommes plus âgés ou d'autres hommes qui ne toléreraient pas ce changement. En Tanzanie et au Zimbabwe, les croyances à ce sujet consistent à penser que ces hommes qui sont impliqués se sont vus administrer une « potion d'amour » (Comrie-Thomson et al. 2015). Ceci dit, un changement de regard général est en cours dans la plupart des sociétés qui sont en perpétuelles transformations et également du point de vue du partage des tâches et de l'interchangeabilité des rôles sociaux. Ces considérations invitent donc à travailler sur l'environnement social dans son ensemble ce qui constituerait un facteur de pérennisation des changements de perceptions et de comportement. De plus, les bénéfices perçus par les hommes déjà impliqués sont identifiés comme des facteurs de motivation et de soutien pour eux-mêmes et pour que d'autres hommes s'engagent dans la protection de la santé maternelle, néonatale et infantile (Comrie-Thomson et al. 2015).

- **SERVICES DE SANTE INADAPTES**

D'autre part, les services de santé et de santé maternelle en particulier, sont souvent réservés aux femmes. Les hommes peuvent vivre l'expérience des soins comme une **expérience féminisante**, allant à l'encontre de ce qui serait socialement attendu d'un homme en lien avec les codes de virilité. Aussi, les **prestataires** ne sont pas toujours conscients de l'importance de la participation des hommes ou manquent de compétences pour l'encourager et la permettre. **L'accueil** qu'ils leur réservent n'est, par ailleurs, pas toujours respectueux, adéquat ni encourageant. A cela, s'ajoute les **infrastructures inadaptées** pour recevoir des hommes dont la présence contraint la préservation de la confidentialité et la garantie de l'intimité nécessaire ; autant de facteurs d'utilisation des services de santé par les femmes. En effet, certaines femmes pourraient ne pas se sentir à l'aise en présence d'hommes inconnus, si les installations n'ont pas été pensées pour recevoir des femmes et des hommes. Enfin, c'est parfois même le **règlement de l'établissement de santé** qui pourrait restreindre l'accès aux hommes aux services de santé maternelle, néonatale et infantile.

• FACTEURS SOCIOHISTORIQUES

La démarche qui vise à impliquer les hommes dans la sphère de la santé maternelle, néonatale ou infantile est une **démarche relativement récente**, dans l'histoire des interventions s'inscrivant dans ce champ. La pratique de la santé internationale ou santé mondiale a alors pu renforcer cette idée selon laquelle la santé maternelle est « une affaire de femmes » et que les hommes devraient rester à l'écart. En effet, comme l'a souligné un informateur-clé, jusqu'à récemment, les interventions visant la réduction de la mortalité maternelle s'adressaient (presque) exclusivement aux femmes, excluant ou faisant abstraction de la potentielle participation des hommes (Entretien n°9). Il importe alors de poser un regard critique et de faire preuve d'humilité dans ce nouvel engagement et dire aux hommes « nous nous sommes trompés en pensant qu'on allait pouvoir s'adresser à ce problème [la mortalité maternelle] sans vous » (Entretien n°9). Cette approche relativement innovante, désormais présente dans les programmes de développement, offre de nouvelles opportunités de collaboration avec les hommes et doit tenir compte de ce qui a été dit, fait, peut-être maladroitement, par le passé. « On ne travaille pas sur un terrain vierge » (entretien n°9). A ce sujet, il faut rappeler que les tentatives d'implication des hommes poursuivent ce but activement pas seulement parce que les hommes feraient partie « du problème » (*gatekeepers* ou gardiens des ressources, des décisions et/ou de la mobilité) mais également parce qu'ils font partie intégrante de « la solution ». Si l'autonomisation des femmes est un élément incontournable de la réduction de la mortalité maternelle, elle devrait être suivie et complétée par un travail, dans une perspective de changement, sur l'environnement social dans lequel elles évoluent à savoir une remise en question des normes sexospécifiques dont les retombées bénéficieront aux femmes, aux enfants et aux hommes eux-mêmes.

Point de vue : le contexte d'implantation n'est probablement pas vierge d'intervention. « Il faut alors sonder les lieux pour comprendre ce qui a été fait, dit et de quelle manière, dans le passé. Les acteurs sociaux ne sont pas vides de représentations et ont, peut-être, été la cible de plusieurs programmes visant l'autonomisation des femmes. Qu'en ont-ils pensé ? Quelles en ont été les retombées ? Si les projets ont été extrêmement orientés vers les femmes, il serait bénéfique d'engager une discussion avec les hommes et leur dire que c'était une erreur de penser s'adresser à ces situations, sans eux. Il faut alors chercher à comprendre ce qui s'est fait avant, quelles en ont été les conséquences » (Entretien n°9) pour établir un lien avec les acteurs sociaux, indispensable au changement.

Bien que ces informations puissent mettre en lumière les logiques sous-jacentes aux comportements des hommes en lien avec la facilitation de l'accès pour les femmes et leur propre utilisation ou présence dans les services de santé, il est important de se pencher, localement, sur les facteurs entravant une plus grande participation des hommes.

QUELS REGARDS SUR CETTE DÉMARCHE DANS LES COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE ?

La démarche visant à impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle ou pour d'autres problèmes de santé spécifiques aux femmes ou aux rapports sociaux de genre, ne fait **pas consensus**. Certain-e-s s'y opposent ouvertement et fermement. Les arguments sont critiques à la fois du contenu de la démarche et de sa structure. En effet, au regard de la santé maternelle, on rappelle que la maternité serait le « paroxysme » du **pouvoir féminin** d'enfantement et que les hommes n'ont pas à interférer car leur présence dévaluerait ce pouvoir ; on discute de si l'homme est **capable ou non de changement**, compte tenu de sa position dominante dans l'espace social et de ses intérêts qui s'y rattachent; on va jusqu'à considérer que travailler avec les hommes reviendrait à travailler avec « **l'oppresseur** ». Il y a donc des préoccupations au sujet du travail avec les hommes qui pourrait constituer **une fin en soi** et échouerait ainsi à remettre en cause des logiques patriarcales et sexistes, des relations de pouvoir défavorables aux femmes et sous-jacentes à certaines contraintes affectant les femmes et pouvant être leur être létales. D'autres préoccupations portent, davantage sur la structure de la démarche. A raison, on se demande jusqu'à quel point l'investissement dans le travail auprès des hommes et des jeunes garçons dévierait des **ressources** des budgets limités prévus pour le travail auprès des femmes et des jeunes filles. Elles devraient en être les bénéficiaires en priorité (UNFPA 2010, p. 11). Aussi, il y a des craintes par rapport au travail parfois effectué avec les hommes **en silo sans collaboration ou sans être coordonné avec les mouvements de femmes et filles**.

Ces préoccupations soulignent l'importance d'inscrire le travail avec les hommes et les garçons dans un engagement pour l'égalité femmes-hommes. Pourtant, il y a un manque de recherches sur les façons dont les programmes pourraient « adopter une perspective relationnelle, intégrant l'engagement des hommes et des garçons aux efforts d'autonomisation des femmes et des filles » (Barker et al. 2007, p. 33-34). En outre, l'histoire a montré que les projets d'implication des hommes ont attiré des médias, mobilisé une myriade d'acteurs, débloqué des fonds et reçu une attention particulière, ce dont les mouvements de femmes n'ont pas ou pas toujours bénéficié. Il y a là une crainte d'érosion du leadership féminin avec l'arrivée de nouveaux experts masculins.

A l'endroit des résistances et oppositions, il importe également de souligner que cette démarche rencontre également des résistances de la part de certains hommes qui la perçoivent comme une perte de pouvoir qui remettrait en cause des notions traditionnelles de masculinité.

Cependant, si la position parfois très vulnérable des femmes est due aux normes et rôles rigides imposés par le genre, qui assurent à l'homme une part disproportionnée de la prise de décision et des ressources, cette considération invite à investir des ressources pour **changer la dynamique des pouvoirs et promouvoir des espaces sociaux équitables pour les femmes et les hommes**. L'enjeu réside désormais dans la démonstration des bénéfices de cette démarche d'implication des hommes pour les femmes, les enfants, les hommes eux-mêmes et les communautés en général.

QUOI?

QUI SONT LES HOMMES?

En préambule et pour pouvoir répondre à cette question, il est essentiel de souligner que cette catégorie « homme » - qui est évidemment mentionnée à maintes reprises dans ce présent recueil - ne fait pas allusion à une catégorie homogène, comme si chaque homme était « tous les hommes ». En effet, à cette caractéristique sociale qu'est l'identification au genre masculin, s'ajoutent d'autres comme l'âge, le statut socioéconomique, la profession, la religion, l'origine ethnique, etc. Il importe alors de garder à l'esprit que le recours au terme « hommes » – bien qu'offrant une perspective pratique - masque une diversité qui peut constituer un levier d'action qu'il va falloir exploiter. En effet, certains hommes sont ou seront plus enclins à modifier certains comportements et à agir en tant que soutien pour leur partenaire ou épouse. Ces hommes-ci sont des ressources importantes pour le projet puisqu'ils présentent un modèle positif de comportement et participent ainsi à la légitimation de la modification de certaines normes sexospécifiques. Il serait alors intéressant de chercher à les impliquer par exemple, en tant que pairs éducateurs.

En vue de réduire la mortalité maternelle, en agissant sur les différents délais et sur l'égalité entre les femmes et les hommes, il importe de souligner que l'actrice qui est au centre des préoccupations demeure toujours la femme enceinte. Dans quel environnement la femme enceinte évolue-t-elle et qui sont les acteurs avec lesquels elle est en interaction du point de vue des problématiques d'intérêt, soit la santé maternelle et l'égalité femmes-hommes? Sur ces thématiques et faits sociaux, de nombreux acteurs interagissent à différents niveaux. **Dans la démarche visant une implication des hommes, se pose la question de savoir qui sont les hommes, tout en tenant compte des autres actrices comme la belle-mère, la mère, la sœur, la tante, la cousine, la prestataire de soins, l'accoucheuse traditionnelle, la ou les co-épouse(s) et toutes les autres figures féminines jouant un rôle déterminant dans la réduction de la mortalité maternelle.** Le travail avec les hommes devra d'ailleurs être coordonné avec le travail entrepris avec et par ces femmes. Ceci dit, **l'intervention vise les hommes** et c'est donc de cette catégorie dont il est, ici, question. Il apparaît que **le mari ou le partenaire** de la femme, qui se trouve être le père ou le futur père de l'enfant, devrait être ciblé en priorité, dans cette intervention.

Cependant, dans les diverses configurations familiales, d'autres hommes peuvent être sujets à intervenir sur les questions de mortalité maternelle et égalité de genre. Il est alors pertinent de prendre en considération les autres figures masculines de l'environnement familial comme **le père**,

beau-père, frère, beau-frère, oncle, cousin, et autres parents masculins. Ces derniers jouent un rôle important dans l'encouragement ou le découragement de la participation du mari ou partenaire dans la sphère de la santé maternelle. Certains pourraient mettre en doute ses capacités à devenir ou à être père alors que d'autres pourraient remettre en doute son appartenance à « la maison des hommes » (Welzer-Lang 2009) si ce dernier s'impliquait dans une sphère traditionnellement réservée ou associée à la gent féminine.

Dans la poursuite de la définition des figures masculines qui entourent la femme enceinte, **les leaders communautaires** (chefs traditionnels, religieux, les élus locaux, agents de santé, tradipraticiens, etc.) occupent une place importante dans l'espace social qui leur prête une certaine autorité. « Dans certains milieux, les leaders masculins sont à même de jouer un rôle-clé pour décourager le mariage d'enfants, les naissances précoces et autres pratiques et traditions locales pouvant affecter les attentes par rapport aux soins [de santé maternelle, néonatale et infantile], y compris les mutilations/ablations génitales féminines. Comme il y a très peu d'opposition par rapport à la maternité et aux enfants, la mobilisation des hommes envers les soins de santé [maternelle, néonatale et infantile] peut constituer un **point d'entrée** pour l'engagement des hommes dans d'autres questions, comme la violence basée sur le genre et l'éducation des filles » (UNFPA 2010, p. 47).

Au niveau macro, il est également essentiel de garder à l'esprit que ces mêmes normes sexospécifiques, affectant de multiples façons la santé des femmes, limitent également leur accès à l'éducation, au marché du travail et à l'occupation de certains postes en particulier. Dans ce contexte, la plupart des **médecins, gestionnaires, employeurs** ou **décideurs** sont des hommes et il faut alors chercher activement à les impliquer dans cette même démarche en vue d'agir sur différents niveaux d'intervention. Aussi, le contexte fait face à une sous-représentation des femmes dans la gestion de la santé communautaire et autour des tables décisionnelles.

Selon les priorités du projet, **les garçons et les jeunes hommes** pourraient constituer une cible importante sur les questions d'inégalités de genre. En effet, ces inégalités – bien qu'elles ne sont pas statiques mais en constante évolution - n'existent pas dans l'absolu mais sont cristallisées et reproduites dans des interactions sociales. Ces garçons et jeunes hommes d'aujourd'hui seront les maris ou partenaires de demain. Mener des activités auprès de ceux-ci peut s'avérer particulièrement efficace (Entretien n°9).

QUE VEUT DIRE IMPLIQUER ET MOBILISER LES HOMMES ?

Il n'existe pas de définition universelle de l'engagement des hommes (Comrie-Thomson et al. 2015). Cette démarche ne se limite pas aux actions entreprises par les hommes. Plutôt que de promouvoir un modèle unique d'engagement masculin, les planificateurs de programmes devraient considérer comment les couples devraient être appuyés pour décider ensemble de la manière dont

les hommes peuvent mieux s'impliquer dans la sphère de la santé maternelle, néonatale et infantile. Les messages diffusés et les activités organisées dans le cadre des programmes, doivent alors être suffisamment flexibles et répondre aux décisions des couples, accompagnés dans un processus de définition de réalisation du changement. Concernant la préparation des animateurs et animatrices ou organisateurs et organisatrices, il faudrait développer une conception holistique de l'engagement des hommes plutôt que des actions spécifiques. Dans la littérature, la promotion d'un cadre sécuritaire pour l'accouchement est souvent confondue dans une thématique plus large de santé maternelle, néonatale et infantile et, dans certains cas, reliée à la question de la paternité qui concerne davantage le partage des tâches, les rôles sociaux et les soins donnés aux nouveau-nés et enfants.

Ceci dit, pour impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle, il est important de répondre aux éléments qui font que les hommes ne le sont pas ou pas suffisamment. Il s'agirait alors de documenter, localement, la situation et répondre par des stratégies ciblées à ces facteurs qui seront, partiellement du moins, présentés plus loin. Dans tous les cas, l'objectif visant une participation des hommes doit s'inscrire dans le champ de l'égalité femmes-hommes et entreprendre un travail de remise en question des normes sexospécifiques. Il s'agit alors de questionner ce que signifie être un homme, être une femme, le partage des rôles, des tâches, les processus de construction et reproduction sociales de ces normes, etc. L'objectif étant de modifier la perception selon laquelle la maternité est une « affaire de femmes » et que les hommes n'ont aucun rôle à y jouer. Il faut donc travailler « avec » les hommes pour qu'ils reconnaissent leurs responsabilités en tant que mari ou partenaire et sachent de quelle manière ils peuvent agir. Ce travail doit être complété d'un travail « sur » les hommes pour les amener à réfléchir aux effets négatifs pour les femmes, les nouveau-nés, les enfants et pour eux-mêmes, de certaines normes sexospécifiques qu'ils auraient intériorisées. Cependant, il ne semble pas y avoir de consensus sur le degré de conscientisation des hommes sur certains comportements et leurs retombées négatives sur la santé. Certain-e-s pensent que les hommes connaissent les risques inhérents à la grossesse, l'accouchement et la période du postpartum et d'autres affirment que les hommes ont besoin de développer ces connaissances et compétences pour identifier des façons de répondre à ces risques. Il serait alors important de documenter cette question en impliquant les parties prenantes.

Partir de ce qui fonctionne déjà! Les sociétés et les acteurs sociaux ne faisant pas état d'une homogénéité parfaite, il importe de s'orienter vers ce qui fonctionne déjà. Certains hommes seront déjà impliqués ou d'autres déjà plus enclin à le faire. Il serait important de documenter pourquoi ceux-ci agissent de la sorte ; que pensent-ils du comportement de leurs congénères ; pourquoi pensent-ils qu'ils n'ont pas adopté les mêmes comportements ou endossé les mêmes rôles ; quelle est l'origine de cette « distinction » ? (Entretien n°4)

Dans certains milieux et certaines configurations sociales, les normes sexospécifiques attendent des hommes - occupant une position dominante, comparativement aux femmes, dans l'espace social - qu'ils développent certaines compétences et habiletés et endossent certains rôles (ex. pouvoir de décision sur la santé des membres de leur famille dont ils seraient « le chef »). Si, dans certains milieux et certaines configurations sociales, s'exerce, à ce jour, un pouvoir « sur » les femmes, l'objectif intermédiaire sera de le transformer en un pouvoir « pour » les femmes. Parallèlement au travail sur les normes sexospécifiques, et au travail d'autonomisation et d'appropriation du pouvoir (*empowerment*) des femmes - qui se verront reconnaître une légitimité à développer certaines compétences, habiletés, et rôles et qui seront accompagnées pour les développer et les endosser afin qu'elles puissent prendre des décisions concernant leur santé -, l'objectif final résidera dans la co-construction d'un pouvoir « ensemble » à travers lequel actrices et acteurs sociaux seront mobilisés, ensemble, pour réduire la mortalité maternelle et lever les barrières d'accès aux soins pour les femmes.

Il s'agira alors de travailler « avec » les hommes, mais également « sur » les hommes. « On constate [en effet] que l'identification au genre masculin peut conduire les hommes à adopter certains comportements [néfastes pour la santé]⁸. [...] On comprend alors qu'il faut travailler avec les hommes et les inscrire dans des programmes de santé. [...] Les interventions mises en place pour atteindre les hommes sont des interventions standards de santé publique. Il s'agit de faire des hommes les bénéficiaires de projets et d'ajuster les interventions à cette nouvelle cible en mettant l'accent sur l'adoption de comportements positifs et préventifs. D'autres interventions travaillent aussi « sur » les hommes pour atteindre l'identité masculine pour changer les comportements et les rapports sociaux de genre. Ces interventions sont plus complexes à mettre en œuvre parce qu'elles visent une construction identitaire enracinée dans une réalité socioculturelles et historique façonnée par plusieurs facteurs ». (Vonarx 2008, p. 51) Elles ciblent certaines caractéristiques de masculinité qui sont problématiques à l'égard de l'accès aux soins par les femmes. A titre d'exemple, certains programmes tiennent compte du fait que la santé des hommes constitue un déterminant de la santé des femmes et développent alors des services de santé plus adaptés à leurs besoins, soit au sein de centres préexistants soit en créant des cliniques réservées aux hommes. Ces centres sociosanitaires peuvent aborder des thèmes de santé sexuelle et santé de la reproduction, les violences, la paternité, etc. Dans le présent recueil, comme annoncé précédemment, c'est avant tout sur la question de l'implication des hommes dans la sphère de la santé maternelle que l'intervention est centrée. Ceci dit, l'intervention pourrait inclure d'autres thèmes, activités et messages.

L'ensemble des activités menées auprès des hommes doivent impérativement être articulées ou coordonnées avec celles réalisées auprès et avec des femmes. Ces dernières

⁸ Certaines études conduites en Amérique du Nord ont démontré, par exemple, qu'en manquant à leurs besoins de soins, les hommes prouvent leur appartenance au genre masculin. Quand un homme affirme « ça fait des années que je n'ai pas consulté un médecin », il est simultanément en train de se situer par rapport au champ des soins mais également en train de se situer par rapport à son appartenance au genre masculin. Pour démontrer sa correspondance aux normes masculines hégémoniques, les hommes pourraient renoncer à s'absenter du travail pour des causes de maladie, affirmer que l'effet de l'alcool n'a aucun effet sur la sécurité de leur conduite au volant. En somme, les hommes participeraient à la construction des masculinités en prenant des risques (Courtenay 2000, p. 1389).

doivent impérativement être consultées en amont de l'opérationnalisation de l'intervention auprès des hommes. (UNFPA 2010 ; MenEngage 2014 ; Comrie-Thomson et al. 2015).

QUELLE IMPLICATION EST ATTENDUE DES HOMMES?

L'implication des hommes nécessite de mettre en place des activités et de favoriser un environnement au sein duquel les hommes prennent des décisions informées conjointement avec leur épouse ou partenaire à propos de la planification familiale, l'encouragement de comportements positifs pour la santé, les soins durant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum. Les hommes peuvent aussi promouvoir une alimentation saine, participer aux tâches ménagères, offrir un soutien émotionnel, créer un environnement familial équitable entre les genres, favoriser un accès équitable aux services de santé, améliorer la communication au sein du couple, réduire la violence, participer aux soins prénataux et à l'accouchement, etc. Il semble donc y avoir une variété d'actions que les hommes peuvent entreprendre pour préserver et promouvoir la santé de leur famille et de leurs communautés (Comrie-Thomson et al. 2015). Dans le cadre du projet MEDIK, il s'agit avant tout que **les hommes participent activement, et en collaboration avec les autres acteurs impliqués, à la création d'un cadre sécuritaire pour l'accouchement**. Ceci dit, la grossesse constitue un moment opportun pour intéresser et impliquer les hommes dans d'autres sphères ou thématiques de santé qui peuvent aussi constituer des déterminants de la santé maternelle (ex. partage des tâches domestiques, des soins aux enfants, les inégalités de genre dans la nutrition, la violence faite aux femmes, etc.).

A titre de suggestions non-exhaustives, voici quelques pistes qui pourraient être suivies tout en intégrant un travail de remise en question des normes sexospécifiques :

- Pour les **leaders communautaires** : information, sensibilisation et/ou mobilisation des leaders sur les façons dont les maris ou partenaires peuvent s'impliquer dans la sphère de la santé maternelle ; et ce qu'ils peuvent faire pour soutenir et/ou s'engager dans cette démarche (exemples : mise en place et gestion d'une caisse de solidarité, mise en place d'un « conseil d'urgence », achat collectif d'un moyen de transport utilisé exclusivement pour le transport des femmes en cas d'urgence obstétricale, engagement à poursuivre certaines activités afin de pérenniser les efforts déployés et inscrire le changement dans la durabilité, etc.).
- Pour les **pairs-éducateurs ou les animateurs/-trices** actifs/-ves au niveau communautaire : identification, formation et mobilisation pour accompagner les maris ou partenaires dans le changement de certaines normes et la définition de nouveaux rôles.
- Pour les maris ou partenaires : augmentation des connaissances des risques liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum ; développement d'outils et

capacités pour identifier et utiliser les façons de répondre aux risques ; conscientisation sur les responsabilités, rôles à jouer et accompagnement pour les reconnaître explicitement ; accompagnement dans le développement d'actions concrètes au niveau communautaire ; engagement vers un soutien de l'autonomisation des femmes.

- Pour les garçons et les jeunes hommes : engagement vers un soutien de l'autonomisation des femmes, sensibilisation sur les conséquences néfastes de certains comportements sur la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des hommes et des façons d'y remédier.

Le programme « Men Matter », de *Plan Canada* est un exemple de programme cherchant à impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle. Le projet a été implanté en Tanzanie, Zimbabwe et Bangladesh et a fait l'objet d'une évaluation fournissant des informations très intéressantes sur la mise en œuvre et les retombées (Comrie-Thomson et al. 2015).

Voici quelques exemples d'actions concrètes ou thèmes sur lesquels les hommes pourraient s'investir.

- **PLANIFICATION FAMILIALE, SANTE SEXUELLE ET DE LA REPRODUCTION**

Les hommes peuvent s'impliquer de différentes façons dans la santé maternelle, néonatale ou infantile. En effet, ils peuvent **décider conjointement** avec leur épouse ou partenaire du moment et du nombre d'enfants qu'ils souhaitent. Ils peuvent discuter avec leur épouse ou partenaire du **choix du contraceptif** – non pas dans une perspective de contrôle mais bien de soutien –, l'accompagner dans un établissement offrant des services de planification familiale et prendre une décision conjointement.

Les hommes peuvent être des **partenaires sexuels respectueux**. Ils doivent être incités à respecter, à tout moment de la relation, la volonté de leur épouse ou partenaire de pratiquer ou non des relations intimes. Aussi, il importe que les hommes soient informés sur la pratique du sexe pendant les différentes étapes de la grossesse et de la période post-partum et des risques liés aux ITSS qui peuvent être dangereux pour la femmes et déclencher prématurément le travail ou apporter de sérieuses complications (UNFPA 2010, p. 47).

- **DISPOSITIONS POUR AIDER LES FEMMES A SE MAINTENIR EN BONNE SANTE ET PROMOUVOIR UN ACCOUCHEMENT SANS RISQUES**

En lien direct avec la réduction de la mortalité maternelle, les hommes peuvent aussi s'assurer et contribuer à **préserver la santé des femmes**. Concrètement, ils peuvent encourager et accompagner leur épouse ou partenaire dans la recherche et l'utilisation de **soins prénataux**, obtenir un **transport** pour s'y rendre et rassembler des **ressources** pour les dépenses nécessaires. Ils peuvent également veiller à ce que leur épouse ou partenaire puisse **se nourrir adéquatement**, chercher à connaître et reconnaître les **symptômes des complications de grossesse**, prendre part à l'élaboration du **plan d'accouchement**. Le mari ou partenaire peut prendre des dispositions pour s'assurer de la disponibilité de **soins qualifiés au moment de l'accouchement ou en cas d'urgence obstétricale**. En effet, les hommes peuvent s'assurer de l'aide d'un-e **prestataire de soins qualifié** pour l'accouchement ou en cas d'urgence obstétricale en considérant préalablement le moyen de **transport** pour rejoindre un établissement de santé adéquat, la disponibilité d'un-e **donneur/-euse de sang** en cas d'urgence. Le mari ou le partenaire peut aussi être responsable d'acheter le matériel nécessaire, dans le cas d'un accouchement à domicile et prévoir un moyen de transport si une urgence survient.

- **EVITER LES RETARDS LIES A L'OBTENTION DE SOINS**

Les hommes peuvent réduire considérablement les délais dans la recherche de soins de qualité en reconnaissant les **signes** d'un accouchement imminent ou d'éventuelles complications, en étant à **l'écoute** de leur épouse ou partenaire, en respectant son **droit de décider** de recourir à des soins, en facilitant le **transport**, en anticipant les **coûts**, en lui manifestant **son soutien émotionnel et affectif**. Les hommes peuvent également apprendre à déceler les signes de **complications** qui risquent de surgir lors de la période **post-partum** et rechercher activement de **l'aide de qualité**.

- **ASSISTANCE PENDANT L'ACCOUCHEMENT**

Toutes les femmes n'autoriseront pas leur mari ou partenaire à être présent au moment de l'accouchement et tous les hommes ne décideront pas de l'être. Peu d'études ont documenté le degré d'implication des hommes pendant l'accouchement (UNFPA 2010). S'ils y assistent, ils pourront accompagner la femme dans l'apprentissage des techniques de respiration, des mouvements pour soulager les douleurs, s'assurer qu'elle dispose de nourriture et boisson en suffisance, la distraire de façon adéquate, au moment opportun et apporter un soutien émotionnel.

- **PARTAGE DES TACHES DU TRAVAIL DOMESTIQUE ET SOINS DES ENFANTS**

Les hommes pourraient soulager leur épouse ou partenaire en s'occupant, eux, de certaines **tâches** lorsque la femme est fatiguée et a **besoin de repos**, spécialement en fin de grossesse ou pendant la période post-partum. Par exemple, il pourrait s'impliquer dans **les soins du nouveau-né**, renforcer les liens avec leur enfant, s'assurer de leur vaccination, d'une alimentation appropriée, de l'accès à l'eau potable, etc. Les pères semblent jouer également un rôle important dans l'encouragement des femmes à allaiter le nouveau-né.

- **TRANSFORMATION DE NORMES SEXOSPECIFIQUES**

L'implication d'un père dans sa famille, en tant que personne qui prend soin de sa famille (*caregiver*) et pas seulement en tant que pourvoyeur (*provider*), offre une opportunité aux enfants de grandir avec un modèle de père impliqué. Ils seront, à leur tour, plus enclins à adopter ce même comportement dans leur future famille. Les pères peuvent promouvoir et encourager l'éducation de leurs filles, enseigner à leurs fils le respect des femmes et servir de modèle pour interagir en égal avec elles. L'implication d'un père servirait alors de **modèle incitatif** pour les garçons à jouer un rôle actif dans leur famille et dans l'espace social plus globalement.

[Rappeler que la définition de ce que vont faire les hommes appartient aux hommes eux-mêmes. On ne va pas pouvoir et il n'est pas non plus souhaitable de forcer les hommes à entreprendre des changements qu'ils ne souhaitent pas ou qui ne leur apparaissent pas comme étant pertinents]

COMMENT ?

QUELS ÉLÉMENTS SONT INDISPENSABLES POUR ASSURER UNE EFFICACITÉ AUX PROGRAMMES S'ADRESSANT AUX HOMMES ?

Si pour l'heure, « il n'existe aucun remède-miracle » pour les programmes cherchant à engager les hommes et les garçons pour promouvoir l'égalité femmes-hommes, les programmes abordant plusieurs domaines dans une perspective compréhensive, qui incluent des discussions spécifiques au sujet des **normes sociales hégémoniques sur les masculinités et la virilité**, semblent indiquer de meilleurs taux et niveaux d'efficacité (Barker et al. 2007, p. 33). Ainsi, tel que mentionné précédemment, il est essentiel que les programmes cherchant à améliorer la santé des femmes en impliquant les hommes et les garçons intègrent « des discussions explicites sur la **sexospécificité** et sur la **virilité** ainsi que des tentatives claires de **transformation des normes sexospécifiques** » (Barker et al. 2007, p. 5).

L'implication des acteurs concernés, dès les débuts de l'intervention, à savoir dès l'analyse des besoins est très importante. Il est impératif de discuter des situations actuelles comportant certains problèmes, des causes et conséquences, ainsi que des façons de changer le cours des choses. Ceci participera également à renforcer la faisabilité et l'acceptabilité du projet, sans lesquelles il ne pourra apporter les changements attendus.

Contrairement aux interventions qui se concentrent sur un seul type d'action, les **programmes intégrés** – i.e. les programmes qui combinent de la formation, du développement communautaire, de la mobilisation, des campagnes médiatiques et des services communautaires semblent être plus efficaces dans le changement de comportement des hommes et des garçons (Barker et al. 2007, p. 21). La combinaison d'activités menées auprès d'individus avec d'autres auprès des communautés ou des campagnes médiatiques avec des permanences téléphoniques constituerait un facteur d'efficacité (Barker et al. 2008, p. 27)

La première cible des projets de réduction de la mortalité maternelle est la femme et doit le rester. Le travail avec les masculinités, sur les masculinités, étant essentiel à la poursuite des objectifs d'amélioration de l'accès aux soins pour les femmes, doit être fait en **partenariat** avec des groupes ou mouvements de femmes (UNFPA 2010, p. 18), malgré un manque de données sur les

façons de faire et de coordonner les changements des hommes avec les efforts d'autonomisation des femmes (Barker et al. 2007, p. 33-34). Chaque stratégie qui vise une plus grande implication des hommes dans la santé maternelle doit être rattaché à une composante qui ciblent les partenaires féminines, au sens large, de ces hommes : les épouses ou partenaire, les mères, les belles-mères, les sœurs, tantes, etc. qui pourraient influencer une situation liée à la thématique de santé. Il y a un consensus mondial sur le fait que l'implication des hommes dans la santé maternelle doit impérativement être subordonnée à la volonté des femmes (Comrie-Thomson et al. 2015).

La mise en œuvre des programmes et des politiques faisant appel à la **sensibilité culturelle** constitue un déterminant prépondérant pour l'efficacité des programmes. Les normes à l'origine des problèmes d'accès aux soins, de contrôle et (non-)mobilisation des ressources semblent profondément ancrées dans les consciences collectives et supposent alors une planification du changement sur du long termes. Il serait, en effet, nécessaire de **prioriser les changements** attendus même si la littérature confirme que les changements d'attitudes et de comportements liés à la sexospécificité ne sont pas nécessairement lents (Barker et al. 2007, p. 33).

Les activités et messages doivent être **adaptés et acceptables** au sein du contexte socioculturel d'implantation. Si l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle passe par une remise en question de certaines normes, il est essentiel de s'assurer que les messages et activités soient culturellement et socialement acceptables et ne soient pas perçus comme étant inappropriés. Il est alors intéressant de travailler à la fois avec les hommes, individuellement ou en groupe, et de promouvoir d'autres activités travaillant avec l'environnement pour qu'il soit favorable à une plus grande implication des hommes. Les planificateurs devraient développer des messages ayant un lien direct avec les issues de santé (ex. mortalité maternelle, allaitement, etc.) et moins avec le soutien émotionnel, repos ou normes sexospécifiques (Comrie-Thomson et al. 2015).

Plusieurs des informateurs et informatrices rencontré-e-s pour élaborer ce recueil ont confirmé qu'il serait préférable de présenter des modèles de changement en lien avec des actes concrets et pratiques plutôt que sur des sentiments ou représentations. Ceci ne veut pas dire que les sentiments ou représentations ne seraient pas importants – au contraire ! - mais, dans un premier temps, il serait plus efficace de privilégier une démonstration de ce qui apparaît de la façon la plus évidente et en lien avec les **objectifs prioritaires** du projet, soit la réduction des deux premiers délais contribuant à la mortalité maternelle (Entretien n°2,3,4,5,8).

Il est important que les personnes qui diffusent les messages ou organisent des activités soient bien **informées et formées** et disposent de **compétences nécessaires** pour impliquer les hommes dans la réduction des inégalités de genre défavorables aux femmes et ainsi promouvoir l'accès aux services de santé ces dernières.

Les stratégies les plus efficaces sont celles qui sont également **divertissantes** et qui font appel à la musique, la danse, la peinture, le film, le théâtre, le sport, etc.. Si ces activités divertissantes sont porteuses de messages, elles pourront faire l'objet de discussions au cours desquelles les participants seront plus réceptifs. Cependant, il faut tenir compte du fait que parfois, les femmes seront tenues de rester à la maison ou alors, les hommes préféreraient faire d'autres activités. Il faut alors trouver des canaux pour les rejoindre aussi (ex. aller dans les maisons pour montrer aux femmes comment utiliser la radio et trouver la fréquence sur laquelle sont diffusées des informations ou activités). (Comrie-Thomson et al. 2015).

Les planificateurs doivent s'assurer de pouvoir **rejoindre tous les hommes** pour les informer du projet et les inviter à y prendre part. Ca ne veut pas dire que tous les hommes doivent accepter l'intervention et s'y engager. La participation des hommes doit être volontaire et l'homme doit pouvoir identifier les avantages et la raison d'être de son implication, en termes de retombées positives. Toutefois, il s'agit d'un principe éthique en santé publique que chaque intervention ait la capacité d'informer, de rejoindre tous les hommes faisant partie du public-cible.

COMMENT ARTICULER DES ACTIVITÉS ?

Le modèle écologique, présenté ci-dessous, fournit une opportunité de réfléchir et d'organiser des activités en tenant compte de l'importance de travailler non seulement avec des individus mais également des groupes, des systèmes et des structures pouvant influencer les normes sexospécifiques, le comportement des femmes et des hommes et modifier l'environnement au sein duquel ils évoluent. Pour travailler avec les hommes, trois stratégies sont conçues: l'éducation en groupe, les campagnes médiatiques et la mobilisation des communautés, et, l'adaptation des services de santé et sociaux. Toutes ces stratégies devront être interreliées dans la poursuite d'un objectif commun, intégrant une approche globale (UNFPA 2010).

Le modèle écologique : travailler à de multiples niveaux pour transformer les normes de genre (sexospécifiques)

Renforcer les connaissances et capacités individuelles	Aider les hommes et les garçons à comprendre comment les normes sociales influencent leurs partenaires et leurs familles, et également développer les capacités nécessaires pour avoir des comportements plus sains et plus équitables.
Offrir des structures d'appui aux pairs et aux familles	Éduquer les pairs et les membres de la famille par rapport aux bénéfices découlant de relations et de comportements plus équitables par rapport au genre, et par rapport à la façon dont ils peuvent s'entraider pour promouvoir l'équité de genre et la santé dans leurs familles et dans les groupes de pairs.
Renforcer les institutions sociales en éduquant les prestataires de services sociaux et de santé et les professeurs	Éduquer les prestataires de services de santé, d'éducation et d'autres services sur l'importance de prendre en compte les normes de genre avec les hommes et les garçons dans les cliniques, écoles et autres établissements de services de santé. Dans le contexte des services de santé, les prestataires de soins devront être formés à prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux hommes et engager ceux-ci à appuyer leurs partenaires quant à l'accès aux informations et services de santé. De la même façon, les professeurs devront être renseignés sur la façon dont l'école peut modeler et renforcer les normes de genre, et offrir à ces enseignants l'accès à du matériel scolaire sensible au genre.
Mobiliser les membres de la communauté	Éduquer les membres et groupes de la communauté dans le sens de la pratique de comportements plus sains et plus équitables pour les hommes et les femmes, et sur la façon d'aider les personnes à entreprendre des actions promouvant la santé et la sécurité.
Changer les pratiques organisationnelles	Adopter des politiques, des procédures et des pratiques organisationnelles capables d'appuyer les efforts pour accroître l'engagement masculin.
Influencer la législation sur les politiques au niveau sociétal	Développer des lois et des politiques établissant des sanctions pour les inégalités de genre, et pouvant renforcer l'engagement positif des hommes.

Adaptation de UNFPA 2010, p. 16

Les activités ou campagnes rejoignant plusieurs groupes, peuvent être complétées par des visites à domicile. Le projet Men Matter a montré que les visites à domicile par des agents de santé communautaires ou des pairs engagés sont une stratégie efficace pour aborder des questions plus sensibles, dans l'intimité du foyer et favorisent une écoute attentive et un temps suffisant pour répondre aux préoccupations de chacun. Elles sont également très efficaces pour rejoindre des acteurs sociaux qui seraient marginalisés ou difficiles à rejoindre. Cependant, ces visites sont efficaces pour autant que les maris ou les partenaires y prennent part. Il sera alors préférable de les organiser en fin de journée, lorsque ces derniers sont disponibles. Les visites à domicile seraient une alternative ou un complément aux invitations pour les maris ou partenaires à participer aux CPN. En effet, les hommes pourraient refuser de se rendre dans les établissements de santé mais accepteraient plus volontiers que des agents de santé les visitent sur leurs lieux de vie, de socialisation ou de loisirs (Comrie-Thomson et al. 2015).

- **FORMATION EN GROUPE**

Les sessions éducationnelles de groupe consistent à créer **des discussions dynamiques** au cours desquelles les hommes et les garçons pourront **réfléchir**, dans une perspective critique, sur les normes de genre, leurs effets sur la santé et prendre part à des exercices pour **développer des capacités** afin de modifier certains comportements susceptibles de générer des effets néfastes du point de vue de la santé des femmes, de celle de leurs enfants et de la leur.

Ces sessions doivent être préparées, structurées et appropriées du point de vue de ce qui est socialement et localement **acceptable**. Des activités participatives sont à privilégier parce qu'elles sont **divertissantes** et captent **l'attention des participants** : jeux de rôles, débats, discussion d'étude de cas ou sur une base « et si... que feriez-vous ? ». « Par exemple, l'attribution aux hommes et aux garçons des rôles de femmes et de filles, pourra les aider à mieux comprendre les femmes et les filles et les problèmes auxquels elles sont confrontées » (UNFPA 2010, p. 16).

Idéalement, le **nombre de participants** ne devrait pas dépasser le nombre de 20 et cinq participants semble être un nombre minimum pour créer des interactions. La **durée optimale** de ces séances serait de deux heures à deux heures et demie. Il faut que les participants puissent disposer de **temps entre les séances** pour réfléchir et appliquer les thèmes discutés dans les expériences de vie réelles. Il importe alors d'espacer les séances de quelques jours à une semaine. Pour maximiser l'efficacité de ces activités, le nombre de séances peut aller d'une seule à 16 séances. Les séances multiples seraient plus efficaces.

Le **savoir-être des animateurs et animatrices** est essentiel et ces derniers doivent détenir des compétences pour créer une ambiance d'ouverture, de respect, pour gérer des conflits, pour percevoir des besoins spécifiques d'orientation dans les services complémentaires. Ils doivent donc reconnaître leurs propres limites professionnelles et être capables d'orienter les individus vers d'autres services, si nécessaire. L'animateur ou l'animatrice doit disposer des connaissances nécessaires sur les masculinités et le ou les thèmes de santé qui seront abordés. Ils doivent également avoir entrepris un travail d'autoréflexion (UNFPA 2010 ; Barker et al. 2007).

L'intervention mise en œuvre par **un animateur ou une animatrice** présente des avantages et inconvénients liés au fait qu'il ou elle est un homme ou une femme. « Les hommes accepteront une animatrice si elle est bien formée et dotée d'un esprit ouvert » (UNFPA 2010, p. 17). Un couple d'animateurs composés d'un homme et d'une femme pourrait constituer un « modèle hybride » bénéfique en ce qu'ils présenteraient un modèle équitable et respectueux d'interaction entre les hommes et les femmes.

L'**âge des animateurs et animatrices** devrait se poser en ces termes : « jusqu'à quel point ceux-ci ne sont pas enclins à porter des jugements et jusqu'à quel point peuvent-ils modeler des attitudes et des comportements plus équitables du point de vue du genre » ? (UNFPA 2010, p. 17). En ce sens, « l'âge social » primerait sur « l'âge biologique ». Toutefois, il importe prendre en considération que, par exemple, des garçons pourraient ne pas se sentir à l'aise d'aborder certains sujets, en présence d'un adulte. Ainsi, en ce qui concerne **l'âge des participants**, l'idée de réunir des hommes et des garçons d'âge et de milieux socioprofessionnels différents pourrait constituer un modèle d'apprentissage enrichissant et gratifiant. Toutefois, les préoccupations ne sont pas les mêmes et il semble important qu'ils puissent disposer d'un espace favorisant des discussions sur des situations préoccupantes et expériences significatives, librement avec l'accompagnement d'un-e professionnel-le.

Sur **la question de la mixité ou la non-mixité des participants**, les groupes mixtes présentent l'avantage de créer des moments d'échanges entre les hommes et les femmes. Les hommes et les femmes peuvent donc prendre connaissance des perspectives de chacun et façonner ensemble de meilleurs comportements (UNFPA 2010, p. 18). Les sessions en mixité pourraient également donner aux hommes l'opportunité de comprendre les perspectives des femmes et les contraintes auxquelles elles font face. Toutefois, et malgré ces bénéfices, il est essentiel de tenir compte du risque que les femmes et les filles ne se sentent pas à l'aise de discuter de certains sujets en mixité, tout comme les hommes, et que ces derniers dominent la discussion, renforçant ainsi des comportements allant à l'encontre de la promotion de modèles d'interaction équitable entre les femmes et les hommes. Ceci sera à déterminer en fonction des réalités locales d'implantation mais peut-être que, dans un premier temps, les sessions éducatives de groupes pourraient se tenir en non-mixité pour préparer un terrain favorable aux interactions en mixité et à la définition de modes de comportements transformés. Le programme *Stepping Stones* constitue un modèle hybride en ce qu'il réunit d'abord en non-mixité les femmes, les filles et les hommes, les garçons puis en mixité au moment où la communauté est mobilisée pour définir et adopter des stratégies en vue d'obtenir des changements de comportements et d'attitudes en lien avec la santé et les rôles de genre (UNFPA 2010, p. 20).

Les discussions, formations ou activités de conscientisation en groupe sont efficaces pour autant qu'elles sortent du cadre traditionnel d'apprentissage pour intégrer des **techniques participatives** (Barker et al. 2007, p. 17 ; entretien n°9)

Les groupes de formation font face aux **défis de recrutement et d'abandon de participant-e-s**. A cet égard, la sensibilisation et la mobilisation des leaders communautaires pourraient constituer un encouragement. Aussi, le fait de rejoindre les hommes sur leurs lieux de vie ou de socialisation pourrait répondre favorablement à ces difficultés. Il est aussi essentiel d'organiser ces activités dans une perspective divertissante. Des recherches pourraient être entreprises localement pour comprendre les motivations des hommes à s'engager dans une telle démarche et les façons de la maintenir.

Certains informateurs et informatrices clé qui ont participé à documenter les façons de faire, conseillent aux planificateurs d'aller vers ce qui fonctionne déjà bien au sein des communautés du point de vue des objectifs qui seront ciblés. Par exemple, certains maris ou partenaires seront déjà très enclins à soutenir leur épouse ou partenaire et à faciliter leur accès aux soins. Ces hommes-ci peuvent offrir un apport très important pour la réussite d'un projet. Il importe alors de les consulter, de leur demander pourquoi ils adoptent ces comportements si positifs pour la santé, pourquoi, à leur avis, est-ce que leur pairs ne le feraient pas ou moins, et s'ils ont des idées pour impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle (Entretien 2, 3, 4, 9).

La littérature présente quelques suggestions pour les formations en groupe. L'ensemble de ces considérations devrait faire l'objet d'un questionnement, localement, afin de vérifier leur pertinence et adéquation.

À faire	À ne pas faire
Créer des activités dynamiques et participatives	Dire aux hommes comment ils devraient ou ne devraient pas agir mais les encourager à réfléchir et à être critiques vis-à-vis de leurs propres expériences, à identifier les déterminants de leurs comportements et leurs effets.
S'assurer que les activités proposées soient acceptables	Utiliser le mot parent pour annoncer les séances puisqu'il pourrait faire référence uniquement aux mères.
	Utiliser les termes « groupe » « éducation » « classe ». Il serait plus facile d'attirer les pères si on met en avant l'idée que c'est un « stage »

La littérature recommande la combinaison de plusieurs activités. En effet, les formations en groupe auraient une durée d'efficacité d'un an à elles seules. Elles pourraient alors être complétées par des campagnes communautaires, médiatiques ou du conseil individuel ou en couple, afin de pérenniser leurs retombées positives.

- **CAMPAGNES MEDIATIQUES ET MOBILISATION DES COMMUNAUTES**

Les campagnes et mobilisations des communautés comprennent notamment des réunions communautaires, des formations et sensibilisation avec des tradipraticiens, des leaders communautaires, la mise en place d'activités culturelles, des manifestations, des campagnes de mass-media (UNFPA 2010). Ces activités devraient combiner des programmes individuels avec des programmes en groupes ou des permanences téléphoniques avec des campagnes communautaires (Barker et al. 2007, p. 25).

La **multiplication** et la **durée d'exposition** des messages agissent favorablement du point de vue de la probabilité à adopter des attitudes positives (UNFPA 2010, p.26). Cependant, les campagnes médiatiques en elles-mêmes produiraient des changements limités dans les comportements, mais significatifs dans les **intentions de changement**. Pour renforcer leur efficacité, ces campagnes ne devraient pas se restreindre à la diffusion d'information mais encourager les hommes à aborder certains **problèmes spécifiques**, à agir ou à se **comporter de façon spécifique** (Barker et al. 2007, p. 22). Les messages les plus efficaces sont ceux qui montrent explicitement ce que les hommes peuvent faire pour changer et qui intègrent des messages de santé spécifiques à un ou plusieurs thème(s). Plusieurs dimensions doivent être comprises : le besoin de mener des **recherches formatives** en consultant les membres du groupe-cible et identifier les groupes d'hommes qui ont la capacité d'influencer positivement leurs pairs.

Les campagnes les plus efficaces s'étendent sur **quatre à six mois, jusqu'à un an**, sur une base quotidienne ou hebdomadaire (UNFPA 2010).

Le programme Men Matter a montré que, dans certains contextes – dans ce cas-ci, en Tanzanie –, l'implication des hommes serait perçue comme étant **progressiste et moderne**. Ces perceptions auraient participé à la valorisation de l'implication des hommes dans la promotion de l'égalité femmes-hommes en lien avec l'accès aux services de santé. Toutefois, elles n'ont pas fait l'unanimité. En effet, le programme a fait face à de la résistance du point de vue des transformations des normes sexospécifiques, des rôles sociaux et de l'autonomisation des femmes.

A faire	A ne pas faire
Disposer d'espaces publics adéquats	Exiger la présence
Maintenir la confidentialité des informations et des identités	Présumer que les hommes ont entendu ou n'ont jamais entendu les informations auparavant
Créer un espace accueillant et confortable	Encourager la participation en renforçant les normes traditionnelles de genre, pour attirer un plus grand groupe
Inviter les leaders locaux	Présumer que la qualité prime sur la quantité
Impliquer les hommes de la communauté	Produire du matériel coûteux sans effectuer une évaluation des besoins et utilisations
Utiliser des images et messages courts	Imaginer que les effets produits par la campagne sont connus.
Participer aux conférences régionales et nationales pour appuyer la campagne	Choisir des termes trop normatifs comme nom de campagne (il sera préférable de réfléchir, localement, aux connotations indésirables).
Réaliser des évaluations	Utiliser des références religieuses ou culturelles sans l'appui des leaders qui en donne le sens ⁹
S'assurer que les campagnes ne renforcent pas les stéréotypes de genre mais encouragent la coopération et le respect	
Présenter des messages positifs montrant ce que les hommes peuvent faire pour changer et comment. Ex : montrer comment un homme peut détecter une complication	
Mettre en exergue les avantages du changement de comportement pour les hommes et les garçons aussi bien que pour les femmes et les enfants.	
Emprunter des méthodes de marketing social pour « vendre » des comportements ou styles de vie favorables à la santé et à l'égalité femmes-hommes. Les médias véhiculent souvent des perceptions erronées liées aux normes sexospécifiques, il importe que ces mêmes canaux promeuvent des modèles positifs de ce que signifie être un homme ou une femme.	
Utiliser des modèles de rôle vigoureux et équitables du point de vue du genre: des groupes ou individus pouvant influencer positivement les comportements des hommes et des garçons (Ex. des entraîneurs sportifs, des pères, des leaders, des célébrités, etc.)	

[Adaptation selon Barker et al. 2007 et UNFPA 2010]

⁹ Par exemple, pour utiliser des principes positifs de l'Islam il faudrait d'abord et avant tout en discuter avec les Imams de la région pour qu'ils puissent appuyer la compréhension de ces messages, en faire la promotion et expliciter le lien avec l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle.

Le projet Men Matter – qui documente l’implication des hommes pour la santé maternelle, néonatale et infantile - a analysé l’implication des leaders traditionnels, communautaires et religieux. Ils peuvent être mobilisés soit pour diffuser des messages sur les activités à venir et encourager la participation des publics-cibles lors des réunions institutionnalisées ou alors, ils peuvent également être eux-mêmes des agents de changement. Les leaders seraient bien **disposés** à s’impliquer de la sorte. En effet, ce rôle qui peut leur être conféré renforcerait leur autorité. Cependant, il faut tenir compte du fait que les maris ou partenaires pourraient être **réticents** à poser des questions à ces figures d’autorité et se sentiraient peut-être plus à l’aise avec d’autres intervenants pour travailler sur les changements de comportement. Concrètement, le recours aux leaders a donné lieu à des situations où, le mari refusant à son épouse ou partenaire l’accès, ceux-ci ont pu intervenir à temps pour débloquer la situation. Toutefois, l’implication des leaders a aussi démontré que certains utilisaient des contraintes (ex. une amende, une chèvre) pour impliquer les maris ou partenaires (Comrie-Thomson et al. 2015). Malgré « l’efficacité » de cette mesure, la participation et l’implication volontaire est à privilégier. L’ensemble de ces informations est à explorer et valider localement, en collaboration avec les parties prenantes.

- **SERVICES DE SANTÉ**

A l’échelle mondiale, les femmes et les filles ont globalement plus de difficultés d’accès aux services, en comparaison avec les hommes et les garçons. La question de l’accès aux services de santé pour les femmes est encore, dans plusieurs milieux, dépendante de la décision des hommes pour les femmes, tout comme celui du contrôle des ressources financières et de la mobilité des femmes. Pourtant, la littérature montre que les hommes et les garçons peuvent modifier et modifient leurs comportements à cet égard (Barker et al. 2007, p. 18). L’adoption d’une vision des hommes comme « des alliés potentiels plutôt que des obstacles pour assurer la santé de leurs partenaires femmes et leur famille » s’avère être prometteuse pour encourager leur mobilisation et pour améliorer l’utilisation des services de santé par leur épouse ou partenaire (UNFPA 2010, p. 21). Cette vision devrait être développée auprès des prestataires de soins également (Barker et al. 2007, p. 29). Ces derniers doivent alors recevoir une formation développant des connaissances et compétences pour travailler avec les hommes. Il faut, en effet, tenir compte du fait que les prestataires de soins ont davantage d’expérience dans le travail avec les femmes. Aussi, les infrastructures elles-mêmes pourraient être sujettes à des adaptations afin de les rendre plus accueillantes et pour favoriser la venue des hommes dans ces lieux. Ces adaptations concernent tout spécialement l’affichage, l’accueil et l’aménagement d’espaces conviviaux pour les hommes permettant aussi aux femmes de préserver leur intimité et la confidentialité des rencontres médicales (Barker et al. 2007).

QUEL CONTENU POUR CES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS ?

L'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle et plus précisément sur la réduction des deux premiers délais qui en sont, en partie, à l'origine, suppose une combinaison d'efforts qui doivent être coordonnés. Elle peut exiger la formation des prestataires de soins, l'adaptation des locaux et services, des changements d'attitudes liées à l'implication des hommes dans la société, la persuasion des décideurs et des leaders locaux et le soutien au changement des structures et des politiques qui devraient l'encourager, etc. Ces suggestions ne sont pas exhaustives et doivent impérativement être définies localement en tenant compte des particularités du contexte social et sanitaire.

Parfois, le simple fait de demander aux hommes de parler de certains problèmes ou thématiques est fondamentalement transformateur (Barker et al. 2007). Dans certains contextes, la construction sociale du genre forge l'idée selon laquelle les hommes ne sont pas concernés par certains thèmes de santé comme la santé de la mère, du nouveau-né ou des enfants. Ainsi, en engageant délibérément les hommes dans une réflexion critique à propos de cette construction et de ces normes dans des réunions de groupes, en séance individuelle ou lors de campagnes de communication, conduit à des changements de plus large envergure et plus profonds. Il faut alors dépasser la présentation d'un contenu pour générer des questionnements.

- **FORMATION EN GROUPE**

A ce jour, la littérature déplore un manque de connaissances sur les indicateurs d'attitudes et de comportements qui seraient plus importants que d'autres, du point de vue de l'égalité de genre. La question qui reste en suspens serait, par exemple: peut-il y avoir certains comportements ou interventions qui ouvrent des chemins vers une transformations sociale plus large ? (Barker et al. 2007, p. 33-34). Il n'y a donc pas suffisamment de données pour définir les types d'attitudes ou de comportements qui favoriseraient un changement du point de vue des rapports sociaux de genre et qui devraient alors être priorisés. La consultation des femmes et des filles, des hommes et des garçons à ce sujet est essentielle. La définition du changement se fera donc en collaboration avec ceux-ci et selon les besoins des femmes identifiés et recensés localement.

Dans plusieurs contextes, la sphère de la santé et les soins relèvent de la responsabilité ou du rôle des femmes exclusivement. Les acteurs sociaux sont alors socialisés de sorte que ces normes sexospécifiques se reproduisent et se perpétuent dans le temps. Il n'est pas rare de voir les filles jouer avec une poupée ou s'occuper de leurs cadets ou cadettes et les petits garçons apprendront qu'il faut acquérir des compétences pour pouvoir répondre aux besoins de leur famille, intégrant et intériorisant ainsi ces normes. L'on encouragera alors, pour les filles, des attitudes – traditionnellement attribuées et endossées par les femmes – de serviabilité, de discrétion, etc. ; et aux garçons des attitudes – traditionnellement attribuées et enrôlés par les masculinités – de courage, de force, de limitation de l'expression des émotions, etc.

L'intervention visera alors à outiller les hommes et les garçons pour qu'ils acquièrent **l'assurance et les compétences** nécessaires pour s'occuper des enfants et pour être attentifs aux besoins de soutien émotionnel, affectif, matériel de leur épouse et partenaire¹⁰. Ces activités devraient mettre en relation des **réflexions critiques à propos de la virilité** et des normes sexospécifiques avec des **expériences de la « vraie vie »**. Pour ce faire, le recours à des jeux de rôles, de l'imagerie guidée, des études de cas ou des activités basées sur « que feriez-vous si... » peut s'avérer particulièrement efficace. Ces activités, dépendamment des objectifs qu'elles poursuivent, peuvent aussi développer un savoir-faire, des capacités de parler des émotions et/ou des mises en pratiques (ex. changer les couches d'un nouveau-né) (Barker et al. 2007, p. 25).



Idée d'exercice

Cet outil est emprunté à « Engaging Men and Boys in Gender Transformation : The Group Education Manual », développé par le projet AQUIRE/EngenderHealth et l'organisme Promundo (UNFPA 2010, p. 143). Il est adapté à la question de la santé maternelle alors qu'initialement, il a été prévu pour discuter de la question du VIH. Il doit également être adapté selon les réalités et conditions d'existence locales !

L'objectif : examiner les tâches routinières de la maison et les stéréotypes de genre fréquemment associés à ces tâches, et explorez les avantages pour les hommes de partager les responsabilités du foyer.

Le matériel : Tableau à feuille (flipchart), marqueur, papier, crayons et stylos

La durée : entre 45 minutes et une heure

¹⁰ Au Mali, l'expérience pilote de l'Ecole des Maris – conceptualisée par le UNFPA - est mise en œuvre dans le district sanitaire de Nioro.

En Haïti, dans les zones rurales, il existe des clubs de pères qui constituent un programme sensible au genre et cherchent à impliquer les pères dans les soins de leurs enfants. En groupe, les pères discutent des problèmes de santé que peut avoir un enfant, comment les résoudre, etc. Les pères échangent également sur les façons d'aider leur épouse ou partenaire pour s'occuper des enfants. Ils partagent des expériences et s'entraident. Les réunions sont ouvertes à tous les hommes du village et sont animées par un agent de santé local et une infirmière professionnelle. (UNFPA 2010, p. 50)

Aux Etats-Unis, existe un programme, conduit par des pairs, qui consiste en un atelier d'apprentissage pour papas. Un animateur formé est présent mais ce sont les futurs pères qui vont échanger avec d'autres pères au sujet de l'assistance des soins donnés aux nouveau-nés. Le rôle de l'animateur – qui intervient donc très peu dans le processus d'apprentissage et de transfert de compétences qui se fait par des pairs – est d'identifier, parmi les futurs papas, lesquels pourraient devenir des futurs modèles ou tuteurs des groupes suivants. (UNFPA 2010, p. 49)

1. Demandez aux participants de répertorier les tâches typiques qui sont réalisées dans une maison de façon régulière. Pour les aider, demandez-leur de réfléchir sur tout ce qui doit être fait dans une maison, depuis les premières tâches de la journée jusqu'aux dernières activités, le soir avant d'aller se coucher. Listez toutes les activités sur un tableau à feuilles, en numérotant chacune à partir du numéro 1, à côté de chaque activité, à mesure que vous poursuivez. La liste des activités englobe quelques-unes des tâches suivantes [il est essentiel d'adapter cette liste aux réalités et conditions de vie locales]:
 - Cuisine
 - Entretien et maintenance, y compris
 - Les réparations
 - Achats d'aliments, de vêtements et d'objets et équipements pour la maison
 - Nettoyage et lavage
 - Soins aux enfants
 - Soins aux personnes âgées
 - Sécurité
 - Activités liées à l'école (transport, devoirs, réunions à l'école etc.)
 - Paiement des factures
 - Vous pouvez ajouter les activités ci-dessus à la liste des participants, si ceux-ci ne les ont pas mentionnées.
2. S'il s'agit d'un groupe alphabétisé, distribuez des feuilles blanches de papier au groupe. Demandez-leur de réfléchir à la liste, et de dire si c'est la femme, l'homme, ou les deux, qui réalisent ces activités, Les participants peuvent tout simplement écrire "femme", "homme" ou "les deux" à côté du numéro correspondant sur leur feuille.
3. Demandez aux participants de dénombrer les activités que les femmes les hommes, ou les deux réalisent normalement. Demandez à chaque participant de communiquer leurs résultats au groupe et de reporter les totaux sur une nouvelle feuille du tableau à feuilles.
4. Animez la discussion à l'aide des questions ci-dessous.
 - Est-ce que le résultat du dénombrement des activités réalisées par les hommes et les femmes vous a surpris? Pourquoi? Et pourquoi pas?
 - Est-ce que vous avez décelé une variation sensible dans le dénombrement réalisé par les différents participants? Pourquoi, à votre avis?
 - Quels sont les facteurs qui contribuent à ce que les hommes ne participent pas aux soins donnés aux enfants?
 - Pensez-vous que la division du travail entre les hommes et les femmes dans le foyer est en train de changer, ou elle est toujours la même? Pourquoi?
 - De quelle façon le besoin de donner des soins aux membres de la famille (ex. nouveau-nés, parturiente) a affecté la division du travail domestique entre l'homme et la femme ?
 - Quels sont les autres bénéfices qui adviennent d'un rôle plus actif joué par les hommes dans les tâches familiales?
 - Que pourrait-il être fait pour promouvoir une distribution plus équitable du travail dans les foyers?

- Qu'avez-vous appris au moyen de cette activité? Avez-vous appris quelque chose qui pourrait être appliqué à votre propre vie et à vos relations

Pour clore: le fait qu'un père s'implique dans les soins aux enfants ne découle pas exclusivement des caractéristiques biologiques, mais dépend beaucoup de la façon dont les hommes et les femmes ont été élevés et s'ils ont été élevés pour penser que les hommes peuvent également prodiguer des soins aux enfants. Quoique les filles et les femmes soient fréquemment éduquées, depuis le plus jeune âge, à s'occuper des enfants, les hommes peuvent également apprendre à le faire – et à le faire bien. La mise en question des rôles de genre fait partie du processus de contestation des inégalités de genre, qui augmentent la vulnérabilité des femmes.

Au-delà des soins à donner aux enfants, les maris ou partenaires des femmes enceintes devraient être **sensibilisés aux risques** inhérents à la grossesse, à l'accouchement et à la période post-partum et aux façons de les gérer. Si les hommes semblent déjà être conscients de la vulnérabilité d'une femme enceinte (entretien n°8), il n'est pas forcément évident qu'ils sachent **quel rôle**, eux, peuvent jouer et comment. A ce sujet et pour identifier les types d'activités et informations qui devraient être distribués, la section *quelle implication ?* peut servir d'indication.



Idée d'exercice

Un outil a été développé par Engender Health en vue de **promouvoir le rôle de l'homme dans la maternité sécurisée** (UNFPA 2010, p. 137).

L'objectif : développer des messages d'information, d'éducation et de communication pour engager les hommes dans une maternité plus sécurisée.

Le matériel : tableaux à feuilles, marqueurs, scotch

La durée : 45 minutes

Aucune préparation préalable nécessaire

La procédure

1. Expliquez que pour accroître la conscientisation des hommes par rapport à leur rôle dans la prévention de la mortalité maternelle, beaucoup de programmes créent des campagnes destinées à toucher les audiences masculines. Informez les participants qu'ils auront l'opportunité de créer une campagne de ce type.
2. Partagez les participants en groupes de cinq ou six personnes et fournissez à chaque groupe des tableaux à feuilles et des marqueurs. Demandez- leur de créer un outil de promotion expliquant le rôle des hommes pour une maternité sécurisée. Cet outil peut être une publicité à la télé, un feuillet radiophonique, une affiche ou n'importe quel autre moyen capable de promouvoir cette question. Dites-leur qu'ils disposeront de 20 à 30 minutes pour le faire.
3. Une fois que les groupes auront achevé leurs tâches, demandez-leur de présenter leurs campagnes au groupe principal. Laissez les participants discuter chacune des campagnes et les messages envoyés.
4. Concluez cette activité en discutant quelle serait la campagne la plus appropriée aux communautés qui sont desservies par les structures des participants.

• CAMPAGNES ET MOBILISATION COMMUNAUTAIRES

Comme nous l'avons vu préalablement dans la section *Comment articuler ces activités ?*, l'idée est de présenter aux maris ou partenaires et pères ou futurs pères, des **messages positifs** concernant leur **implication et les retombées positives de celle-ci**. A ce sujet, des initiatives pour une maternité sans risques ont été menées dans les zones rurales en Inde. L'intervention visait à mobiliser des travailleurs de santé pour qu'ils rencontrent les hommes sur leurs lieux de vie, de loisir ou de travail afin de s'adapter aux horaires de travail de ces derniers qu'ils cherchent à rejoindre, en dehors des structures de santé. Ces initiatives ont donné lieu à d'importantes retombées positives. En effet, l'évaluation de ces initiatives a révélé que le nombre d'hommes cherchant activement à inscrire leur épouse ou partenaire aux CPN s'est élevé, tout comme le nombre d'hommes qui accompagnent leur épouse ou partenaire au centre de santé et leurs enfants pour la vaccination.

Cependant, il faut opérer avec prudence et anticiper au maximum des effets indésirables. En effet, une intervention de mass-media mise en œuvre au Zimbabwe aurait utilisé des personnalités sportives célèbres qui diffusaient des messages faisant la promotion du recours aux méthodes de planification familiale. Le public-cible qui étaient les hommes auraient cru comprendre qu'ils avaient à eux seuls la responsabilité de prendre de décision relatives à la planification familiale. Les planificateurs et organisateurs doivent alors être conscients de ces effets indésirables et mettre en place des mesure afin d'éviter ce type d'écueil qui pourraient avoir de graves conséquences pour la santé des femmes (Comrie-Thomson et al. 2015).

Lors de la campagne mondiale pour engager les hommes en tant que partenaires pour la santé maternelle, le UNFPA a utilisé le slogan « Men at Work » (Hommes au travail) pour mettre en avant que « la participation masculine est vitale pour la promotion de la santé reproductive, et pour le développement et le bien-être des familles et des communautés » (UNFPA 2010, p. 54). Cette campagne a notamment organisé des spots publicitaires à la télévision mongolienne et un débat en direct à la radio et télévision rwandaise.

D'une manière générale, en plus de présenter l'avantage de rejoindre un grand nombre d'hommes en diffusant des messages et informations liés au soutien maternel et la santé infantile, ce type d'activité peut **générer des changements dans la communauté et participer à la modification de certaines normes sociales**. Ces campagnes et mobilisations ont également pour objectif de modifier l'environnement au sein duquel les acteurs sociaux évoluent. Elles peuvent par exemple, influencer des politiques publiques ou le cadre légal pour favoriser l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle et la mobilisation des hommes dans la sphère familiale. Elles peuvent, à l'inverse, traduire et inscrire dans la conscience collective et dans les actions ces politiques publiques et cadres légaux.

- Plusieurs des informateurs rencontrés pour élaborer de ce recueil ont affirmé qu'il serait toutefois, délicat d'aborder l'accès aux services de santé pour les femmes en termes de droits, dans un contexte communautaire. Ce « langage occidentalocentré et imposé à l'internationale [...] n'est pas un langage applicable à tous les contextes et certainement moins à un niveau micro- » (Entretien n°5). Cet avis est partagé par beaucoup d'informatrices et informateurs clés (Entretiens n° 2, 3, 4, 5, 6).

En Indonésie, une campagne « Suami SIAGA » (mari Prêt à Transporter en Alerte) visait à impliquer les maris dans les soins prénataux et les préparer à d'éventuelles urgences. Elle englobait une série de fiction à la radio portant le message « maris alertes » ; une petite série TV éducationnelle véhiculant des messages sur la maternité sans risque, des brochures et des autocollants, du matériel de communication interpersonnelle ; des activités de mobilisation dans la communauté afin de soutenir la campagne multimédia ; ainsi que des T-shirts, chapeaux, broches et fourgons. La campagne a ciblé les provinces choisies mais également une audience à l'échelle nationale. Les messages-clés visaient à montrer aux maris des **actions spécifiques** qu'ils pouvaient entreprendre pour aider leur épouse ou partenaire et **s'assurer que leur grossesse et accouchement soient sécurisés**. Ils consistaient à dire : « soyez vigilants et agissez si vous observez des signes dangereux pendant une grossesse ; accompagnez votre épouse chez une sage-femme pour des consultations prénatales (au moins une fois pendant le premier trimestre, une fois pendant le deuxième et deux fois pendant le troisième) ; demandez de l'aide à votre communauté si vous n'êtes pas disponible ; prévoyez toujours un moyen de transport et un donneur de sang ; accompagnez votre femme pendant la naissance et après celle-ci » (UNFPA 2010, p. 55).

L'évaluation de cette campagne a permis de rendre compte que les maris **exposés** aux moyens de communication étaient **cinq fois plus disposés à entreprendre une action** que ceux qui ne l'avaient pas été. Les maris ayant **participé** aux communications interpersonnelles pour « Devenir un Suami SIAGA » sont devenus **10 fois plus enclins à entreprendre des actions** pour, par exemple, assurer une naissance sécurisée. Par la suite, d'autres campagnes ont tenté de rejoindre d'autres publics-cibles comme les sages-femmes et les autres membres de la communauté. (UNFPA 2010).



Idée d'exercice

Les visites à domicile peuvent constituer des activités complémentaires aux activités en groupe en permettant notamment d'aborder des sujets plus sensibles, en mixité et de rejoindre des personnes ordinairement plus difficiles à rejoindre. L'UNFPA s'est inspiré du modèle développé par EngenderHealth et Promundo pour USAID (UNFPA 2010, p. 123)

L'objectif : doter les participants des techniques nécessaires pour effectuer des visites à domicile

La durée : une heure

Le matériel nécessaire : tableau à feuille et marqueur

La procédure :

1. Demandez si quelqu'un dans le groupe possède de l'expérience dans les visites à domicile (pour vendre un produit, réunir des signatures, pour les campagnes de vaccination, de nutrition ou les campagnes de traitement de masse de certaines maladies, etc). Demandez-leur comment cela s'est-il passé et comment ils se sont préparés à cette activité.
2. Ensuite, demandez aux participants de discuter des bénéfices et des inconvénients des visites porte-à-porte. Si, après cinq minutes, les points ci-dessous n'ont pas été mentionnés, ajoutez-les à la liste:
 - Les bénéfices : environnement sécurisant et familier pour les participants, commode pour le participant, occasion de parler à un homme et sa partenaire.
 - Les inconvénients : distraction (enfants, téléphone, télévision, radio, etc.), les participants pourraient se sentir mal-à-l'aise de recevoir quelqu'un chez eux, les éducateurs-tuteurs doivent recevoir une formation avant de visiter la communauté.
3. Discutez comment les communications interpersonnelles peuvent apporter des changements de comportement et comment le fait de parler de genre ou de la prévention des risques de la grossesse et l'accouchement pendant une visite domiciliaire peut fournir aux membres de la communauté des informations auxquelles ils n'auraient pas eu accès d'une autre façon. D'autre part, certains membres de la communauté peuvent se sentir plus à l'aise chez eux pour parler de ces sujets, que dans un environnement public.
4. Il est important pour le groupe et pour les éducateurs-tuteurs de définir quelles personnes et quels environnements seraient les plus réceptifs aux informations livrées au cours du porte-à-porte. Il est également important de prendre en compte l'heure la plus appropriée pour une visite. Par exemple: en ciblant les jeunes hommes, un éducateur-tuteur devra tout d'abord chercher à savoir à quels horaires ce jeune homme aura des probabilités d'être chez lui. L'éducateur doit également déterminer si les visites porte-à-porte sont plus fructueuses lorsque le jeune homme est seul, ou lorsqu'il est accompagné de sa partenaire ou épouse. Finalement, les éducateurs devront discuter les stratégies nécessaires pour traiter avec des membres hostiles de la communauté qui ne veulent pas écouter ou qui ne sont pas d'accord avec les messages. D'une façon générale, il est préférable de se préparer à être confrontés à une situation négative avant d'en rencontrer une.
5. Demandez deux paires de volontaires et deux groupes de quatre à cinq volontaires. Conduisez les deux paires hors de la pièce et dites-leur qu'ils devront représenter une visite

porte-à-porte. Les deux groupes de quatre à cinq volontaires joueront le rôle des familles: l'un des groupes sera une famille amicale intéressée à écouter, tandis que l'autre sera une famille inamicale disposant de peu de temps. Une des paires de participants sera désignée pour visiter la famille amicale, tandis que l'autre paire visitera la famille inamicale. Demandez aux volontaires de jouer leurs rôles de la façon la plus réaliste possible. Donnez dix minutes aux deux groupes de quatre à cinq volontaires et aux deux paires pour se préparer et prévoyez cinq minutes pour chacune des représentations.

6. Après que les deux groupes auront terminé leurs représentations demandez-leur ce qu'ils ont pensé de leurs visites porte-à-porte. Qu'elles ont été les opportunités et les défis?
7. Reconstituez le grand groupe. Demandez au groupe des idées sur la façon de procéder dans les deux cas: familles réceptives et non réceptives. Passez en revue ce qu'ils considèrent nécessaire à la préparation d'une visite porte-à-porte, et reportez leurs idées sur un tableau à feuilles. Si personne ne le mentionne, suggérez la création de scénarii pour les visites porte-à-porte à des familles réceptives et non réceptives. Accentuez l'importance de pratiquer ces deux scénarii. D'autres stratégies seraient: fixer un autre moment pour la visite et demander un engagement à participer à un événement lié à votre organisation.

Une stratégie reconnue comme étant efficace vise à organiser des activités menées par **des pairs-éducateurs**. Ainsi, les participants peuvent s'identifier à leurs pairs et les percevoir comme des modèles. Les pairs-éducateurs auraient plus de légitimité s'ils ont un certain âge, sont mariés et ont des enfants (Comrie-Thomson et al. 2015). Ces considérations doivent être adaptées selon que les participants sont des hommes ou des garçons. Tel que mentionné précédemment, les garçons pourraient, eux, se sentir plus à l'aise avec des animateurs plus jeunes pour aborder des questions plus sensibles.

- **Sante et services sociaux**

Les prestataires de soins de santé maternelle, néonatale ou infantile auraient souvent tendance à considérer les hommes comme des intrus dans les établissements de santé et pourraient adopter une attitude négative face à l'implication masculine (UNFPA 2010). Les prestataires de soins évoluent dans des espaces sociaux plus ou moins similaires du point de vue des normes sexospécifiques que les patients et qui renforcent l'idée que la grossesse est un domaine « exclusivement féminin ». Ainsi, il importe de les conscientiser à l'importance de l'implication masculine et aux retombées positives qu'elle peut générer. Parallèlement à ce travail de **remise en question sur les rapports sociaux de genre** qui doit être entrepris avec les prestataires de soin, en milieu sanitaire, ces derniers devraient également être appuyés pour développer des **savoir-faire et compétences** pour impliquer efficacement les hommes dans les soins de santé maternelle, néonatale ou infantile.

De surcroît, les prestataires doivent être **préparés aux défis** que peut représenter l'implication des maris ou partenaires: comment intervenir auprès des hommes violents¹¹, prendre en charge leur anxiété, encourager les pères à venir aux consultations prénatales, offrir des incitations (ex. tickets d'achats à ceux qui viendraient à au moins quatre CPN). Il est important de veiller à ce que ces incitations soient **adaptées** à la communauté et qu'ils ne soient pas coercitifs ou discriminatoires envers les femmes non-accompagnées qui pourraient être dissuadées d'utiliser les services de santé. **Les CPN** sont des moments privilégiés, pour les pères, d'apprendre des façons via lesquelles ils peuvent aider leurs partenaires à se préparer à une grossesse et un accouchement sécuritaires. Les informations diffusées pendant les CPN aux hommes doivent être les mêmes que celles diffusées auprès des femmes : soins et nutrition durant la grossesse, processus pour gérer les urgences obstétricales, importance de l'allaitement, la planification familiale post-natale, les soins au nouveau-né. Certains hommes pourraient avoir des doutes sur leurs capacités à prendre soin du nouveau-né. Les prestataires de soins doivent alors les **rassurer** en leur expliquant que les hommes peuvent apprendre à faire ces tâches aussi bien que les femmes (UNFPA 2010 ; Barker et al. 2007). Quelques services, s'ils sont disponibles, peuvent s'avérer particulièrement efficace pour engager les hommes dans la sphère de la santé maternelle : l'échographie constitue une opportunité d'établir un puissant lien avec la grossesse et les aide à faire la transition vers la paternité. Si l'échographie n'est pas disponible, une autre idée serait de faire écouter le cœur du fœtus au père.

Les prestataires de soins doivent être **sensibles** aux questions de normes sexospécifiques en lien avec l'implication des maris ou partenaires et identifier jusqu'à quel point ils doivent ou peuvent **contester cet état des choses**. Dans les milieux, où l'homme contrôle l'accès aux services de santé pour la femme, le prestataire de services peut tenter de sensibiliser ce dernier sur l'importance des soins prénataux et la nécessité de mettre en place un cadre sécurisant pour l'accouchement. Les prestataires de soins devront également **persuader les hommes de l'importance d'allouer des ressources financières** pour obtenir ces services et **créer ce cadre sécurisant pour l'accouchement**. Dans ces contextes-ci, il importe également de **prioriser les changements attendus**. En effet, peut-être que les efforts déployés pour encourager la présence des pères à l'accouchement, le partage des tâches et des soins à apporter au nouveau-né doivent être mis en attente en faveur de changements plus urgents comme la garantie de la santé et du bien-être global de la mère et de l'enfant. Ainsi, les changements en vue ne se limitent pas au niveau de la prestation des services de santé mais doivent être inscrits à d'autres niveaux également, dans les communautés et l'espace social en général. A ce sujet, et dépendamment des objectifs fixés et résultats attendus, les centres de santé peuvent également chercher à donner des soins aux hommes eux-mêmes. En effet, si l'accès s'avère plus difficile pour les femmes que pour les hommes, la sous-utilisation des services de santé par les hommes aussi est suffisamment documentée dans la littérature et pourrait faire l'objet d'un résultat attendu. En lien direct avec la santé maternelle, la promotion de la santé sexuelle et reproductive des hommes devraient être adressée.

¹¹ Toute une série d'outils est disponible dans le document MenEngage au sujet du travail qui peut être entrepris avec des hommes violents. Il est conseillé aux prestataires de services de santé de référer le couple à un-e conseiller-ère ou à un leader religieux.

Les hommes pourraient préférer aborder les questions relatives à leur propre santé avec un **prestataire** de soins masculin mais la littérature souligne que les **compétences et caractéristiques personnelles** sont plus importantes que le fait que ce soit **un homme ou une femme**, pour favoriser des échanges de qualité avec les hommes.

Les services de santé peuvent également afficher du **matériel visuel** (ex. des affiches) représentant des hommes dans des situations s'assistance à leur épouse ou partenaire, ou, qui donnent des soins à leurs enfants (ex. se présentent pour les vaccinations, au centre de santé, avec leurs enfants).



Exemple

UNFPA (2010, p.136) propose un modèle de lettre d'invitation aux pères pour qu'ils participent à une consultation prénatale, adapté d'un précédent modèle développé par EngenderHealth.

Conseil : toujours mentionner la date et l'heure de la séance de counseling et imprimer cette lettre sur du papier en-tête du centre de santé, s'il y en a.

Date : _____

Adressé à Monsieur: _____

Notre CScom estime que le travail réalisé en dialogue avec la communauté est primordial, non seulement pour améliorer nos soins de santé, mais également pour accroître la connaissance de nos services. Nous croyons également que vous avez un rôle important à jouer en ce qui concerne la santé de votre épouse et de vos enfants. Pour cette raison, nous sommes heureux de vous inviter à participer avec votre épouse à une séance d'éducation et de conseil qui sera tenue à notre Centre de Santé le _____ à _____ heure(s).

Cordialement,

Dr/Dre/Mr/Mme _____

Directeur technique du centre de santé

En lien avec des questions de littératie, l'idée de la lettre pourrait être remplacée par une visite à domicile des agents de santé communautaire, par exemple, pour inviter les pères ou futurs pères à assister aux consultations prénatales.

Selon le Programme Men Matter, les **invitations verbales transmises par l'intermédiaire des femmes**, à leur mari ou partenaire, ne semblent **pas efficaces** pour encourager l'implication des hommes. Les informations remises dans les ménages par des personnes influentes s'avèreraient être plus efficaces. Aussi, il est **très important que les femmes puissent choisir** si elles autorisent la présence du mari ou partenaire durant les CPN. En effet, les activités cliniques comportent **certains risques** dont il faut tenir compte : le mari ou partenaire pourrait vouloir décider pour son épouse ou partenaire et la femme pourrait se sentir moins à l'aise de poser des questions ou d'aborder des sujets confidentiels. Pour y faire face, l'homme pourrait assister à une partie seulement de la consultation. C'est aux femmes d'en décider. L'implication des hommes dans les services de santé maternelle pourrait donner lieu à d'autres types de risques également. Les femmes non-accompagnées attendraient plus longtemps, risquent de ne pas recevoir les services, risquent d'être discriminées et ainsi, dissuadées d'utiliser les services de santé. Les prestataires de soins doivent être conscients de ces risques et formés adéquatement pour pouvoir y faire face. En réservant un accueil chaleureux à l'homme qui accompagne son épouse ou partenaire, ils valoriseront son implication. Ils doivent également offrir un accueil chaleureux à la femme non-accompagnée, valoriser sa venue au centre de santé et lui offrir des soins de qualité (Comrie-Thomson et al. 2015).

COMMENT INTÉRESSER LES HOMMES ?

Pour viser l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle, il importe avant tout de réfléchir aux façons de susciter leur intérêt.

- Ne pas partir de l'idée que les hommes sont réticents. Ils seraient déjà disposés à agir et certaines expériences précédentes montrent qu'ils « attendent » ces interventions. Dans la mesure de ce qui leur est possible de faire, les hommes seraient réceptifs à l'idée de préserver la santé de leurs épouses et enfants (Entretien n°2, 3, 4, 5, 8 et 9).
- Mobiliser les Imams et autres *leaders* communautaires pour qu'ils sensibilisent les hommes et les motivent à participer aux activités. Pour ce faire, ils doivent être bien informés et convaincus de la pertinence de la démarche.
- Dans l'Islam, religion majoritaire au Mali, plusieurs principes constitueraient des incitatifs à l'implication des hommes dans la santé des femmes, nouveau-nés, enfants et pour leur propre santé (Entretien n°6):
 - Le modèle du Prophète qui était présent, dialoguait avec ses épouses, les aidait dans les tâches ménagères, faisait la cuisine, s'occupait des enfants, etc. et qui souligne l'importance de la femme et de l'attention que l'homme doit lui porter ;
 - L'importance de la vie (« Celui qui sauve une vie, c'est comme s'il avait sauvé l'humanité. Celui qui prend une vie injustement, c'est comme s'il avait pris la vie de toute l'humanité ») et le Coran rappelle à cet égard la nécessité d'avoir un corps sain, une âme saine et un intellect sain. Il rappelle que ce corps obéit aux lois de la causalité. C'est un devoir du croyant que de veiller à la vie.
 - L'importance de balancer ou d'équilibrer la prédestination [idée selon laquelle un cas de mortalité maternelle fait partie du dessein d'Allah ou de Dieu] avec les lois de la causalité [des événements s'imposent aux Hommes et ils doivent y faire face]
 - *La Hayat Fi Din*, nulle gêne en Islam : on peut aborder même des sujets tabous, sensibles ou délicats ; même si l'imam affirme qu'il serait peut-être plus adéquat d'aborder certains sujets lors de visite à domicile
 - « Le meilleur d'entre vous, le meilleur avec son épouse, devant Allah »
 - La nécessité d'agir (liée aux lois de la causalité)

Ces principes pourraient servir de base pour collaborer avec les Imams et les mobiliser. Pour utiliser ces messages dans des campagnes de sensibilisation, il importe de consulter les autorités religieuses locales : c'est la parole des religieux qui donne la valeur aux propos religieux. De plus, l'Islam serait en transformation : prise de conscience pour l'Imam en zone rurale qu'il appartient à un plus grand groupe de musulmans, dans le monde. Il serait important d'inciter les Imams à se pencher sur ces principes que tous ne connaîtraient pas. (Entretien n° 6).

- Une porte d'entrée pour intéresser les hommes: les questionner sur ce que représente pour eux, l'expérience de la paternité ou le fait de devenir père, la « valeur » d'un enfant et les sensibiliser au fait que la santé de la mère est un déterminant prépondérant de la santé de l'enfant (Entretien 2, 8 et 9). Plusieurs informateurs rencontrés pour élaborer ce recueil ont affirmé que les hommes seraient très réceptifs à des informations concernant les façons de prendre soin de leurs enfants et de leur épouse ou partenaire (Entretien n°2, 3, 4, 6, 7, 8 et 9). La question de la paternité pourrait alors être posée en des termes de relation avec l'enfant (Entretien 9). Les hommes auraient également besoin d'être rassurés sur leurs capacités et habiletés à s'occuper des enfants. Les prestataires de soins et les leaders communautaires peuvent jouer un rôle important pour rassurer les hommes et les guider dans leur apprentissage, si besoin.
- Plusieurs informateurs consultés pour l'élaboration de ce recueil ont affirmé que les acteurs sociaux aiment raconter leur vie, leur culture, etc. Ils seraient également ravis de se voir attribuer un titre (ex. agents de changement ou pairs-éducateurs). Ces éléments pourraient constituer des motivations pour ouvrir des discussions et permettre des engagements.
- Se référer aussi à la section *Comment articuler ces activités ?* Certains informateurs et informatrices –clé suggèrent d'aller vers ce qui fonctionne déjà en consultant les hommes déjà enclins à s'impliquer dans la promotion de la santé maternelle, via l'adoption de comportements favorables.

La participation et l'implication des hommes doivent être volontaires. Il importe également de tenir compte de la **souveraineté économique** des acteurs sociaux et ne pas engager des propos discriminants pour ceux et celles qui ne pourraient pas – par manque de moyens financiers – s'impliquer tel qu'ils /elles le souhaiteraient mais plutôt, dans la mesure du possible, les accompagner dans la recherche de solutions. Il faudrait alors faire preuve de suffisamment de sensibilité pour comprendre pourquoi les acteurs et actrices n'adopteraient pas tel ou tel comportement.

LA SUITE ?

L'ANALYSE DES BESOINS

L'analyse des besoins est un processus à travers lequel sont identifiés les logiques et facteurs sous-jacents aux attitudes et comportements des hommes et des garçons par rapport à des thèmes liés spécifiquement à la santé, les barrières aux changements mais aussi les opportunités. Ces processus doivent représenter les voix et réflexions des hommes et des garçons eux-mêmes, ainsi que celles des acteurs qui interagissent avec ces derniers et qui les influencent dans leurs attitudes et comportements (comme les épouses ou partenaires, les parents, les leaders communautaires, etc). Il s'agirait alors de créer des groupes de réflexion et de travail définissant un problème qui nécessite une intervention de santé publique, les racines de ce problème et les façons de s'y adresser, en collaboration avec les acteurs aux prises avec ce problème et/ou qui peuvent influencer une issue positive.

LA PLANIFICATION

Successivement à l'analyse des besoins, la planification vise à développer des objectifs et des stratégies d'interventions, la définition de la durée de celle-ci, les individus qui seront engagés, la conception du plan d'évaluation, etc.

La planification devrait répondre à un ensemble de questions recensées dans le rapport de l'UNFPA (2010, p.102)

- quels sont les objectifs de l'intervention ?
- quelle sera la population ciblée ? Et comment sera-t-elle impliquée ?
- quelles sont les principales parties prenantes ?
- comment la communauté et les leaders s'engageront-ils dans le développement et la mise en œuvre du projet ?
- quelles stratégies seront utilisées pour atteindre ces objectifs ?
- que sera-t-il nécessaire pour assurer la réussite de l'intervention ?
- quelles sont les barrières potentielles à la réussite ?

- quels indicateurs pour mesurer le succès ?
- quels problèmes peuvent se produire pendant la mise en œuvre ? Comment seront-ils traités ?

LE SUIVI

Le suivi augmente la possibilité que les activités seront mises en œuvre tel que prévu et détecte les ajustements à apporter dans la réalisation du programme. « Le plan de suivi doit être conçu avant de commencer les activités. Il doit comprendre les indicateurs de processus comme les ressources financières et le temps consacré (quantitatif) et les réactions et les observation du personnel et des participants (qualitatif) » (UNFPA 2010, p. 103).

L'ÉVALUATION

Tout comme le suivi, le plan d'évaluation doit être défini dans la planification, au moment où les indicateurs sont en cours de sélection (UNFPA 2010). Elle est d'autant plus essentielle que la littérature fait part d'un manque conséquent de données au sujet de l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle en lien avec l'égalité femmes-hommes. Aussi, le défaut des interventions auprès des hommes étant qu'elles sont opérationnalisées à une échelle réduite et de courte durée (Barker et al. 2007, p. 33), l'évaluation est alors essentielle pour documenter les opportunités de transposabilité ou d'étendre le champ du projet (mise à l'échelle ou *scaling-up*) et de pérennisation. Elle est aussi très importante, comme mentionné précédemment, pour documenter les bénéfices « subjectifs » perçus par les hommes qui se sont engagés vers le changement afin de rallier d'autres hommes et de pérenniser les efforts déployés pour transformer les rapports sociaux de sexe en lien avec la santé (Comrie-Thomson et al. 2015).

LES LIMITES

QUELS SONT LES RISQUES INHÉRENTS À L'INTERVENTION ?

Malgré les retombées extrêmement positives que peut générer l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle, la démarche comporte un certain nombre de risques qu'il importe de prendre en considération.

Les hommes étant impliqués auprès de leur épouse ou partenaire en tant que soutien, partageant certaines tâches traditionnellement réservées aux femmes, ou adoptant des comportements ne répondant pas aux normes sexospécifiques inégalitaires pourraient encourir le risque d'être discriminés par d'autres hommes. Certains hommes, se positionnant consciemment ou inconsciemment en faveur du statut quo des inégalités de genre, pourraient craindre, d'autre part, qu'en s'impliquant dans la réduction de la mortalité maternelle, ils perdent un certain pouvoir ou pourraient être « accusés » d'être « dominés » par leur épouse ou partenaire. Les normes sexospécifiques sont cristallisées dans les interactions sociales et sont perçues comme « allant de soi ». Etant profondément ancrées dans l'espace social, ces normes doivent alors faire l'objet de discussions et réflexions explicites en collaboration avec les leaders communautaires, les maris ou partenaires, ainsi que les autres parents masculins. En effet, la démarche pourrait rencontrer certaines résistances avec lesquelles il va falloir composer. En ce sens, l'implication des parties prenantes, des leaders communautaires et des maris ou partenaires permet de réduire ces risques en créant un environnement social favorable à l'autonomisation des femmes et à la mobilisation des hommes pour la réduction des inégalités de genre.

L'adoption de nouveaux comportements ou rôles par les hommes ou leur modification pourrait également donner lieu à des conflits intergénérationnels. Les aîné-e-s pourraient craindre de voir leur environnement changer. Il est alors extrêmement important de les impliquer également dans les discussions et activités. Les aîné-e-s ont aussi un pouvoir très positif à jouer en encourageant les générations qui les succèdent, à contribuer au bien-être de leur communauté.

De surcroît, la littérature rend compte de certaines situations où les femmes refuseraient que les hommes participent à certaines tâches (par exemple, certaines tâches domestiques ou l'accompagnement au centre de santé). Il est alors impératif de consulter les femmes sur leurs besoins et attentes. Par exemple, pour certaines femmes, il serait moins important que leur mari ou partenaire les accompagnent au centre de santé, que la garantie de trouver un financement de

soins en cas d'urgence (Comrie-Thomson et al. 2015). La consultation des femmes et des leurs besoins permettra de prioriser les comportements à cibler.

L'accompagnement des femmes, par les hommes, aux Consultations prénatales s'avère extrêmement positif et constitue une véritable opportunité de parler avec le mari ou partenaire du rôle qu'il peut jouer pour que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans de bonnes conditions. Cependant, leur venue dans les établissements de santé nécessite que les prestataires de soins leur réservent un accueil chaleureux, valorisent leur présence et les encouragent dans leur implication. A cet effet, la section *Comment ?* pourrait fournir certaines informations en ce qui concernent le travail avec les prestataires de soins, tout comme l'adaptation des infrastructures de santé pour qu'elles puissent recevoir les hommes en leur sein. En effet, il importe de tenir compte des risques de discrimination possible des femmes non-accompagnées qui se rendraient dans les établissements de santé. Certaines femmes pourraient être dissuadées d'utiliser les services de santé si elles ne sont pas habituées à y voir des hommes. Aussi, certains prestataires de soins pourraient les faire attendre plus longtemps que les femmes accompagnées ou alors leur donner des soins de moins bonne qualité. En ce sens, il est extrêmement important que les prestataires de soins reçoivent des formations et informations claires et précises sur l'encouragement des hommes à venir aux consultations mais également à la valorisation des femmes qui s'y rendent seules ou sans leur mari ou partenaire. Les femmes qui sont accompagnées et celles qui ne le sont pas doivent toutes recevoir une même qualité optimale de soins, une prise en charge respectueuse de leurs droits, de l'intimité et la confidentialité de la consultation. L'utilisation des services de santé par les femmes enceintes est reconnue comme étant la mesure la plus efficace pour réduire la mortalité maternelle. Le travail avec les hommes ne devrait alors en aucun cas entraver l'utilisation des services de santé par les femmes. Il importe alors de faire preuve de prudence, surtout dans la formation distribuée aux prestataires de soins pour limiter ce risque-ci.

Il importe également de faire preuve de prudence – notamment dans la formation avec les animateurs et animatrices des activités ou les personnes amenées à travailler sur les campagnes médiatiques ou communautaires – lorsqu'est abordée la répartition inégalitaire des tâches domestiques et des soins aux enfants. Il faudrait éviter qu'en abordant le besoin de repos de la femme enceinte – particulièrement en fin de grossesse et durant la période post-partum – et la répartition des tâches domestiques, les acteurs sociaux proposent de retirer les filles de l'école pour qu'elles aident leur mère. La scolarisation des filles constitue un déterminant majeur de la santé des femmes et des enfants. Il ne faudrait alors pas, en s'adressant aux déterminants proximaux (la nutrition, la répartition des tâches, la création d'un cadre sécuritaire pour l'accouchement, etc.) que les déterminants distaux soient affectés (il est ici question de la scolarisation des filles). D'autres part, déscolariser les filles – même si, dans l'immédiat, ça répondrait à un besoin réel – reviendrait à constater un échec dans la remise en question des normes sexospécifiques. En effet, il s'agirait à nouveau d'un partage inégalitaire des tâches en défaveur des filles et des femmes. A cet effet, l'invitation des acteurs sociaux à réfléchir à la construction sociale - par opposition à quelque chose qui serait naturel - de la distribution sexuée des rôles et responsabilités, est essentielle.

Enfin, l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle ne doit en aucun cas constituer une augmentation du contrôle ou du pouvoir des hommes sur les femmes. Tel que mentionné préalablement, il s'agit de transformer un pouvoir qui s'exerce pour l'instant et dans certaines configurations sociales, « sur » les femmes, en un pouvoir « pour » les femmes. En attendant que les femmes elles-mêmes puissent développer certaines compétences et habiletés, qu'elles en soient reconnues légitimes et que les acteurs et actrices sociaux puissent exercer un pouvoir « ensemble » pour protéger leur santé et celle de leur famille. Par exemple, si un homme décide, conjointement avec son épouse ou partenaire, de l'accompagner au centre de santé pour une consultation prénatale, l'homme ne le fait pas pour contrôler la mobilité de sa femme ou ses dépenses, mais bien pour lui offrir un soutien, du réconfort en étant conscient des contraintes auxquelles elle fait face (ex. long temps de marche pour se rendre au centre de santé, attente longue et pénible avant d'être prise en charge, etc.). Il importe alors de s'assurer de la compréhension de ces enjeux par les animateurs et animatrices et que les messages diffusés soient clairs et explicites sur le rôle positif que les hommes peuvent jouer, en les encourageant à le faire. A cet égard et plus précisément, il est important que les hommes mettent au service des femmes les compétences et habiletés qu'ils ont pu développer ou qu'ils se sont vus attribuer en raison de leur « appartenance » au genre masculin. Cependant, le but n'est pas que les hommes prennent, seuls, des décisions plus éclairées en matière de réduction de la mortalité maternelle mais bien qu'ils soient conscients des risques que les femmes peuvent encourir en raison de l'état physiologique de la grossesse, l'accouchement et le post-partum et qu'ils engagent des discussions ouvertes et égalitaire quand vient le temps de prendre des décisions.

QUELLES SONT LES LIMITES DE CE RECUEIL?

Conceptuellement il était prioritaire, pour le projet MEDIK, de documenter les opportunités, approches et pratiques pour travailler avec les hommes qui sont relativement nouvelles dans la pratique de la santé mondiale. Ceci dit, opérationnellement et éthiquement, le travail avec les hommes doit impérativement être articulé avec celui qui doit et va être fait avec les femmes enceintes ou en âge de procréer, ainsi qu'avec les autres groupes-cibles (les belles-mères, les tradipraticiens, les accoucheuses traditionnelles, etc.). En effet, il s'agit d'impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle *pour* les femmes. L'implication des hommes ne doit évidemment pas constituer une fin en soi mais doit servir à l'amélioration du bien-être des femmes et ainsi, à la réduction de la mortalité maternelle. Les hommes aussi sont les co-bénéficiaires de l'autonomisation des femmes qu'ils peuvent soutenir, encourager et valoriser. Une des grandes limites du présent recueil réside dans le fait qu'il n'a pas été mis en perspective avec le travail à faire avec les autres groupes-cibles. Ceci impliquera d'y réfléchir et d'intégrer les approches, pratiques et résultats attendus de l'intervention avec les femmes, avant de planifier toute intervention ciblant les hommes, afin de s'assurer de leur compatibilité et mise en perspective.

L'instabilité sociopolitique actuelle n'aura pas permis de déplacement sur le terrain d'implantation. Le présent travail n'a alors pas été élaboré – ou de façon extrêmement restreinte – en

collaboration avec des parties prenantes et acteurs et actrices concerné-e-s. Malgré un effort de recension d'informations pertinentes pour le thème ciblé - l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle -, ces informations doivent être vérifiées localement. Ceci constitue un limite importante du travail qui devra être complété par des recherches vérifiant la faisabilité, l'acceptabilité, la transposabilité et l'adaptabilité de certaines informations recensées dans ce recueil afin qu'elles soient adaptées au contexte local, en tenant compte de ses particularités. A titre d'exemple et compte tenu du fait que les normes sexospécifiques évoluent dans l'espace et dans le temps, il est important de documenter ce que signifie être un homme au Mali. Les résultats de cette documentation permettront alors d'adapter les interventions aux particularités locales. De plus, il s'agit également d'une mesure importante pour l'efficacité de l'intervention. De surcroît, l'implication des parties prenantes et la consultation des acteurs et actrices concerné-e-s est essentielle pour qu'ils et elles puissent s'exprimer sur leurs besoins et points de vue et qu'ils puissent participer à l'élaboration de l'intervention. Cette démarche devra alors se faire localement, sur le terrain d'implantation et dans les communautés ciblées. Il sera également extrêmement important d'obtenir une vision holistique de la situation. En ce sens, devront être représentés des femmes, des hommes, des aîné-e-s, pour respecter les points de vue de chacun et les inclure dans l'élaborer une intervention.

Enfin, le projet MEDIK n'a pas pour mandat d'intervenir sur les barrières économiques auxquelles font face les communautés dans l'accès aux soins via des activités génératrices de revenu ou des politiques économique. Ceci dit le projet vie un appui aux caisses villageoises de solidarité et santé et une sensibilisation à l'importance des mutuelles de santé. Cependant, l'autonomie financière a un impact considérable sur les inégalités de genre. En effet, dans un contexte de pénurie des ressources, les acteurs et actrices sociaux doivent prioriser les dépenses. Les normes sexospécifiques étant, dans la plupart des contextes, davantage favorables aux hommes qu'aux femmes, les besoins de ces dernières n'apparaissent, malheureusement, pas toujours comme des priorités. Les femmes rencontrent alors des barrières financières dans l'accès aux services de santé qui se présentent. Si une intervention ciblant les masculinités entend lever les barrières d'accès liées aux enjeux de genre, la responsabilité financière de l'accès aux services de santé maternelle pèse encore de tout son poids sur les épaules des utilisatrices et celles de leur famille. Ceci dit, une focale centrée sur l'accès financier aux services de santé et ainsi sur une dimension curative de la santé maternelle ne pourrait offrir à elle seule une réponse suffisante au problème de mortalité maternelle. Constituant un problème complexe et multifactoriel, la mortalité maternelle pourra être réduite par l'articulation d'interventions complémentaires. Les inégalités financières apparaissent aussi comme étant issues des inégalités de genre. En agissant sur l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle, la stratégie attend également un effet potentiel notamment sur l'amélioration de l'accès pour les femmes à des aliments nutritifs, une diminution de la violence basée sur le genre, une plus grande autonomie des femmes dans la prise de décision d'avoir recours à des service de santé de qualité, l'accès aux services de planification familiale et à la contraception, la diminution du fardeau de tâches, l'accès à des activités génératrices de revenu, etc. En d'autres termes, la stratégie centrée sur les masculinités peut ne pas cibler uniquement l'accès et l'utilisation des services de santé en cas d'urgence (ce qui constitue toutefois une priorité) mais également d'autres déterminants de la santé maternelle. Stratégie relativement récente dans la pratique de la santé mondiale, elle devra faire l'objet d'une

évaluation afin de cerner les pourtours de ses succès et/ou échecs à la fois dans son implantation et son efficacité.

CONCLUSION

Si dans ce monde, prévalent encore et toujours des normes et rôles inéquitables entre les femmes et les hommes, la mobilisation des hommes, en tant qu'alliés et co-bénéficiaires d'un changement, s'avère être une voie efficace pour bâtir des relations plus équitables, bénéficiant notamment à la santé des femmes, des nouveau-nés, des enfants et des hommes eux-mêmes, ainsi qu'à chaque société dans son ensemble. Outre l'importance de tenir compte des enjeux de souveraineté économique des individus et collectivités – pesant de tout leur poids sur l'accès et l'utilisation des services de santé - et des réalités locales propres à chaque contexte, le travail entrepris avec et par les hommes doit impérativement faire écho au travail entrepris avec et par les femmes, au rendez-vous de la construction de rapports sociaux de genre équitables et de l'amélioration du bien-être des individus, et, in fine, des sociétés. Les femmes étant les premières affectées par certaines normes sexospécifiques inégalitaires en vigueur - conférant aux hommes notamment un monopole décisionnel relatif à la santé et à l'accès aux soins plus particulièrement – leurs voix doivent être consultées, écoutées, entendues et intégrées à chaque activité ou programme les concernant directement ou indirectement.

Ce présent recueil a tenté de rapporter quelques approches ou pratiques orientant un travail visant l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle et a mis en exergue quelques principes facilitateurs pour la poursuite de cet objectif. Rappelons à cet égard que si l'implication des hommes constitue un objectif important, il ne doit pas constituer une fin en soi mais plutôt un objectif intermédiaire contribuant à atteindre un objectif plus large qui réside dans la réduction de la mortalité maternelle via l'amélioration de l'accès et de l'utilisation des services de santé par les femmes et l'amélioration du bien-être des populations plus globalement.

Parmi les approches, pratiques ou principes rapportés dans ce recueil – via notamment la consultation de la littérature et des échanges avec des informatrices et informateurs clé – il y a consensus sur l'implication des actrices et acteurs concerné-e-s par des normes sexospécifiques inégalitaires, dans la démarche d'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle et dans la définition de ses modalités. L'implication de ce que nous appelons rapidement « les parties prenantes », ne devrait pas, ou pas seulement, s'inscrire dans une perspective « utilitariste ». Si l'implication des parties prenantes favorise la faisabilité et l'acceptabilité d'une intervention, elle s'inscrit aussi dans le respect de principes éthiques liés notamment à l'autodétermination rompant ainsi avec un paradigme de verticalité. Autrement dit, le parti pris est celui d'accompagner les actrices et acteurs sociaux dans la remise en question de certaines normes sexospécifiques inégalitaires et défavorables à la santé des femmes, dans la

définition du changement et des façons d'y parvenir. Il s'agira alors non seulement d'adopter une perspective émiqne des situations et de leurs particularismes mais également de collaborer avec les parties prenantes et de co-construire les activités et outils permettant d'atteindre des résultats qu'elles et ils auront participé à définir. Si l'objectif d'impliquer les hommes dans la réduction de la mortalité maternelle, dans la région de Kayes au Mali, fait l'objet d'un mandat, les composantes et façons de faire pour atteindre cet objectif se feront alors de façon participative. A cet égard, rappelons aussi que le simple fait de demander aux participant-e-s d'aborder certains problèmes ou certaines situation est déjà fondamentalement transformateur. Cet exercice permettra d'entrer dans une remise en question de ce qui, parfois, semble aller de soi et de réfléchir aux changements possibles pour améliorer les issues de santé maternelle notamment.

De surcroît, l'implication des parties prenantes permettra d'identifier ce qui fonctionne déjà et qui pourra constituer un levier d'action important. En effet, les informatrices et informateurs clé consulté-e-s ont souligné les dispositions préexistantes et mises en place par les actrices et acteurs sociaux pour réduire la mortalité maternelle en améliorant l'accès et l'utilisation des services de santé par les femmes, via notamment la réduction des inégalités de genre. Il s'agira alors d'identifier ce qui fonctionne déjà, d'encourager et d'accompagner les acteurs qui sont mobilisés dans ce type de démarches et consolider les structures qui les favorisent. Parmi d'autres idées présentées dans ce recueil, la mobilisation des leaders traditionnels, religieux, politiques, des aînés ou toute personne ayant une influence positive au sein de sa communauté semble également soutenir et appuyer un changement et permet un travail sur l'environnement social dans son ensemble.

Somme toute, il importe également de souligner que, malgré les retombées prometteuses et bénéfiques que présente la mobilisation des hommes pour réduire la mortalité maternelle, la démarche comporte certains risques dont il importe de tenir compte et de prévenir autant que possible. S'ajoute à cela la fragilité des données probantes. Si elles mettent en exergue des résultats réjouissants, l'évaluation de ce type de programmes ou intervention n'est pas systématique. En ce sens, les recherches sur les masculinités, qui sont, à ce jour, principalement menées en Occident, mériteraient d'être étendues plus largement et intensément aux pays à revenus faibles ou intermédiaires. A titre d'exemple, les retombées de la transformation de rapports sociaux de genre inéquitables en rapports plus équitables pour les hommes, tout comme les processus de remise en question de normes sexospécifiques néfastes du point de vue de la santé, nécessitent d'être documentés plus systématiquement. Les retombées et expériences subjectives constituent un élément essentiel pour encourager l'implication des hommes dans la réduction de la mortalité maternelle. Ceci permettra une pérennisation de l'implication des hommes dans la participation à la construction de rapports sociaux de genre égalitaires en vue d'améliorer le bien-être des populations.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Barker G. & Ricardo C., (2005) « Young Men and the Construction of Masculinity in Sub-Saharan Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence », *World Bank*

Barker G., Ricardo C., Nascimento M., (2007) « Inclure les hommes et les garçons dans la lutte contre les inégalités de genre en matière de santé : enseignements tirés de programmes d'intervention », *OMS, Promundo et FNUAP*

Barker G., Ricardo C., Nascimento M., Olukoya A. & Santos C., (2010) « Questioning gender norms with men to improve health incomes : evidence of impact », *Global Public Health Vol. 5 (5)*, p. 539-553

Barker G., (2014) « A radical agenda for men's careiving », *IDS Vol. 45 (1)*, p. 85-90

Carter S.M., Ritchie J.F., Sainsbury P., (2009) « Doing good qualitative research in public health, not as easy as it look », *NSW Public Health Bulletin, Vol.20 (7-8)*, p. 105-111

Comrie-Thomson L., Davis J., Luchter S., Mahvu W., Makungu C., Khan R., et al., (2015) « Men Matter – Engaging men for better MNCH Outcomes », *Plan Canada*

Coulibaly A (2008), « Analyse de l'importance des trois retards chez les femmes décédées suite aux complications obstétricales dans le district sanitaire de Diéma (Mali) », *Mémoire de fin d'étude, Université de Ouagadougou.*

CQFD, « Fiche technique CdP – La masculinité », <http://www.aqoci.qc.ca/?Bulletin-special-du-CQFD-Les>

W.H. Courenay, *Constructions of masculinity and their influence on men's well-being : a theory of gender and health*, *Social Science & Medicine* 50, 2000, pp. 1385 à 1401.

Diallo B.A., (2013), « Déterminants socio-culturels de l'accès et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale au Mali : Cas de la Commune I du district de Bamako », *AfrikConsulting*, http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/PORTAILS/SECTEURS/SANTE/pdf/Rapport%20pays_%20Mali_AFD-Sahel.pdf

Fédération Internationale des ligues de Droits de l'Homme (FIDH), (2006), « Note sur la situation des femmes au Mali – Mission internationale d'enquête », *FIDH*, https://www.fidh.org/IMG/pdf/Mali_Situation_femmes_34eCEDEF_438fr.pdf

Gabrysch S. et Campbell O. MR, (2009), « Still too far to walk : literature review of the determinants of delivery service use », *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 9 (34).

Hogan M. C., Foreman K. J., Naghavi M., Ahn S. Y., Wand M., Makela S. M., Lopez A.D., Lozano R., Murray Ch. J. L. (2010), « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008 : a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », *The Lancet*, Vol. 375, p. 1609 à 1623

Holter O. G., (2014) « What's in it for Men? Old Question, New Data », *Men and Masculinities*, Vol. 17 (5), p. 515-548

Kaufman M., (2003) « Cadre d'action pour faire participer les hommes et les garçons à l'avancement de l'égalité entre les sexes et à l'élimination de la discrimination et de la violence à l'endroit des femmes et des filles », <http://www.michaelkaufman.com/articles/>

Kimmel M. S., (2000), « The Gendered Society », *Oxford University Press*

Kimmel M. S., (2011), « Manhood in America », *Oxford University Press*

Mahler H. (1987), « The Safe Motherhood Initiative », *The Lancet*, Vol. 365, pp. 668-670

Maguiraga F., Kampo K., Touré K. D., (2013), « Analyse qualitative du changement social autour de la grossesse à Bankass, Mopti, *Care International Mali*,
http://familyplanning.care2share.wikispaces.net/file/view/PEMN_Triad_French.pdf

McCarthy J. & Maine D. (1992), « A Framework for Analyzing the Determinants of Maternal Mortality », *Studies in Family Planning*, Vol 23 (1), p. 23-33

MenEngage (2015), « Men, Masculinities and Changing Power », *MenEngage, UNWOMEN, UNFPA*
<http://www2.unwomen.org/~media/headquarters/attachments/sections/news/in%20focus/engaging%20men/beijing-20-men-masculinities-and-changing-power-menengage-2014.pdf?v=1&d=20141112T160147>

Minerson T., Carolo H., Dinner T. & Jones C., (2011), « Mobiliser les hommes et les garçons pour réduire et prévenir la violence sexiste », *Condition féminine Canada*
http://whiteribbon.ca/wp-content/uploads/2012/12/crb_cfc_dossier.pdf

Mullick S., Kunene B., & Wanjiru M., (2005), « Involving men in maternity care : Health service delivery issues. Agenda Special Focus »,
https://www.k4health.org/sites/default/files/Involving%20men%20in%20maternity%20care_0.pdf

Olivier de Sardan J.-P., Moumouni A. & Souley A., (1999) « L'accouchement c'est la guerre – de quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien », *Bulletin de l'APAD*,
<https://apad.revues.org/483#quotation>

Olugbenga-Bello Adenike I., Asekun-Olarinmoye Esther O., Adewole Adefisoye O., Adeomi Adaleye A. & Olarewaju Sunday O., (2013), « Perception, attitude and involvement of men in maternal health care in a Nigerian community », *Journal of Public Health and Epidemiology*, Vol. 5 (6), p. 262-270

Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (1999) « Réduire la mortalité maternelle. Déclaration commune OMS/FNUAP/UNICEF/Banque mondiale »
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42212/1/9242561959_fre.pdf

Permanyer I. & Beneria L., (2010) « The measurement of Socio-economics Inequality Revisited », *Development and Change*, Vol. 41 (3), p. 375-399

Ritchie J. & Lewis J., « Qualitative Research Practice – A guide for Social Science Students and Researchers », *SAGE Publications*

Rocheleau L., (2015), « Manuel d'élaboration d'un guide de bonnes pratiques », *Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie*,
http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3760/Guide_pratiques_VF.pdf

Slegh H., Barker G., Toliver M., Bah A., Keita M., (2013), « Men, Gender Equality and Gender Relations in Mali – Findings from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) », *Care International*,
<http://www.care.org/sites/default/files/documents/CARE-IMAGES-Mali-Summary-Report-FINAL.pdf>

Taiwo O.L., Olusheyi O.C.L., David A.A., (2007), « Men's Perception of Maternal Mortality in Nigeria », *Journal of Public Health Policy*, Vol. 28, p. 299-318

Thaddeus S. & Maine D. (1994), « Too far to walk : maternal mortality in context » , *Société, Sciences, Médecine*, Vol 38 (9), p. 1091-1110

Toukara A. (2015), « Femmes et Discriminations au Mali », *L'Harmattan*

UNFPA (2007), « Men at Work Campaign », *UNFPA*, <http://www.unfpa.org/resources/men-work>

UNFPA, (2010), « Engaging Men and Boys in Gender Equality and Health », *Promundo, UNFPA, MenEngage*,
<http://www.unfpa.org/publications/engaging-men-and-boys-gender-equality-and-health>

Vonarx N., (2008) « Masculinité et lutte contre le sida en Afrique de l'Ouest : un modèle de formation », *IUHPE – Promotion & Education*, Vol. 15 (2), p. 50-55

Vonarx N., (2010) « Une formation d'animateurs et de pair-éducateurs sur la masculinité et le VIH/SIDA en Haïti », *CCISD*

Welzer-Lang D. (2009), « Nous les mecs », *Payot*

ANNEXES ET OUTILS

Résumé administratif du Projet MEDIK

Titre du Projet	MEDIK, Évacuation des mères dans cinq districts de Kayes au Mali
Zones d'intervention	Mali, région de Kayes, plus spécifiquement les districts sanitaires de Bafoulabé, Oussibidiagna, Nioro, Yélimané et Diéma
Échéancier	2015-2019
ACA	<p>Agence canadienne d'accompagnement constituée des deux organisations suivantes :</p> <p>Centre hospitalier de l'Université de Montréal /Unité de santé internationale (CHUM-USI) Tour St-Antoine, 850 rue Saint-Denis, suite S03. 320 Montréal (Québec) H2X 0A9 Tél. : (514) 890-8156</p> <p>Centre d'Études et de Coopération Internationale (CECI) 3000, rue Omer-Lavallée Montréal, (Québec) H1Y 3R8 Tél. : (514) 875-9911</p>
Partenaires du Projet	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique du Mali (MSHP), Direction régionale de la Santé de Kayes, Direction régionale du Développement social et de l'Économie solidaire, Direction régionale de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille
Résultat ultime	Contribution à la réduction de la mortalité maternelle (ODM 5) et néonatale (ODM 4) dans les cercles de Nioro, Bafoulabé, Yélimané et Diéma (région de Kayes)

<p>Résultats intermédiaires par composante</p>	<p>Composante 1 : Résultat intermédiaire 10 : Réduction du premier et du deuxième retards dans la référence/évacuation des femmes enceintes des cercles d'intervention, grâce notamment à la mitigation des déterminants socioéconomiques et socioculturels qui réduisent le pouvoir décisionnel des femmes</p> <p>L'objectif de cette composante est d'induire une dynamique communautaire en faveur de la lutte contre la mortalité maternelle et néo-natale et du renforcement du pouvoir d'agir des femmes. Il s'agit non seulement de sensibiliser les acteurs (familles, accoucheuses traditionnelles, relais communautaires, agents de santé communautaire) aux facteurs à l'origine des décès maternels et néo-natals, mais également de renforcer la concertation entre tous les intervenants-es. Les communautés seront aussi appuyées dans les stratégies de transport entre le village et le CSCom. Les différentes personnes impliquées développeront ainsi la capacité nécessaire à l'action rapide face aux femmes présentant des risques ou des complications en cours de grossesse ou d'accouchement et l'ouverture à donner aux femmes un pouvoir décisionnel accru pour l'accès à des soins adaptés et rapides. Par ailleurs, ces groupes d'acteurs et actrices travailleront en étroite collaboration avec des organisations de la société civile (OSC) qui seront appuyées pour sensibiliser les communautés sur les déterminants culturels limitant l'égalité entre les femmes et les hommes (EFH), le pouvoir d'agir des femmes, et leur accès aux postes de responsabilité dans les structures de santé, etc.</p>
	<p>Composante 2 : Résultat intermédiaire 20 : Accès, utilisation et qualité améliorés des services de santé maternelle et néonatale, dans les cercles d'intervention, en utilisant notamment une approche sensible au genre</p> <p>Cette composante vise à renforcer financièrement et techniquement les structures de soins- CSCom et CSRéf des cercles d'intervention par des appuis pour la construction, la réhabilitation et l'équipement de SONUB, et le renforcement/accompagnement des compétences des prestataires. Ces activités viseront l'ensemble des normes et procédures en santé de la mère et du nouveau-né (SMNE). Ce renforcement favorisera chez les prestataires une meilleure compréhension des enjeux d'EFH et des droits des femmes. Différentes méthodes seront mises à profit: formations «formelles», redynamisation des supervisions, partage d'expériences afin de renforcer les compétences susceptibles de permettre d'agir rapidement sur les facteurs liés au décès maternel et/ou sur leurs interactions. Les prestataires seront formés et appuyés à la réalisation d'audits de décès maternels et néo-natals. De plus, un accent sera mis sur le professionnalisme et la rigueur dans les structures de soins et la valorisation de toutes actions contribuant à rompre le continuum d'événements menant à un décès. Enfin, des incitatifs pour le maintien du personnel qualifié, cohérents avec les politiques maliennes en la matière, seront expérimentés.</p>

	<p>Composante 3 : Résultat intermédiaire 30 : Capacités améliorées des équipes socio-sanitaires des cercles d'intervention en planification, gestion et suivi de l'ensemble des activités en santé maternelle et néonatale, incluant la capacité en collecte, analyse et utilisation de données désagrégées par sexe, et ce, de façon à obtenir toutes les données nécessaires pour élaborer un modèle d'intervention susceptible d'être généralisé à travers le Mali</p> <p>Cette composante vise le renforcement et l'accompagnement des capacités de gestion et de coordination des équipes socio-sanitaires des cercles d'intervention. Des formations (collecte et analyse des données, gestion administrative et financière, EFH et gestion environnementale) seront complétées par un appui au suivi des activités en SMNE, y compris les supervisions. Ces supervisions permettront de constater la mise en application des compétences développées dans l'ensemble du projet. De plus, les équipes socio-sanitaires des districts seront appuyées dans la coordination des activités (appui aux mécanismes de coordination au niveau du district sanitaire), afin de maximiser les retombées des activités des services déconcentrés, des Partenaires techniques et financiers (PTF) et des organisations de la société civile (OSC). Un système de collecte et d'analyse des données du projet (complémentaire et cohérent avec les systèmes d'information sanitaire en place) sera développé pour documenter les résultats et tirer les leçons du projet pouvant bénéficier à Kayes et à l'ensemble du Mali. Le niveau national et régional des départements responsables du PRODESS III (Santé, Développement social et Promotion de la femme) feront partie intégrante des missions trimestrielles de suivi des résultats du projet.</p>
Bénéficiaires du projet	<p>Les bénéficiaires du milieu professionnel et de la société civile du projet sont : une partie de l'équipe de la Direction régionale de la Santé, de la Direction régionale du Développement social et de l'Économie solidaire, de la Direction de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, des représentants de la FERASCOM et du conseil régional, et plus spécifiquement les équipes socio-sanitaires des cinq (5) districts appuyés par le projet MEDIK; des organisations de la société civile seront également renforcées pour travailler auprès des communautés.</p> <p>Les bénéficiaires des communautés sont les femmes en âge de procréer, les nouveaux nés et les enfants de moins de cinq ans. Plusieurs activités concernant les premier et second délais intègrent également les hommes. La population totale des cinq districts sanitaires est estimée en 2015 à 1 046 866 habitants (source : Direction régionale de la Santé de Kayes), dont 230 297 femmes en âge de procréer.</p>

Les Outils présentés dans
les pages suivantes constituent
des extraits du document
« Engaging Men and Boys in Gender equality and Health »,
Promundo, UNFPA, MenEngage
(2010)

OUTILS

Implication des hommes et des garçons dans l'égalité de genre et de santé: une boîte à outils pour l'action

Education:

Comprendre le continuum du genre¹

OBJECTIF

Comprendre le continuum du genre en ce qui concerne les campagnes et les programmes des médias

DUREE

60 minutes

MATERIEL

Copies du matériel d'études 1 – Étude de cas de projets

PROCEDURE

1. Expliquer que nous avons exploré l'importance de comprendre comment le genre peut affecter les résultats de nos projets et comment l'implication des hommes est cruciale pour obtenir de bons résultats. Beaucoup de personnes qui travaillent sur ce domaine font appel à un "continuum" pour évaluer la façon dont le genre est abordé: l'un des côtés de ce continuum est pernicieux et propage l'inégalité de genre, mais il se déplace graduellement en direction de la promotion active de l'égalité entre les deux genres. Ce continuum regroupe quatre catégories. Présenter un tableau à feuilles affichant le continuum et ses catégories:

Catégorie exploitative: Ce sont des projets qui exploitent les inégalités et les stéréotypes de genre en vue d'obtenir des résultats en matière de santé et en matière démographique.

Catégorie neutre (aveugle): Ces projets ne tentent pas d'aborder le genre.

Catégorie sensitive (adaptative): Ce sont des projets qui s'adaptent aux différences de genre pour obtenir des résultats en matière de santé et en matière démographique.

Catégorie transformative: Ce sont des projets qui s'efforcent de transformer les relations de genre et d'encourager l'équité comme moyen d'obtenir des résultats en matière de santé.

2. Analyser brièvement les exemples suivants pour illustrer ces catégories.

- Le but d'une campagne de marketing lancée en Amérique Latine et aux Caraïbes était de développer les ventes de préservatifs. La campagne se fondait sur des valeurs sociales et culturelles centrées sur la virilité des hommes, sur la conquête sexuelle et le contrôle. Elle décrivait l'homme macho comme un individu à multiples partenaires féminines, ce qui renforçait, en fait, les inégalités de genre – cette campagne peut donc être insérée dans la catégorie "exploitation du genre".

- Une campagne de marketing social au Brésil a présenté des images d'hommes dans des rôles attentionnés et équitables accompagnées d'une phrase-slogan qui pourrait être traduite approximativement par: "Un homme véritable... se préoccupe de ses responsabilités, respecte et prend en charge." Quoique le but de la campagne était le marketing de préservatifs, elle faisait également la promotion d'un style de vie pour les jeunes hommes, équitable du point de vue du genre, mais qui pourrait également être considéré comme "cool" – c'est à dire une intervention "transformatrice du point de vue du genre".

Expliquez aux participants qu'ils auront ensuite l'occasion d'examiner une description de projet et de juger dans quelle partie du continuum ce projet s'insère.

3. Faites ce qui suit:

- Partagez le groupe en un nombre pair de sous-groupes de deux ou trois personnes.
- Expliquez que vous disposez de quatre à six exemples de projets (cela dépend, encore une fois, de la taille du groupe), chacun de ces projets en deux exemplaires.
- Distribuez à chaque sous-groupe de deux ou trois participants une description de projet.
- Invitez les sous-groupes de deux ou trois participants à lire leurs descriptions de projets et à définir, en groupe, où le projet s'insère dans le continuum de genre. Une fois qu'ils auront pris leur décision, ils devront coller leur description à l'endroit qu'ils considèrent approprié dans le continuum: exploiteur, neutre, adaptatif ou visant à transformer les rapports de genre.
- Dites aux participants du groupe qu'ils disposeront de 15 minutes pour cette activité.

* Note pour l'animateur: Vous devrez disposer au moins d'une description de projet pour chacune des catégories

4. Une fois que les sous-groupes de deux ou trois participants auront – en se déplaçant sur le continuum – situé leur projet à l'endroit où il jugent qu'il s'insère, demandez à un représentant de chaque sous-groupe de trois participants de venir lire leur description de projet et d'expliquer pourquoi ont-ils décidé que ce projet appartenait à ce point du continuum. Demandez aux personnes du groupe si elles approuvent le choix de cet emplacement. Si elles ne l'approuvent pas, discutez avec elles dans quel partie du continuum ce projet devrait être inséré.

¹ Adapted from a training curriculum developed by EngenderHealth

5. Cela fait, expliquez aux sous-groupes que vous allez analyser plusieurs campagnes de médias pour voir où celles-ci s'insèrent dans le continuum. Expliquez que vous allez le faire en groupe. Donnez-leur ou montrez-leur des exemples d'autres programmes en discussion, sur le matériel, ou sur une présentation Power Point, et discutez quelle devrait être la position de ces exemples sur le continuum. Si aucun d'eux est un exemple d'approche visant à transformer les rapports de genre, demandez au groupe comment cet exemple aurait pu être plus transformateur en ce qui concerne le genre.

QUESTIONS POUR LA DISCUSSION

Faites le bilan de l'activité en posant les questions suivantes:

- Est-ce que cet exercice était facile? Difficile? Pourquoi?
- Qu'est-ce qui vous a aidé à déterminer la position de l'exemple dans le continuum?
- Est-ce que les descriptions de projets ou des campagnes pourraient occuper plus d'une position dans le continuum?
- Y a-t'il eu des surprises?
- Quel est le message "à garder" de cet exercice? (Ne pas introduire le genre dans nos projets est une occasion de perdre. Si nous ne le faisons pas, des effets négatifs ou des conséquences involontaires pourront s'ensuivre). not build it in, it can have a negative effect or unintended consequences.)

CLOTURE

Clore la discussion en rappelant aux participants qu'il nous faut toujours chercher à développer des projets visant à transformer les rapports de genre. Si cela n'est pas toujours possible de le faire immédiatement, nous devrions continuer de chercher à atteindre cet but. Il est également important de veiller à que les programmes et les campagnes ne soient jamais "exploitatives" par rapport au genre, même si cela peut vous aider à atteindre les cibles de vos programmes.

Handout 1

PROMOTION DU PRÉSERVATIF FÉMININ DANS LES ÉTUDES DE CAS DE PROJETS

Un programme pilote a été créé en Afrique du Sud pour développer l'acceptation et l'utilisation des préservatifs féminins. Traditionnellement la promotion des préservatifs féminins a été toujours faite auprès des femmes. Mais après avoir reconnu que dans le contexte africain ce sont les hommes qui dictent les termes de la rencontre hétérosexuelle, le programme a décidé d'expérimenter une approche innovante: la promotion

du préservatif féminin auprès des hommes, à l'aide de promoteurs pairs masculins.

Ceci signifiait:

1. Utiliser des promoteurs mâles pour démontrer aux hommes l'usage du préservatif féminin;
2. Expliquer aux hommes que la protection personnelle et le plaisir sexuel sont parfaitement compatibles avec l'usage du préservatif féminin – notamment si on compare celui-ci aux autres barrières alternatives, et
3. Distribuer des préservatifs féminins aux hommes pour qu'ils les utilisent avec leurs partenaires féminines.

CAMPAGNE POUR AUGMENTER L'IMPLICATION MASCULINE AU ZIMBABWE

Dans le but de développer l'usage de contraceptifs et l'implication masculine au Zimbabwe, un projet de planning familial a mis en pratique une campagne de communication pour promouvoir l'importance de la participation masculine dans la prise de décision du planning familial.

Des messages étaient liés à des images de sport et à des métaphores comme "jouez correctement le jeu. Une fois que vous détenez le contrôle, il est facile de vaincre" ou bien, "C'est à vous de choisir". Au cours de la phase d'évaluation des impacts, le projet a interrogé les répondants mâles, sur qui, à leur avis, devrait normalement être responsable des décisions de planning familial: eux mêmes, leurs partenaires ou le couple.

L'évaluation de la campagne a constaté qu'en dépit du fait que celle-ci avait effectivement réussi à augmenter l'usage des contraceptifs, des conséquences inattendues étaient apparues. Nous citons: "quoique que les hommes sont devenus plus susceptibles d'admettre qu'ils devraient effectivement jouer un rôle actif dans les affaires liées au planning familial, ils n'ont pas accepté nécessairement le concept de décision conjointe. Apparemment, les hommes ont mal interprété les messages de la campagne, c'est à dire ils ont compris que ces décisions ne devraient être prises que par les hommes".

TRAVAIL SUR LE TERRAIN AUPRES DE LA JEUNESSE EN REPUBLIQUE DOMINICAINE

Un projet dans le domaine de la santé en République Dominicaine s'inquiétait des indices d'ISTs et de grossesses chez les jeunes. N'étant pas arrivé à convaincre le système d'éducation publique à introduire un programme de santé reproductive dans les établissements secondaires, le programme a décidé de recruter des éducateurs-tuteurs volontaires pour organiser des charlas (groupes informels de discussion). Pour ce faire, ces éducateurs-tuteurs ont tenus des charlas dans le voisinage, après les cours, en groupes mixtes, pour y discuter des questions relatives aux

rencontres, aux relations, à la santé reproductive et à la contraception (y compris les préservatifs). À cette occasion, ils donnaient également des renseignements sur la façon de se procurer des préservatifs.

PROGRAMME AU KENIA SUR LA PREVENTION DU FGM/C

Une intervention sur la question de la mutilation génitale des femmes (FGM/C) au Kenya a cherché à réduire l'incidence de cette excision néfaste. L'équipe du projet est arrivée à la conclusion que l'adoption d'une loi interdisant cette pratique ne changerait rien aux motivations culturelles et sociales de la communauté et ne servirait qu'à rendre cette pratique "clandestine".

Pour pallier à cette question, le projet a engagé un anthropologiste médical pour travailler auprès de cette communauté. Au moyen d'interviews qualitatives avec des femmes, des hommes et les leaders religieux, l'équipe du projet a cherché à comprendre la signification et les fonctions de ce rite dans la communauté. De concert avec des membres de la communauté, l'équipe du projet a adapté le rituel FGM/C en éliminant l'excision mais en maintenant les valeurs positives: danses, narratives d'histoire, échanges de cadeaux, éducation en santé et en hygiène, etc. Le résultat a été la création d'un nouveau rituel de passage pour les filles, appelé "circoncision avec des mots", qui a été acceptée par toute la communauté.

RESSOURCES CULTURELLES ET SANTE MERE/ENFANT AU MALI

A child survival project in Mali, aiming to reduce Un projet de survie pour enfants au Mali, tourné vers la réduction des indices de morbidité et de mortalité des les enfants et des femmes d'âge reproductif, s'est concentré sur les connaissances et ressources culturelles indigènes pour améliorer la communication et le comportement liés à recherche de soins pendant la grossesse. Les recherches ont démontré que l'un des obstacles les plus importants aux comportements de recherche de soins de santé, était l'absence de discussion sur la grossesse entre maris et femmes, et également avec d'autres membres de la famille.

Les femmes locales considéraient qu'il ne leur était pas possible de rechercher des services d'appui aux mères parce qu'elles ne pouvaient ni discuter le sujet avec leurs maris, ni demander leur consentement, ni, moins encore, leur appui financier en tant que chefs de famille. L'équipe du projet a demandé à un griot (conteur d'histoires traditionnel) de composer une chanson pour éduquer les personnes en ce qui concerne les soins à être dispensés aux mères, et promouvoir, en même temps, le port du pendelu, un article vestimentaire féminin traditionnel –symbole de la gestation et de la communication entre couples.

Cette campagne a considérablement intensifié le niveau de communication entre épouses et maris par rapport à la santé maternelle. De plus, elle a également provoqué des attitudes et comportements plus positifs dans le foyer par rapport à la grossesse. Un plus grand nombre de maris ont rapporté qu'ils aidaient leurs femmes à réduire leur charge de travail, qu'ils cherchaient à améliorer leur alimentation et les encourageaient à rechercher des soins médicaux et des services d'aide à la maternité.

L'HYGIENE DES MAINS DANS LA PREVENTION DE LA DIARRHEE EN AMERIQUE CENTRALE

L'Initiative centre-américaine d'hygiène des mains s'était donné pour but la réduction de la morbidité et de la mortalité des enfants au-dessous de 5 ans, en encourageant, à l'aide d'une campagne de communication, le lavage des mains avec du savon pour prévenir la diarrhée. Quatre fabricants de savon ont lancé des campagnes de promotion de l'hygiène des mains : des annonces sur la télé et sur la radio, des affiches, des pamphlets, des programmes municipaux dans les écoles et centres de santé, une distribution d'échantillons de savons, des événements promotionnels et de la publicité écrite. L'approche de base était de présenter les mères comme les responsables des soins à la famille et de décrire ou d'illustrer les trois moments essentiels pour l'hygiène des mains : avant la préparation ou la cuisson des aliments, avant de nourrir un enfant ou avant de manger, et après la défécation, l'hygiène des bébés ou le changement de couches. La campagne mettait également l'accent sur les aspects essentiels de la technique d'hygiène des mains : utiliser de l'eau et du savon, frotter les mains l'une contre l'autre au moins trois fois, et les sécher de façon hygiénique.

LE ROLE DES JEUNES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA (PLWHA)

En Zambie un projet s'employé à impliquer les jeunes dans la prise en charge et l'appui aux personnes vivant avec le VIH/SIDA. Ce projet a entrepris une recherche formatrice pour évaluer l'intérêt des jeunes à ce sujet et pour explorer la dimension genre de la prise en charge. L'évaluation cherchait à déterminer quelles étaient les tâches préférées des garçons et des filles, et quelles étaient les tâches que les personnes vivant avec le VIH et le SIDA préféraient voir réaliser par des garçons ou par des filles. Sur la base de cette recherche, le projet a adopté une approche distinguant les tâches préférées à être réalisées par des jeunes filles et des jeunes garçons en vue de développer les activités de prise en charge et d'aide aux personnes vivant avec le VIH/SIDA par les jeunes.

Education: Apprendre sur le genre²

OBJECTIF

1. Comprendre la différence qui existe entre les termes "sexe" et "genre"
2. Comprendre les termes "équité de genre" et "égalité de genre"

DUREE

45 à 60 minutes

MATERIEL

- Tableau à feuilles
- Marqueur
- Scotch
- Des copies en nombre suffisant de la documentation de support no.2: Le jeu de genre, pour tous les participants

PROCEDURE

1. Expliquez que cette session se destine à clarifier quelques termes de la terminologie qui sera utilisé dans l'atelier. Elle aidera également à comprendre quelle est la signification de ces termes pour nos propres vies.
2. Demandez aux participants d'expliquer la différence entre "sexe" et "genre". Après avoir demandé un feedback, fournissez les définitions suivantes:
 - le terme Sexe se réfère aux attributs physiologiques qui identifient une personne comme mâle ou femelle.
 - le terme Genre se réfère aux idées et attentes largement partagées concernant les femmes et les hommes. Ceci englobe les idées sur les caractéristiques et facultés typiquement féminines/ des femmes et les caractéristiques et facultés typiquement masculines/ des hommes, en plus des attentes communément partagées sur la façon dont les femmes et les hommes doivent se comporter dans diverses situations.
3. Distribuez la documentation de support et demandez aux participants d'indiquer si les affirmations se réfèrent au "sexe" ou au "genre". Après avoir donné aux à ceux-ci le temps de lire et l'occasion de répondre eux-mêmes aux affirmations, discutez chacune des réponses avec le groupe dans son ensemble.
4. Expliquez que plusieurs termes liés au terme "genre" réclament également une explication, Demandez au groupe s'ils ont déjà entendu l'expression "égalité de genre". Demandez-leur s'ils savent ce que ce terme signifie. Réservez beaucoup de temps pour la discussion.
5. Après avoir obtenu le feedback du groupe, donnez-leur la définition suivante:
Egalité de Genre signifie que les hommes et les femmes jouissent du même statut. Ils partagent les mêmes opportunités de réalisation de leurs droits de la personne et la potentialité de contribuer et de recevoir des bénéfices de toutes les sphères de la société (économique, politique, sociale, culturelle).
6. Demandez au groupe si la définition fait du sens. Permettez-leur de poser des questions.
7. Demandez aux participants du groupe de discuter si l'égalité de genre existe ou non dans leurs pays.

Pendant que le groupe discute ce point, notez toutes les interventions qui expliquent pourquoi les femmes ne jouissent pas du même statut que les hommes. Assurez-vous de mentionner quelques-uns des points ci-dessous au cas où ils n'auraient pas été mentionnés par le groupe:
 - Dans beaucoup de pays, les femmes sont plus sujettes à la violence sexuelle et domestique.
 - Les hommes sont mieux payés que les femmes pour réaliser le même travail (dans la majorité des cas).
 - Les hommes occupent plus de postes de pouvoir dans le milieu des affaires.
 - Les femmes sont les plus affectées par l'épidémie du Sida, aussi bien en termes du nombre total d'infections, mais également en ce qui concerne la prise en charge de ceux qui vivent avec l'HIV, et l'appui à ces personnes.
8. Demandez aux participants du groupe s'ils ont déjà entendu le terme "équité de genre". Demandez leur s'ils savent ce que ce terme signifie, et quelle est la différence avec le terme "égalité de genre". Permettez-leur de discuter suffisamment ce thème. Après avoir obtenu le feedback du groupe, donnez-leur la définition suivante:

Equité de genre signifie être juste envers les hommes et les femmes. L'équité de genre conduit à l'égalité de genre. Par exemple, une politique d'action affirmative qui développe l'appui aux commerces et autres affaires possédées par les femmes peut être considérée équitable par rapport

au genre parce qu'elle contribue à l'égalité des droits entre les hommes et les femmes.

QUESTIONS À DISCUTER

Après avoir éclairci les définitions d'égalité de genre et d'équité de genre, demandez au groupe de répondre aux questions suivantes:

- Pourquoi les hommes doivent s'impliquer pour obtenir l'égalité de genre?
- Quels bénéfices l'égalité de genre peut apporter à la vie des hommes?
- Comment l'iniquité de genre contribue à l'infection VIH?
- Comment l'équité de genre contribue à prévenir le VIH?

CLOTURE

L'un des enjeux les plus importants d'un programme de ME, est d'encourager les communautés à être plus sensibles par rapport au genre et à prévenir les infections par le VIH, pour que hommes et femmes puissent vivre de façon plus saine et heureuse.

Pour y arriver, il faut encourager les comportements équitables par rapport au genre. Ceux-ci englobent les décisions conjointes sur les questions de santé affectant aussi bien les hommes que les femmes, le respect du droit de la femme de refuser le sexe, la résolution de différends sans en appeler à la violence, et le partage de la responsabilité par rapport aux charges parentales et la prise en charge d'autres personnes.

Handout 2

LE JEU DU GENRE

Déterminez si cette affirmation se réfère au genre ou au sexe:

1. Les femmes engendrent des enfants, les hommes non.
2. Les filles doivent être douces: les garçons durs.
3. Les femmes ou les filles sont les soignantes naturelles de ceux qui sont affectés par des maladies liées au SIDA, dans plus de deux tiers des foyers du monde entier,
4. Les femmes peuvent allaiter les bébés, les hommes peuvent leur donner le biberon.
5. Beaucoup de femmes ne disposent pas de la possibilité de décider librement, particulièrement en ce qui concerne la sexualité et les relations du couple.
6. Le nombre de femmes vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience) et le SIDA (syndrome de l'immunodéficience acquise) s'accroît progressivement dans le monde.
7. Les quatre cinquièmes des usagers de drogues injectables sont des hommes.
8. Les femmes sont moins bien payées que les hommes pour faire le même travail.

REPONSES :

1. Sexe
2. Genre
3. Genre
4. Sexe
5. Genre
6. Sexe et Genre
7. Genre
8. Genre

Education:

Agir comme un homme, agir comme une femme³

OBJECTIF

Reconnaître qu'il peut être difficile, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, de remplir les rôles de genre que la société a établis, de comprendre le coût de tout cela, et de réaliser qu'il est possible de changer cet état de choses.

MATERIEL

Tableau à feuilles, papier, marqueurs et scotch

DUREE

45 minutes

PROCEDURE

1. Demandez aux participants si on ne leur a jamais dit "d'agir comme un homme" ou "d'agir comme une femme" par rapport à leur genre. Demandez-leur de partager avec le groupe les expériences à l'occasion desquelles ils ont entendu cette remarque ou on leur a dit quelque chose de semblable. Pourquoi cette personne l'a fait? Comment le participant s'est senti?

2. Dire aux participants que nous allons examiner de plus près ces deux phrases. En les analysant on constate d'emblée que la société peut rendre très difficile d'être un homme ou une femme.

Ecrivez sur le tableau à feuilles, en majuscules, la phrase " Agir comme un homme ". Demandez de partager leurs idées sur la signification de ces expressions. Ce sont les attentes de la société sur la façon dont les hommes doivent être, sur comment doivent-ils agir et sur ce qu'ils doivent dire et faire. Dessinez une case, et écrivez dedans ce que signifie "Agir comme un homme". Voici quelques-unes des réponses:

- Être un dur
- Ne pas pleurer.
- Ne pas exhiber ses émotions.
- Se préoccuper des autres.

3. Maintenant, écrivez en lettres majuscules la phrase "Agir comme une femme". Demandez aux participants de partager leurs opinions sur le sens de cette phrase. Ce sont les attentes de la société sur la façon dont les femmes doivent être, comment doivent-elles agir et ce qu'elles doivent dire et faire. Dessinez une case sur une feuille de papier et écrivez les significations de

la phrase "Agir comme une femme" dans cette case. Voici quelques-unes des réponses:

- Être passive.
- Être celle qui prend soin des autres
- Être une personne qui agit de façon "sexy", mais pas trop.
- Être la personne qui tient la maison.

4. Ensuite, dessinez un tableau muni de colonnes représentant les hommes et les femmes. Donnez à ce tableau le titre "Hommes/Femmes Transformés". Demandez aux participants de répertorier les caractéristiques des hommes qui "vivent hors de la case". Notez leurs réponses. Après avoir reçu approximativement sept réponses, posez la même question au sujet des femmes qui "vivent hors de la case". Aidez les participants à reconnaître qu'en fin de comptes, les caractéristiques des hommes et des femmes équitables par rapport au genre, sont en vérité similaires.

5. Après le "brainstorm" de la liste, lancez la discussion en posant les questions ci-dessous.

QUESTIONS À DISCUTER

- Est-ce que le fait d'agir de cette façon peut être limitatif pour un homme ou une femme? Pourquoi?
- Quelles émotions ne doivent pas être exprimées par une femme?
- Comment le fait "d'agir comme une femme" peut affecter les relations d'une femme avec son partenaire et ses enfants?
- Comment les attentes et les normes sociales relatives au fait "d'agir comme une femme" peuvent impacter de façon négative la santé sexuelle et reproductive d'une femme?
- Est-ce que les femmes peuvent réellement vivre hors de la case? Est-ce que les femmes peuvent contester et changer les rôles de genre?
- Est-ce que le fait de se comporter de cette façon peut être limitatif pour un homme? Pourquoi?
- Quelles émotions ne peuvent pas être exprimées par un homme?

Extrait de Men as Partners: A Programme for Supplementing the Training of Life Skills Educators développé par Engender Health and The Planned Parenthood Association of South Africa. Plus de plus amples informations visitez le site de Engender Health : www.EngenderHealth.org/ia/www/wmo.html

- Comment le fait "d'agir comme un homme" peut affecter les relations d'un homme avec sa partenaire et ses enfants?
- Comment les attentes et les normes sociales relatives au fait "d'agir comme un homme" peuvent impacter de façon négative la santé sexuelle et reproductive d'un homme?
- Est-ce que les hommes peuvent réellement vivre hors de la case? Est-ce que les hommes peuvent contester et changer les rôles de genre?
- Qu'est-ce qui pourrait rendre plus facile la vie des hommes et des femmes hors de ces cases?

CLOTURE

Les rôles des hommes et des femmes sont en cours de changement et il devient plus facile de se tenir hors de la case. Cependant, il est encore difficile pour les hommes et les femmes de le faire. Nous devons être conscients des vulnérabilités auxquelles nous sommes confrontés pour pouvoir vivre dans ces cases, et des avantages procurés par la vie hors de celles-ci.

Education:

Les personnes et les choses⁴

OBJECTIF

Développer la prise de conscience du pouvoir qui existe dans les relations, et réfléchir sur la façon de communiquer et de démontrer cette existence.

MATERIEL

Aucun

DUREE

1 heure, 30 minutes

PROCEDURE

1. Divisez les participants en deux groupes au moyen d'une ligne imaginaire. Chaque côté devra compter le même nombre de participants.
2. Dites aux participants que cette activité s'appelle "Les personnes et les choses". Choisissez au hasard un groupe pour être "les choses" tandis que l'autre sera "les personnes".
3. Lisez les instructions suivantes au groupe:
 - a) CHOSSES: vous ne pouvez pas penser, sentir ou prendre des décisions. Vous devrez faire ce que les "personnes" vous diront de faire. Si vous voulez vous déplacer ou faire n'importe quoi, il vous faudra demander la permission aux "personnes".
 - b) PERSONNES: Vous pouvez penser, sentir ou prendre des décisions. En plus, vous pouvez dire aux choses ce qu'elles doivent faire.

OBSERVATION:

Il peut être utile de demander, d'abord à deux volontaires de représenter devant le groupe comment les "personnes" peuvent traiter les "choses".

4. Demandez aux "personnes" de prendre les "choses" et de faire ce qu'elles voudront de celles-ci. Les "personnes" pourront ordonner aux choses de réaliser n'importe quel type d'activité.
5. Donnez au groupe cinq minutes pour que les "choses" puissent assumer leur rôle.
6. Finalement, demandez aux participants de reprendre leurs places dans la pièce et posez les questions ci-dessous, pour faciliter la discussion.

QUESTIONS A DISCUTER

- Question posée aux "choses" : comment les "personnes" vous ont traité ? Qu'avez-vous ressenti? Pourquoi ? Auriez-vous souhaité être traité différemment?
- Question posée aux "personnes": Comment avez-vous traité vos "choses"? Qu'avez-vous ressenti en traitant quelqu'un comme un objet?
- Pourquoi les "choses" obéissent aux instructions données par les personnes?"
- Y a-t-il des "choses" ou des "personnes" qui ont résisté à l'exercice?
- Dans votre vie quotidienne, est-ce que les autres vous traitent comme des "choses"? Qui? Pourquoi?
- Dans votre vie quotidienne, traitez-vous les autres comme des "choses"? Qui? Pourquoi?
- Pourquoi les personnes se traitent de cette façon?
- Quelles sont les conséquences pour une relation lorsqu'une personne traite une autre comme une "chose"?
- Comment une société/culture perpétue ou appuie le type de relations dans lesquelles quelques personnes ont plus de pouvoir sur d'autres personnes?
- Comment cette activité peut vous aider à réfléchir à cela et à modifier peut-être vos propres relations?

CLOTURE

Il existe beaucoup de types différents de relations dans lesquelles une personne peut détenir plus de pouvoir sur une autre personne. L'inégalité du pouvoir entre les hommes et les femmes dans les relations intimes peut créer des risques de contracter des IST, l'HIV/SIDA, en plus du risque d'une grossesse non planifiée. Par exemple, une femme n'a pas toujours le droit de décider quand et comment le sexe aura lieu, y compris si un préservatif va être utilisé, et cela en raison d'anciennes croyances qui ont établi que l'homme doit être actif dans les questions sexuelles et que la femme doit être passive (ou que les femmes doivent "le sexe" aux hommes). Dans d'autres cas, la femme qui dépend économiquement d'un partenaire mâle peut considérer qu'elle n'a pas le pouvoir

Extrait du manuel Programme H développé par quatre ONGs d'Amérique Latine : Promundo (Rio de Janeiro, Brésil—coordination), ECOS (São Paulo, Brésil), Instituto PAPA (Recife, Brésil), et Salud y Género (Mexique). Pour de plus amples informations sur le Programme H consultez www.promundo.org.br

de dire "non". Dans les cas de relations sexuelles transgénération, l'âge, et les différences économiques et de classe peuvent engendrer des relations de pouvoir inégal supplémentaire entre les hommes et les femmes, ce qui pourrait conduire également à des situations de risque.

Pensez à d'autres exemples de relations de pouvoir qui existent dans vos vies et dans vos communautés: entre jeunes et adultes, entre élèves et professeurs, entre chefs et employés. Parfois, l'inégalité du pouvoir dans ces relations peut amener une personne à traiter une autre comme un objet. En débattant les questions de genre et de relations entre hommes et femmes, il est important de se souvenir du sentiment d'oppression que vous pouvez avoir ressenti au cours d'autres relations, et de la façon dont vous avez été traité comme un "objet", et, également de la façon dont vous avez vous-même traité d'autres personnes comme des "objets", y compris des femmes. L'examen de ces similarités pourra vous aider à construire des relations plus équitables avec les femmes, aussi bien à la maison que dans la communauté.

Education:

Indications utiles pour les animateurs⁵

- Etablissez les grands principes: écouter, respecter les autres, confidentialité et participation.
 - Il est important de disposer d'un espace adéquat où les activités pourront être réalisées sans restrictions de mouvement. Evitez les dispositions assises du type salle de classe. Il est préférable que les participants s'asseyent en cercle, pour permettre de meilleurs échanges pendant les discussions. L'espace doit être privé, c'est à dire que les jeunes gens doivent s'y sentir à l'aise pour discuter des points plus délicats et pour émettre des opinions personnelles.
 - Encouragez le plus possible les mouvements physiques pour maintenir les participants alertes et intéressés.
 - Soyez amical et établissez des rapports avec vos participants.
 - Assurez-vous d'être vêtu de façon appropriée, Vous devez avoir l'air abordable, mais également professionnel.
 - Rappelez-vous que les informations doivent être transmises de façon neutre, non autoritaire et sans jugements. N'imposez jamais vos sentiments aux participants.
 - Soyez conscients du langage que vous utilisez et des messages présentés aux jeunes garçons.
 - Souvenez-vous que quoique que les jeunes garçons agissent fréquemment comme s'ils étaient parfaitement au courant des questions sur le sexe, ils se préoccupent beaucoup des relations et de la santé sexuelle.
 - Impliquez les hommes dans le choix de la discussion des thèmes, en les encourageant à être personnellement significatifs. Rappelez-vous de vous rapporter aux activités et de demander aux participants comment peuvent-ils appliquer ce qu'ils ont appris au cours de leurs propres vies.
 - Les jeunes gens répondent bien aux activités de type participatif intéressantes et éducatives. Par exemple, les jeux de rôle, permettent aux jeunes gens de s'approfondir sur des questions par rapport auxquelles ils se sentiraient mal à l'aise dans un autre environnement. Ces jeux leur permettent également de pratiquer diverses aptitudes, telles que la négociation, le refus et la prise de décision et également l'utilisation correcte d'un préservatif.
 - Rappelez-vous que certains jeunes garçons peuvent ne pas apprécier les contacts physiques pendant le jeu de rôle ni jouer le rôle de personnages féminins. Une alternative au jeu de rôle est d'initier un débat ou les participants devront argumenter à partir d'une perspective qu'ils n'entretiennent normalement pas.
 - Ne cherchez pas à instiller de la crainte. Les jeunes gens pourront tout simplement se "débrancher" ou se sentir paralysés.
 - Encouragez les participants à être honnêtes et ouverts: ils ne doivent pas craindre de discuter des questions délicates. Encouragez-les à exprimer de façon honnête ce qu'ils pensent et sentent, plutôt que de dire ce que l'animateur souhaite écouter.
 - Si un participant fait une affirmation tant soit peu exagérée ou soutient des notions ou des mythes erronés, demandez des éclaircissements et soyez surs de fournir des faits et des informations correctes. Vous pouvez également demander si un autre participant partage une opinion différente, et si personne ne se manifeste, offrez votre propre appréciation en la fondant sur des faits.
 - Contrôlez vos affirmations. Soyez conscients du fait que quelques jeunes garçons issus de certains milieux sociaux, culturels ou religieux peuvent susciter chez vous de fortes émotions. Utilisez votre réaction comme une opportunité pour réfléchir et revenir sur vos propres jugements ou préjugés.
 - Faites des vérifications régulières. Ceci pourra se faire au début de chaque session et englober les questions suivantes:
 1. Comment vous portez-vous depuis notre dernière rencontre?
 2. Est-ce que quelque chose de nouveau s'est passé?
 3. Avez vous parlé à quelqu'un au sujet des questions que nous avons discuté au cours de notre dernière réunion?
- Au cas où des questions importantes surgiraient pendant cette vérification, ne soyez pas trop rigide par rapport au programme établi. Consacrez un certain temps au traitement des matières soulevées par les jeunes gens.
- Procurez-vous d'autres ressources de façon à ce que les participants puissent obtenir plus d'informations sur les questions discutées dans l'atelier. Par exemple, vous pourrez dire aux participants où ils pourront obtenir des préservatifs, ou bénéficier de services d'assistance et d'examen.

Services:

Checklist des services de santé favorables au genre⁶

Cette checklist se destine à aider à évaluer si un service de santé accueille et prend aussi bien en charge les hommes et les femmes, et à identifier les insuffisances à être traitées.

- Facilité, pour un homme ou un garçon, de fixer un rendez-vous
- L'équipe qui interagit avec les hommes et les garçons (par exemple, les soignants, les laborantins, les éducateurs de santé, les travailleurs sociaux et les réceptionnaires) devra avoir été formée pour écouter et conseiller les hommes et les garçons sans préjugés et d'une façon culturellement appropriée.
- Pendant chaque consultation/visite, les clients reçoivent des informations détaillées et des services qui respectent les différences de classe sociale, de valeurs familiales, de maturité, de race ou d'ethnicité.
- Les hommes et les femmes sont traités de façon holistique pendant chaque visite – c'est-à-dire que leurs nécessités sociales et médicales sont évaluées. Si l'accès à un travailleur social ou un médecin s'avère nécessaire, ce processus devra être le plus simple possible pour le jeune homme. (ceci implique également le choix de spécialiste et de travailleurs sociaux, habitués à travailler auprès des hommes – et particulièrement les jeunes garçons).
- L'horaire des installations ne doit pas être en conflit avec les horaires de l'école ou du travail. (ceci exige souvent que les installations soient ouvertes le soir et pendant les week-ends).
- L'obtention de préservatifs et des médicaments nécessaires doit être facile pour les jeune gens.
- Les hommes et les garçons sont informés que leurs droits à la vie privée et à la confidentialité seront respectés et que tout le personnel obéit à ces politiques
- Les médecins et les infirmières se sentent à l'aise lorsqu'ils parlent aux hommes et aux garçons au sujet de comportements sexuels et de la prévention du VIH et des ISTs
- Les activités éducatives sont conduites de façon à ce que des éducateurs-tuteurs puissent discuter l'importance des soins médicaux dans le domaine sexuel et de la reproduction. Lorsqu'il s'agit de jeunes, ces activités devront être conduites dans des locaux séparés réservés aux jeunes. Cependant, les salles d'attentes peuvent également être utilisées à ces fins.
- Lorsque les activités éducatives ne sont pas en cours, d'autres formes de diversion doivent être prévues, par exemple, des revues ou des émissions de sport ou spectacles de diversions sur la télé.
- La décoration des installations doit être plaisante pour les hommes ou jeunes garçons et devra exposer des images d'hommes engagés dans des activités de promotion de la santé, par exemple, par exemple, en tenant des bébés ou en nourrissant ceux-ci.
- Les services offerts aux hommes et aux garçons doivent faire l'objet d'une bonne communication dans la communauté. Par exemple, le personnel de la clinique doit comparaître à des événements de la communauté populaires auprès des hommes et des garçons, comme des écoles de danse ou des événements sportifs, pour y distribuer des renseignements sur les services de la clinique.
- Des relations de références doivent être établies avec des organisations et des cliniques spécialisées dans les questions de santé masculine.
- Les prestataires de ces services doivent savoir que beaucoup d'hommes craignent et appréhendent les soins de santé. Du matériel spécifique de promotion, comme des vidéos ou des pamphlets doivent être créés pour répondre à ces soucis.

Campaigns: Création d'une campagne — étape par étape⁷

Ci-dessous, les étapes nécessaires pour développer une campagne incorporant une perspective de genre.

La durée nécessaire de ces étapes dépendra des ressources disponibles et peut s'étendre de quelques semaines à plusieurs mois. Il est important que des jeunes hommes soient impliqués dans les aspects de ce processus de développement – les étapes. Il est fréquent que les jeunes hommes ne participent à ce processus que pour répondre à des questionnaires d'évaluation des nécessités, ou bien comme participants de groupes de discussion pour "tester" des images et des messages de campagne. Cependant les campagnes seront certainement plus séduisantes et plus efficaces lorsque l'implication des jeunes existe à tous les stades de la démarche.

REALISER UNE EVALUATION DES BESOINS

Ce travail inclura la collecte d'informations sur les attitudes des hommes et des garçons liées au genre, et sur leurs connaissances, comportements et pratiques liées à la question de la santé à être abordée. Il devra également comprendre un répertoire des réseaux sociaux et des médias pouvant être exploités en tant que part de la stratégie de la campagne.

DEVELOPPER UN PROFIL D'UN JEUNE HOMME "TYPIQUE" POUR CHACUNE DES ZONES OU DES POPULATIONS CIBLEES DE LA CAMPAGNE

Une technique très utile pour établir les caractéristiques du groupe ciblé est de créer un profil de personnage, c'est à dire le développement d'un profil d'homme ou de garçon "type" pour le groupe ciblé, en prenant en compte diverses caractéristiques, y compris les particularités sociodémographiques, les passe-temps, les attitudes par rapport aux rôles des genres, les comportements sexuels y compris l'usage de préservatifs, le nombre et types de partenaires, l'accès aux services et programmes sociaux, et les connaissances sur la santé et les aspirations générales. Il peut être également utile de donner un nom à cet homme et lui créer une apparence physique.

Quoique cette technique requière un niveau de généralisation par rapport au groupe ciblé, le but n'est pas de réduire la diversité existante entre les hommes, mais plutôt d'assister le processus de développement de messages et de stratégies attrayantes et appropriées au groupe ciblé dans son ensemble.

DEFINIR DES SOUS-THEMES POUR LA CAMPAGNE

Il est nécessaire, au sein des thèmes d'équité de genre et de la santé, de distinguer des sous-thèmes – comme celui de la communication avec les partenaires au sujet du sexe et de l'utilisation de préservatif ; et celui de la nécessité de se prononcer contre la violence ou en faveur de la prise en charge et de la paternité – qui formeront la base de la campagne. Ces sous-thèmes devront être définis sur la base des besoins mis en lumière par l'évaluation comme étant essentiels et/ou appropriés au groupe ciblé.

DEVELOPPER DES MESSAGES DE BASE POUR CHACUN DES THEMES DE LA CAMPAGNE.

C'est une étape qui requiert le plus de temps et le plus de créativité. Comme on l'a vu dans le module, les messages de campagne positifs et orientés vers l'action sont souvent plus attrayants et inspirateurs que ceux qui déprécient les hommes et/ou ne se concentrent que sur des conséquences négatives. Comme exemples constructifs on pourrait citer la campagne Hora H au Brésil qui fait la promotion d'un style de vie informel basé sur des attitudes affectueuses et équitables. Une autre campagne digne de mention est la "Strength Campaign" lancée aux Etats-Unis qui souligne que la véritable force de l'homme réside dans le respect et la sensibilité – et non pas dans la force et la domination.

RELEVER LES SOURCES D'INFLUENCES ET D'INFORMATION

Cette étape comprend l'identification et la compréhension des différentes sources d'influence et d'information qui façonnent les attitudes et les comportements masculins liés au genre, aux relations et à la santé. Ces sources peuvent être des groupes de personnes, comme des collègues et des familles, des institutions, comme des écoles, des lieux de travail et des services de santé, ou bien des véhicules de médias tels que les journaux ou la télé. Encore une fois, ces données doivent provenir d'informations collectées pendant l'évaluation des nécessités, en plus des contributions des hommes, des garçons et d'autres personnes impliquées dans cette démarche.

DEFINIR LES CANAUX DE MEDIAS ET SOCIAUX SUR LA BASE DU PROFIL ET DU RELEVÉ DE DES INFLUENCES ET DES INFORMATIONS

L'étape suivante, fondée sur le profil et sur le relevé des influences/informations, sera de définir quels canaux des médias (p, ex. la radio, les revues, les panneaux d'affichage) et sociaux (par exemple les éducateurs-tuteurs, les célébrités locales) seraient les plus stratégiques pour toucher les hommes et les garçons, et/ou les audiences secondaires au moyen de messages prônant des modèles positifs de masculinité et de prévention du VIH/Sida. Il est également important de se préoccuper de la facilité d'accès de ces hommes et de ces garçons à ces différents canaux et de la viabilité technique d'utiliser ceux-ci dans la campagne.

REALISER DES ESSAIS AUPRES DES HOMMES ET DES GARÇONS, ET AUPRES DES AUDIENCES SECONDAIRES

C'est cette démarche qui permettra de confirmer la clarté et la pertinence des messages de la campagne, et qu'ils mobilisent les hommes et les garçons comme désiré. L'implication des hommes et des audiences secondaires dans le processus de développement de la campagne est utile pour s'assurer de la pertinence et de l'impact de ces messages. Il sera nécessaire, cependant, de réaliser des essais préalables pour assurer que les messages seront largement compris. Les essais préalables pourront être réalisés au moyen d'entretiens tête-à-tête et/ou de groupes de discussion composés d'hommes sélectionnés dans le propre groupe ciblé. Il est également important de tester préalablement les messages auprès de groupes secondaires d'intérêt pour s'assurer qu'ils sont acceptables et appropriés et non susceptibles de provoquer des réactions.

La Paternité

Education:

Hommes, femmes et soins¹⁷

OBJECTIFS

1. Accroître la conscientisation au sujet de la division des genres en ce qui concerne les soins
2. Promouvoir une participation plus ample à la prise en charge de soins par les hommes, dans leurs foyers, leurs relations, et leurs communautés.

MATERIALS

- Deux boîtes vides (une boîte de chaussures, par exemple)
- Images découpées

Photos et dessins de personnes, d'animaux et d'autres choses que les hommes et les femmes aiment.

DUREE

90 minutes

PROCÉDURE

PARTIE I – 45 MINUTES

1. Avant la séance, l'animateur devra préparer jusqu'à 10 images (dessinés ou découpées de journaux ou de revues) de bébés, de personnes âgées, de grands ou de petits animaux, de plantes, de maisons, de voitures, de vêtements, de couches, d'outils de jardinage et d'autres personnes et objets que les hommes et les femmes « aiment ». Si possible, l'animateur peut apporter quelques-uns de ces objets réels à la séance. Lorsque l'on travaille avec des groupes scolaires, les découpages peuvent être remplacés par des mots, mais l'utilisation d'images, même dans ces groupes rend l'activité plus riche.
2. Au début de la séance, présentez les deux boîtes aux participants en leur disant que l'une des boîtes sera donnée à un homme et l'autre à une femme.
3. Présentez les images et les objets aux participants et demandez-leur de placer les images et les objets dont les femmes savent s'occuper bien, ou le font mieux que les hommes.
4. Demandez aux participants de mettre dans la boîte des hommes, les images et les objets dont les hommes savent s'occuper bien, ou le font mieux que les femmes.
5. Après qu'ils l'auront fait, retirez de la boîte les images et les objets un par un et montrez-les au groupe.

6. Ensuite, cherchez à explorer comment les hommes ont réuni les images et les objets ensemble, à l'aide des questions suivantes:

- Pourquoi certains types d'images et d'objets n'ont été trouvés que dans la boîte de l'homme?
- Pourquoi certains types d'images et d'objets n'ont été trouvés que dans la boîte de la femme?
- Pourquoi certaines images et objets sont trouvés dans les deux boîtes?
- En examinant les images et les objets trouvés dans la boîte pour les femmes, croyez-vous qu'un homme pourrait s'occuper de façon appropriée de ces objets?
- En examinant les images et les objets trouvés dans la boîte pour les hommes croyez-vous qu'une femme pourrait s'occuper de façon appropriée de ces objets?

PART II - 45 MINUTES

1. Ecrivez les mots " femme qui prend soin » et « homme qui protège » sur un tableau à feuilles. Demandez aux participants quelles sont les différences entre celui qui prend soin et celui qui protège.
2. Demandez aux participants ce qu'ils savent au sujet du fardeau représenté par SIDA, qui est supporté par les femmes.
3. Soulignez qu'en raison du SIDA, il est plus important que jamais que les hommes partagent le fardeau représenté par les soins.
4. Expliquez que vous voulez examiner maintenant les pressions qui empêchent les hommes de s'impliquer plus dans les soins prodigués aux autres. Partagez les participants en trois groupes. Demandez au premier groupe de discuter les pressions sociales qui empêchent les hommes jouent le rôle « d'une personne qui donne des soins »
5. Demandez au deuxième groupe de discuter les pressions économiques qui rendent difficile aux hommes de jouer le rôle « d'une personne qui donne des soins ». Demandez au troisième groupe de discuter les pressions psychologiques qui rendent difficile aux hommes de jouer le rôle de « d'une personne qui donne des soins ». Chacun des groupes devra, ensuite, discuter les manières de réduire ces pressions, de façon à qu'un plus grand nombre d'hommes puissent devenir des « des personnes qui donnent des soins »

17 Taken from Engaging Men and Boys in Gender Transformation: The Group Education Manual, The ACQUIRE Project/EngenderHealth and Promundo, 2008

6. Prévoyez de 20 à 30 minutes pour que le groupe puisse travailler. Ensuite, réunissez les groupes.
7. Demandez à chacun des groupes de présenter sa conclusion aux autres deux groupes. Prévoyez quelques minutes pour d'éventuelles questions à la fin de chaque rapport. Lorsque les trois groupes auront fini, entamez la discussion à l'aide des questions ci-dessous:
 - Quelles pressions (sociales, économiques, psychologiques) empêchent les hommes de devenir des personnes qui donnent des soins?
 - Quelles sont les opportunités qui existent pour que les hommes s'impliquent de façon plus intensive dans la prestation de soins aux autres personnes.
 - Quelles actions sont nécessaires pour aider les hommes à devenir des personnes qui donnent des soins?
 - Est-ce que les hommes et les femmes peuvent apprendre à s'occuper des choses de façons différentes? Ou la façon dont nous nous occupons des choses fait partie de notre culture ou de notre biologie?
 - Est-ce que les hommes prennent soin d'eux-mêmes? Pourquoi? Ou pourquoi pas?
 - Est-ce que les femmes prennent soin d'elles-mêmes? Pourquoi? Ou pourquoi pas?
 - A part les enfants, de quelles autres personnes les hommes et femmes prennent soin (frères et sœurs, grands-parents etc.)? Qui, entre les femmes et les hommes, prennent soin de façon plus intensive de ces personnes? Les hommes ou les femmes? Pourquoi?
 - Y a-t-il des hommes dans votre famille ou dans votre communauté qui sont de bons soignants? Qu'est-ce que d'autres personnes dans votre famille ou dans votre communauté pensent de ces hommes?
 - Y a-t-il des hommes dans votre famille ou dans votre communauté qui sont de bons soignants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA? Dans quel sens?
 - Avez vous déjà pris soin d'une personne ou d'un objet? Comment vous êtes vous sentis en tant que personne responsable des soins. Qu'ont pensé les autres de vous, dans ce rôle?
 - A partir de ce que vous avez gardé de cette discussion, souhaiteriez-vous changer votre propre vie pour vous aider à devenir des personnes meilleures en ce qui concerne les soins aux autres?

CLOTURE

Il est fréquent que l'on attribue aux femmes la tâche de prendre soin des personnes, des animaux et des plantes et de s'occuper des tâches journalières du foyer. D'autre part (cela dépend de la culture locale), on s'attend à ce que les hommes prennent soin d'objets tels que les voitures, des réparations électriques dans la maison, de la peinture des murs, des réparations du toit, etc.

Il est important de faire ressortir que ces idées sur la responsabilité des soins sont le résultat de comportements appris. Par exemple, les petites filles sont encouragées depuis le plus jeune âge à jouer avec des poupées, pour pratiquer ce qui est supposé se trouver devant elles : une vie dans le foyer et le soin aux membres de la famille.

D'un autre côté, on décourage d'une façon générale les garçons de jouer avec des poupées ou d'aider dans les tâches domestiques. Ce manque d'implication masculine dans les soins finit souvent par mettre un lourd fardeau sur les épaules des femmes. Et les hommes finissent par être privés des plaisirs de prendre soin des enfants. Si vous pensez à promouvoir l'équité entre les hommes et les femmes, participez de façon plus active aux soins donnés à votre famille, et encouragez d'autres hommes à faire la même chose chez eux.

Education:

Partage du travail et des soins aux enfants dans la maison¹⁸

OBJECTIFS

Examiner les tâches routinières de la maison et les stéréotypes de genre fréquemment associés à ces tâches, et explorez les avantages pour les hommes, de partager les responsabilités du foyer.

MATERIALS

- Tableau à feuilles
- Marqueurs
- Papier
- Crayons et bics

DUREE

45 minutes – 1 heure

ETAPES

1. Demandez aux participants de répertorier les tâches typiques qui sont réalisées dans une maison de façon régulière. Pour les aider, demandez-leur de réfléchir sur tout ce qui doit être fait dans une maison, depuis les premières tâches de la journée jusqu'aux dernières activités, le soir avant d'aller de coucher. Listez toutes les activités sur un tableau à feuilles, en numérotant chacune à partir du numéro 1, à côté de chaque activité, à mesure que vous poursuivez. La liste des activités englobe quelques unes des tâches suivantes:

- Cuisine
 - Entretien et maintenance, y compris les réparations
 - Achats d'aliments, de vêtements et d'objets et équipements pour la maison
 - Nettoyage et lavage
 - Soins aux enfants
 - Soins aux personnes âgées
 - Sécurité
 - Activités liées à l'école (transport, devoirs, réunions à l'école etc.)
 - Paiement des factures
 - Vous pouvez ajouter les activités ci-dessus à la liste des participants, si ceux-ci ne les ont pas mentionnées.
2. Distribuez des feuilles blanches de papier au groupe. Demandez-leur de réfléchir sur la liste, et de dire si c'est la femme, l'homme, ou les deux, qui réalisent ces activités. Les participants peuvent tout simplement écrire "femme", "homme" ou "les deux" à côté du numéro correspondant sur leur feuille.

3. Demandez aux participants de dénombrer les activités que les femmes les hommes, ou les deux réalisent normalement. Demandez à chaque participant de communiquer leurs résultats au groupe et de reporter les totaux sur une nouvelle feuille du tableau à feuilles.

4. Animez la discussion à l'aide des questions ci-dessous.

QUESTIONS A DISCUTER

- Est-ce que le résultat du dénombrement des activités réalisées par les hommes et les femmes vous a surpris? Pourquoi? Et pourquoi pas?
- Est-ce que vous avez décelé une variation sensible dans le dénombrement réalisé par les différents participants? Pourquoi, à votre avis?
- Quels sont les facteurs qui contribuent à ce que les hommes ne participent pas aux soins donnés aux enfants?
- Pensez-vous que la division du travail entre les hommes et les femmes dans le foyer est en train de changer, ou elle est toujours la même? Pourquoi?
- De quelle façon le besoin de donner des soins aux membres de la famille qui vivent avec le VIH a affecté la division du travail domestique entre l'homme et la femme?
- Quels sont les autres bénéfices qui adviennent d'un rôle plus actif joué des hommes dans les tâches familiales?
- Que pourrait-il être fait pour promouvoir une distribution plus équitable du travail dans les foyers?
- Qu'avez-vous appris au moyen de cette activité? Avez-vous appris quelque chose qui pourrait être appliqué à votre propre vie et à vos relations

CLOTURE

Le fait qu'un père s'implique dans les soins aux enfants ne découle pas exclusivement des caractéristiques biologiques, mais dépend beaucoup de la façon dont les hommes et les femmes ont été élevés et s'ils ont été élevés pour penser que les hommes peuvent également prodiguer des soins aux enfants. Quoique les filles et les femmes soient fréquemment éduquées, depuis le plus jeune âge, à s'occuper des enfants, les hommes peuvent également apprendre à le faire – et à le faire bien. La mise en question des rôles de genre fait partie du processus de contestation des inégalités de genre, qui augmentent la vulnérabilité au VIH/SIDA.

¹⁸ Taken from "Engaging Men and Boys in Gender Transformation: The Group Education Manual", The ACQUIRE Project/EngenderHealth and Promundo, 2008

Handout 5

Document de support No. 5:

FICHE D'INFORMATION : LES HOMMES, LA PREVENTION DE L'HIV ET LES SERVICES DE SANTE

Quatre raisons convaincantes pour impliquer les hommes et les garçons dans les activités de prévention du VIH :

1. Les comportements des hommes mettent les femmes en risque.

En moyenne, les hommes ont plus de partenaires sexuels que les femmes, le VIH/SIDA est plus facilement transmis par un homme à une femme que par une femme à un homme. De cette sorte, un homme VIH positif aura plus de probabilités d'infecter plus de personnes qu'une femme VIH positive.

2. Les comportements des hommes mettent les hommes en risque.

Les hommes sont plus enclins que les femmes à consommer de l'alcool et d'autres substances, un comportement qui accroît le risque d'infection par l'HIV. De plus, les hommes et les garçons sont fréquemment négligents quant à leur santé et sont moins disposés que les femmes à se soigner.

3. La question des hommes qui font du sexe avec les hommes (MSM) a été largement occultée.

Des enquêtes réalisées dans plusieurs parties du monde ont démontré que 1 à 16% de tous les hommes déclarent qu'ils ont déjà eu des relations sexuelles avec un autre homme, indépendamment du fait de se considérer ou non gays, bisexuels ou hétérosexuels. Pour les hommes qui sont gays, ou qui font du sexe avec d'autres hommes, les préjugés et la stigmatisation peuvent les conduire à pratiquer leur sexualité clandestinement et les inhiber de rechercher des informations ou des services de santé sexuelle, ce qui crée des situations d'extrême vulnérabilité au VIH.

4. Les services de santé favorables aux hommes sont une partie importante de la démarche de prévention du VIH.

Procurer aux hommes des services conviviaux est un des aspects importants de la promotion de l'accès et à l'usage d'informations sur la prévention du VIH, et aux méthodes et à l'assistance. Malheureusement, beaucoup d'hommes évitent les services de santé parce qu'ils ne sont pas "favorables au genre". Ci-dessous, quelques suggestions pour rendre vos services plus conviviaux et accessibles aux hommes.

- Décorez les salles d'attente de façon à ce qu'elles soient attrayantes pour les hommes. Evitez les couleurs et les objets décoratifs considérés spécifiques aux femmes et aux bébés. Apposez des affiches qui montrent des hommes tenant un bébé dans les bras ou qui lui donnent à manger, ou bien coiffés d'un casque de cycliste ou de motocycliste.
- Exposez dans les salles d'attente et d'examen du matériel éducatif pour le client, fournissant des informations sur des questions importantes pour les hommes, tels que l'auto-examen des organes génitaux.
- Éduquez les soignants à reconnaître l'importance de travailler avec les hommes et les garçons. Offrez une occasion de déconstruire leurs croyances par rapport au propre genre et aidez-les à comprendre comment ces croyances affectent leur interaction professionnelle avec les hommes et les garçons.
- Annoncez de façon claire la disponibilité des services pour les garçons et les hommes au moyen d'affiches et de matériel promotionnel distribué dans la communauté.
- Tenez des préservatifs à disposition. Exhibez des avis "préservatifs disponibles" (à vendre ou distribués gratuitement) sur le comptoir ou dans d'autres locaux où les hommes peuvent les voir. Offrez plus d'une marque de préservatif, si possible. Cela renforcera l'idée que les services de santé prennent au sérieux les contraceptifs et la protection contre les maladies.
- Prévoyez des horaires de service flexibles, y compris les soirs et les week-ends, tenant en compte les horaires de travail ou scolaires des hommes et des garçons.

Violence basée sur le genre

Education: Ne soyez pas un simple spectateur, agissez²²

OBJECTIVES

1. Identifier les rôles que les hommes peuvent jouer comme spectateurs actifs pour enrayer la violence masculine;
2. Identifier les appuis qui aideront les hommes à assumer ces rôles en tant que spectateurs actifs.

PUBLIC

- Age: Jeunes ou adultes
- Sexe: Masculin; Alphabétisation: Moyenne
- Ressources: Moyennes

MATERIAL

- Papier de tableau à feuilles
- Marqueurs
- Copies en nombre suffisant du Document de Support 6: Que peuvent faire les hommes en tant que spectateurs actifs pour tous les participants

TIME

75 minutes

NOTES POUR L'ANIMATEUR

Faites attention aux réactions des participants à cette activité. Elle pourra provoquer chez certains d'entre eux des souvenirs d'expériences passées qu'ils ont vécu lorsqu'ils ont été objets de violence et que les spectateurs n'ont pas assez réagi pour arrêter cette violence. Dites aux participants qu'ils pourront se retirer de l'activité, s'ils le souhaitent, pour se préserver. Tenez-vous à leur disposition à la fin de la séance, au cas où l'un d'eux aurait besoin d'assistance.

Expliquez clairement que le but de cette activité n'est pas de culpabiliser quiconque qui n'aurait rien fait pour arrêter la violence dans le passé. Mais de regarder plutôt vers l'avenir et de chercher à discerner ce que nous pouvons faire pour aider à enrayer la violence dans nos communautés.

ETAPES

1. Introduisez l'idée de "spectateur actif"—Utilisez la définition du Document de Support 6 s'il est nécessaire. Demandez aux participants de donner des exemples de personnes qui assument le rôle de spectateurs actifs et posez les questions suivantes:

- Qu'ont fait ces spectateurs actifs ?

- Pourquoi était-il important qu'ils agissent?
2. Demandez au groupe pourquoi est-il tellement important que les hommes agissent plus particulièrement comme des spectateurs actifs pour essayer de faire cesser la violence.
 3. Faites un "brainstorming" avec le groupe sur ce que les hommes pourraient faire comme spectateurs actifs dans leurs communautés pour agir en vue de stopper la violence.
 4. Expliquez que l'une des difficultés de jouer le rôle de spectateurs actifs, est que ce geste peut être confondu avec l'idée sexiste que les hommes sont supposés protéger les femmes. Quels problèmes voyez-vous dans l'idée que les hommes sont supposés être les protecteurs des femmes?
 5. Réalisez un "brainstorming" avec le groupe sur les raisons principales que les hommes se donnent pour ne pas être des spectateurs plus actifs dans la tâche de faire cesser la violence des hommes
 6. Distribuez le Document de Support 6. Partagez les participants en petits groupes et attribuez à chaque groupe un scénario du Document de Support 6, pour qu'il prépare un bref jeu de rôle. Chaque jeu de rôle illustre une conversation entre un spectateur réticent et un ami que cherche à le persuader à devenir actif et à agir.
 7. Faites jouer les groupes et procédez ensuite à une récapitulation à l'aide des questions suivantes:
 - Qu'est-ce qui a réussi, et qu'est-ce qui ne l'a pas dans les jeux de rôle réalisés pour persuader la personne à devenir un spectateur actif?
 - Comment pouvons-nous persuader plus de personnes à devenir des spectateurs actifs?
 - Qu'est-ce qui empêche les hommes de devenir des spectateurs plus actifs?
 - Qu'est-ce qui serait nécessaire pour aider les hommes à devenir des spectateurs plus actifs?
 8. Demandez aux participants de retourner à leurs petits groupes et demandez qu'ils discutent l'un des scénarios pendant 15 minutes
 9. Réunissez de nouveau les groupes en un seul pour discuter les conclusions de leur discussion et pour répondre aux questions.
 10. Résumez les discussions en faisant ressortir le besoin, de la part des hommes, d'entreprendre des actions en tant que spectateurs actifs, énumérer les actions que les hommes peuvent prendre et les appuis dont ils auront besoin.

²² Taken from Engaging Men and Boys in Gender Transformation: The Group Education Manual, The ACQUIRE Project/EngenderHealth and Promundo, 2008

CLOTURE

La violence est un problème quotidien parce qu'une grande partie des personnes préfèrent ignorer ou nier son existence – tout particulièrement dans le cas de la violence à l'envers des femmes. Un Spectateur Actif est quelqu'un qui choisit de ne pas accepter cet état de choses, de ne pas laisser la violence se poursuivre et d'entreprendre des actions pour aider à enrayer celle-ci. La réduction du niveau de violence dans la société requiert une grande quantité d'hommes spectateurs actifs. Les hommes sont les plus grands fauteurs de violence et beaucoup d'entre eux seront probablement plus disposés à écouter d'autres hommes que des femmes. Ces deux constats sont essentiels pour qu'une plus grande quantité d'hommes s'impliquent en tant que spectateurs actifs et interviennent auprès d'autres hommes pour qu'ils cessent d'être violents. Il est important de mobiliser également les hommes ayant la possibilité de penser à eux-mêmes comme des spectateurs actifs pour en finir avec la violence: leaders de gouvernement, leaders du monde des affaires et décideurs. Agir comme spectateur actif n'est souvent pas facile, tout particulièrement pour les hommes qui agissent pour stopper la violence d'autres hommes. Il est important que les hommes pensent à la façon dont ils pourront s'appuyer les uns les autres dans leurs efforts pour devenir des Spectateurs plus Actifs.

Les normes sexistes de genre s'attendent à ce que les hommes soient les protecteurs des femmes. L'un des dangers de l'approche Spectateur Actif est de conduire les hommes à penser que leur rôle est de protéger les femmes. En fait le rôle de protecteur masculin ne fait que renforcer le sens d'impuissance des femmes, ce qui est justement l'objectif principal de la violence masculine. Un des principes-clé de l'approche spectateur actif est de renforcer, et non pas d'affaiblir le pouvoir de ceux qui sont objets de violence.

Handout 6*

Document de support No. 6:

CE QUE LES HOMMES PEUVENT FAIRE EN TANT QUE SPECTATEURS ACTIFS

Les spectateurs peuvent éviter ou interrompre des comportements violents et abusifs ou bien intervenir de différentes façons. La plupart de ces interventions entraînent peu de risques de confrontation physique, ou bien n'entraînent aucun risque. Étant donné que ces interventions ne sont pas toujours évidentes pour les personnes en général, il est souhaitable, pendant les ateliers, de présenter aux hommes susceptibles d'être des spectateurs actifs, le plus grand nombre possible d'options non violentes et non menaçantes.

Un élément clé de l'approche Spectateur actif est celui de faciliter la discussion d'options dont les spectateurs disposeront dans différents scénarios proches de la réalité.

Voici quelques exemples d'options non violentes qui pourront être choisies par ces spectateurs:

- Parler seul à seul avec un ami qui abuse physiquement ou verbalement de son partenaire, dans un endroit calme, au lieu de le faire publiquement ou juste après un incident d'abus.
- Parler avec un groupe d'amis de l'auteur de la violence et organiser un type de groupe d'intervention. (La force est dans le nombre.)
- Si vous avez été témoin d'un acte d'abus pratiqué par un ami ou un collègue envers son partenaire, parlez-en avec un groupe d'amis de la victime et organisez une réaction en groupe.
- Si vous êtes élève d'une école ou étudiant, rapprochez-vous d'un instituteur, d'un professeur, d'un travailleur social ou d'un professionnel de santé à qui vous pouvez faire confiance. Racontez-leur ce que vous avez vu et demandez-leur d'agir, ou bien prenez conseil auprès d'eux sur ce que vous devez faire.

EXEMPLE

Quelques raisons alléguées pour ne pas être un spectateur actif

- "C'est une affaire privée, cela ne me regarde pas"
- "Mes amis ne me prendraient jamais au sérieux si je parlais en faveur de la non-violence"
- "Je peux me blesser si j'interviens"
- "C'est le travail de la police"

SCENARIO I

IL FAUT QUE JEUNESSE SE PASSE

Vous marchez dans la rue et vous voyez une femme qui se fait harceler verbalement par un groupe d'ouvriers du bâtiment.

Questions pour la discussion en groupe

- Que pouvez-vous faire dans cette situation?
- Quelles en pourraient être les conséquences pour vous? Pour la femme? Pour les hommes?
- Que pourrait-on faire pour éviter cette situation?

SCENARIO II

DES RELATIONS DE BON VOISINAGE

Vos voisins sont un couple marié et vous les entendez souvent se disputer. Un soir vous êtes réveillé par des bruits venant de leur domicile: la voisine crie comme si on lui faisait mal et son mari lui crie dessus.

Questions pour la discussion en groupe

*Adapté de : Online Toolkit for Working with Men and Boys, Family Violence Prevention Fund, San Francisco, USA

- Que pouvez-vous faire dans cette situation?
- Quelles en pourraient être les conséquences pour vous? Pour la femme? Pour l'homme?
- Que pourrait-on faire pour éviter cette situation?

SCENARIO III

UNE FETE

Vous êtes dans une fête privée avec des amis. L'un d'entre eux passe son temps à raconter ses exploits sexuels avec les femmes. Vous avez déjà entendu dire par d'autres personnes qu'il ne respecte pas toujours les femmes. Vous remarquez qu'une de vos amies est complètement ivre et qu'elle se fait flagorner par le type. Vous les voyez quitter la fête et sortir.

Questions pour la discussion en groupe

- Que pouvez-vous faire dans cette situation?
- Quelles en pourraient être les conséquences pour vous? Pour la femme? Pour l'homme?
- Que pourrait-on faire pour éviter cette situation?

SCENARIO IV

DE L'AUTRE COTE DE LA RUE

Pendant que vous regardez la télévision chez un ami, vous entendez une voix de femme criant à l'aide. Vous courez tous les deux à l'extérieur et vous voyez une femme se faisant violer par un homme dans le parc de l'autre côté de la rue. Vous n'êtes pas sûrs s'il est armé.

Questions pour la discussion en groupe

- Que pouvez-vous faire dans cette situation?
- Quelles en pourraient être les conséquences pour vous ? Pour la femme? Pour l'homme?
- Que pourrait-on faire pour éviter cette situation?

Information de groupe: Qu'est-ce que la violence? ²⁴

OBJECTIFS

Identifier les différents types de violence qui peuvent éclater dans les relations intimes et au sein des communautés

DUREE

1 heure et 30 minutes

MATERIEL

- Tableau à feuilles
- Marqueurs
- Feuille de ressources: Étude de cas sur la violence et feuille de ressources 27: Qu'est-ce que la violence de genre?

FACILITATOR'S NOTES

Avant de commencer les séances sur la violence, il est important de d'obtenir des informations locales pertinentes sur celle-ci, y compris sur les lois en vigueur contre ceux qui emploient la violence et les aides sociales mises à la disposition de ceux qui la subissent. Il est également important d'être préparés à acheminer un participant à des services appropriés s'il révèle être l'objet de violences ou d'abus.

En tant qu'animateur, vous pouvez aider le groupe à engager une discussion:

- en expliquant qu'il ne s'agit pas d'un groupe de soutien, mais que vous pouvez rencontrer, par la suite, n'importe lequel des participants, pour parler des services de soutien que vous connaissez;
- en restant attentif aux réactions des participants, ainsi qu'à leur langage corporel, et en leur rappelant qu'il est important de prendre soin de soi-même – en gardant à l'esprit, par exemple, qu'il est important de faire une pause;
- en expliquant qu'il est normalement très difficile qu'un secret puisse être totalement gardé et que les participants qui souhaitent parler de leur propre expérience – sans que cela se sache en dehors du groupe, – peuvent choisir de parler sur la violence à laquelle sont exposées des "personnes comme eux"; et
- en contestant les participants qui essaient de nier ou de minimiser l'importance de la violence, notamment celle qui est commise contre les femmes et les enfants.

Les études de cas décrits dans la Feuille de ressources décrivent des types différents de violence dont: les violences physiques, sexuelles, et émotionnelles commises par des hommes contre des femmes dans le cadre de leur relation intime (études de cas n° 1, 2

et 3) : la violence physique entre hommes (étude de cas n° 4) et ; la violence institutionnelle ou au sein des communautés et la violence contre des personnes et des groupes de personnes (étude de cas n° 5. Si nécessaire, vous pouvez adapter cette étude de cas ou en créer de nouvelles pour vous pencher sur d'autres types de violence qui ont également lieu dans le domaine des relations intimes, de celui de la famille et/ou des communautés.

PROCEDURE

1^E PARTIE - QUELLE SIGNIFICATION PREND LA VIOLENCE POUR NOUS ? (30 MINUTES)

1. Demandez au groupe de s'asseoir en cercle et de réfléchir en silence pendant quelques minutes sur ce que la violence signifie pour eux.
2. Invitez chaque participant à exprimer ce que la violence signifie pour lui et la façon dont elle l'affecte. Écrivez les réponses sur le tableau à feuilles.
3. Discutez les points en commun et les points isolés des réponses fournies. Passez en revue les définitions de violence ci-dessous et faites en sorte que les participants comprennent qu'il n'existe pas de définition claire ou précise de la violence et que dans la deuxième partie de l'exercice vous allez leur lire une série d'études de cas pour les aider à penser sur les différentes significations et sur les différents types de violences qui peuvent être rencontrées.

La violence physique: l'emploi de force physique, comme frapper, gifler ou bousculer.

La violence émotionnelle/psychologique: c'est souvent la forme de violence la plus difficile à identifier. Elle peut se manifester par l'humiliation, la menace, l'insulte, la mise sous pression et des manifestations de jalousie ou de possessivité comme le contrôle des décisions ou des activités

La violence sexuelle: faire pression ou forcer quelqu'un, à pratiquer des actes sexuels (que ce soit un baiser ou du sexe) contre son gré ou faire des commentaires de nature intime pouvant humilier ou gêner cette personne.

PARTIE 2 – DISCUSSION SUR LES DIFFÉRENTS TYPES DE VIOLENCE (1 HEURE)

4. Lisez chaque étude de cas sur la violence et utilisez le bâton de parole pour organiser la discussion, tout en laissant la place aux questions après chaque étude de cas.

²⁴ Taken from Engaging Men and Boys in Gender Transformation: The Group Education Manual, The ACQUIRE Project/EngenderHealth and Promundo, 2008

5. Après la lecture de tous les cas, lancez une discussion sur les questions suivantes..

QUESTIONS A DISCUTER

- Quels types de violence sont le plus souvent présents dans les relations intimes entre hommes et femmes? Quel est le facteur qui déclenche cette violence? (Exemples: la violence physique, émotionnelle et/ou sexuelle des hommes contre leur petite amie ou leur femme, ou bien la violence des femmes envers leur copain ou leur mari.)
- Quelle est la forme de violence la plus fréquente dans les familles? Quel est le facteur qui déclenche cette violence? (Comme exemples, l'abus physique, émotionnel et/ou sexuel des parents envers les enfants ou autres types de violence entre membres d'une même famille.)
- Quelle est la forme de violence la plus fréquente en dehors du domaine des relations amoureuses ou de la famille? Quel est le facteur qui déclenche cette violence? (Comme exemples, la violence physique entre hommes ou entre des gangs, la violence en temps de guerre, le viol par un étranger, la violence émotionnelle ou la stigmatisation d'individus ou de groupes dans les communautés),
- Existe-t-il d'autres formes de violences liées au sexe d'une personne? Quelle est la forme de violence la plus fréquente pratiquée contre les femmes? (Voir Feuille de ressources 27 – Qu'est-ce qu'une violence par rapport au genre?) Et contre les hommes?
- Il n'y a que les hommes qui sont violents ou les femmes le sont aussi? Quelle est la forme de violence la plus fréquente pratiquée par des hommes contre les autres? Quelle est la forme de violence la plus fréquente pratiquée par des femmes contre les autres?
- Est-ce qu'une personne – un homme ou une femme – peut "mériter" d'être agressée ou de subir une forme quelconque de violence?
- Quelles sont les conséquences de la violence pour les personnes? Pour un couple? Au sein d'une communauté?
- Quelles sont les conséquences de la violence vis-à-vis du SIDA? Et de la transmission du SIDA? Et de l'utilisation du préservatif?
- Comment pouvez-vous agir avec d'autres jeunes hommes, pour stopper la violence dans votre communauté?

CLOTURE

Dans sa forme la plus simple, la violence peut être définie comme l'usage de la force (ou de la menace d'utilisation de la force) par une personne contre une autre. La violence est souvent employée comme un moyen de dominer les autres, d'exercer un pouvoir sur eux, et cela partout dans le monde. Cette situation se doit à la façon dont les personnes, notamment les hommes, ont appris à gérer leur colère et le conflit. Il est normalement accepté que la violence soit une partie "naturelle" ou "normale" du processus de devenir un homme. Mais, en fait, la violence est un comportement appris et, de cette sorte, on peut la désapprendre et l'éviter. Comme nous avons vu dans d'autres séances, les hommes sont souvent éduqués pour réprimer leurs émotions, et la colère est parfois une des rares formes socialement acceptables d'expression des sentiments masculins. En outre, les hommes sont éduqués de façon à croire qu'ils ont le "droit" d'attendre certaines choses d'une femme (l'accomplissement des tâches ménagères, par exemple, ou des rapports sexuels), mais aussi d'agresser physiquement ou verbalement une femme qui ne leur donnerait pas ce qu'ils veulent. Les hommes peuvent aussi recourir à la violence pour affirmer leurs points de vue ou leurs décisions. Ceci rend pratiquement impossible les échanges entre les partenaires sur l'usage du préservatif, sur le sexe et sur le SIDA. Il est important de constater jusqu'à quel point ces rôles de genre rigides sur la façon dont les hommes expriment leurs émotions et se communiquent avec les femmes sont nuisibles aussi bien pour les individus que pour leurs relations amoureuses. Dans votre quotidien il est fondamental que vous, en tant qu'homme, pensiez à ce que vous pouvez faire pour s'élever contre l'utilisation de la violence par d'autres hommes.

LIENS

Cette activité peut être aussi liée à une activité précédente: nommée "Exprimer mes émotions " et à une discussion sur la meilleure façon de maîtriser la colère.

Feuille de ressources: Étude de cas sur la violence et les ressources disponibles

Étude de cas n°1

Mtiti et Latifa sont mariés. La famille de Mtiti est invitée à dîner chez eux, mais il est très angoissé, car il aimerait que sa famille se plaise et qu'elle constate les qualités de cuisinière de sa femme. Cependant, le soir venu, lorsqu'il rentre à la maison, rien n'a été fait. Latifa ne se sent pas bien et n'a pas préparé le dîner. Mtiti est très contrarié, car il ne veut pas que sa famille pense qu'il n'est pas capable de contrôler sa femme. Le couple commence à se disputer et à crier. La dispute prend rapidement de l'ampleur et Mtiti agresse sa femme.

- A votre avis, Mtiti a agi correctement en agressant Latifa?
- Comment aurait dû réagir Latifa?
- Mtiti aurait pu réagir différemment devant ce problème?

Étude de cas n°2

Vous dansez avec un groupe d'amis dans une discothèque. À la sortie vous voyez qu'un homme et une femme, apparemment un couple d'amoureux, se disputent devant l'entrée. Il l'injurie (la traite de plusieurs noms) et lui demande pourquoi flirtait-elle avec un autre type. Elle répond: « Je ne l'ai même pas regardé ... et même si je l'avais fait, ne suis-je pas avec toi ? » Comme il continue de crier elle lui dit finalement: "Tu n'as pas le droit de me traiter comme ça.". Il rétorque alors qu'elle ne vaut rien et qu'il vaut mieux qu'elle sorte de son chemin - il ne supporte plus la voir. Et alors, il l'agresse et elle tombe. Elle crie qu'il n'a pas le droit d'agir de la sorte.

- Que devez-vous faire? Partir? Dire quelque chose? Pourquoi oui? Ou pourquoi non?
- Serait-il différent si vous voyez un homme frapper un autre homme?
- Que pouvez-vous faire dans ce genre de situation? Quels choix avez-vous?
- Quelle est votre part de responsabilité lorsqu'il s'agit d'empêcher d'autres personnes de faire usage de violence?

Étude de cas n°3

Michael est un garçon déjà plus âgé qui vient d'une famille aisée. Il rencontre Pili un jour sur le chemin de l'école et ils bavardent un peu. Ils se rencontrent de nouveau le lendemain et ainsi de suite jusqu'à ce que Michael dise à Pili qu'il l'apprécie beaucoup. Ils commencent à s'embrasser et Michael met sa main sous le chemisier de la jeune fille. Mais elle l'arrête et lui dit qu'elle ne veut pas aller plus loin. Michael est furieux, lance à la fille qu'il a perdu trop de temps avec elle, et dit : "Que vont dire mes amis ?" Il essaye de la faire changer d'avis, d'abord par la séduction et ensuite par des cris en montrant toute sa frustration devant son refus. Puis, sourd à ses protestations, il la force à s'étendre et à avoir des rapports sexuels avec lui pendant qu'elle continue à crier, "Non, arrête !"

- S'agit-il d'une forme de violence? Pourquoi oui? Ou pourquoi non?
- Qu'aurait dû faire Michael à votre avis?
- Qu'aurait dû faire Pili à votre avis?

Étude de cas n°4

Un groupe d'amis vont danser. L'un d'entre eux, John, remarque qu'un type dévisage sa copine. John se dirige vers le type, le bouscule et la bagarre commence.

- Pourquoi John a réagi de la sorte? A votre avis, était-il correct de d'agresser l'autre mec?
- De quelle autre façon aurait-il pu réagir?
- Qu'auraient dû faire ses amis?

Étude de cas n°5

Dans plusieurs communautés on évite les personnes qui vivent avec le virus du Sida. Ces personnes sont insultées et parfois leurs enfants ne sont pas autorisés à aller à l'école.

- S'agit-il d'une forme de violence?
- À votre avis, est ce que ce type de discrimination est offensant pour ceux qui vivent avec le VIH/SIDA?
- Que peut-il être fait pour que ce genre de choses cesse?

FEUILLE DE RESSOURCES:

Qu'est-ce que la violence basée sur le genre ?

Dans beaucoup de milieux, un nombre considérable de textes de loi et de politiques emploient les termes "violence familiale" ou "violence domestique" pour indiquer les actes de violence à l'encontre des femmes et des enfants par une personne appartenant à leur proche entourage, normalement un homme. Cependant, il existe une forte tendance dans le sens de l'utilisation du terme "violence basée sur le genre" ou "violence faite aux femmes" pour embrasser le large éventail des actes de violence subis par les femmes et pratiqués par leur partenaire intime, les membres de leurs famille et par d'autres individus en dehors de la famille. Ces termes ont le mérite d'attirer également l'attention sur le fait que les dynamiques de genre et les normes sont intimement reliées à l'emploi de la violence contre les femmes (Velseboer, 2003). Quoique la violence basée sur le genre peut s'appliquer aussi bien aux hommes qu'aux femmes, le FNUAP se concentre sur les femmes et les filles, car elles sont, de loin, les plus touchées par ce problème.

Ci-dessous la définition de violence de genre et de violence contre les femmes inspirée de la Déclaration de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'élimination de la Violence à l'égard des femmes, de 1994:

...tous actes causant ou pouvant causer un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques aux femmes, du fait d'être femme, et aux hommes, du fait d'être hommes, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

...s'entend comme englobant, sans y être limitée, les formes de violence énumérées ci-après:

a. La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille, y compris les coups, l'exploitation sexuelle, les sévices sexuels infligés aux enfants au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale, et la violence liée à l'exploitation;

b. La violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la collectivité en général y compris le viol, les sévices sexuels, le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et, ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée.

c. La violence physique, sexuelle et psychologique perpétrée ou tolérée par l'État et ses institutions, où qu'elle s'exerce.

Education:

Le jeu “Serpents et Échelle?”²⁵

OBJECTIF

Apprendre aux hommes qu'ils peuvent jouer un rôle important dans l'élimination de la violence à l'égard des femmes et les aider à comprendre mieux les violences auxquelles les femmes sont confrontées. Il permet aussi que les hommes commencent à réfléchir sur les mesures pouvant être entreprises pour éviter la violence envers les femmes.

DUREE

1 heure ou plus

OPTION I

Jouez ce jeu sur un échiquier d'une surface d'un mètre sur un, sur lequel 4 à 8 personnes peuvent jouer. 10 autres personnes pourront participer du jeu en tant que spectateurs.

OPTION II

Jouez sur un échiquier mesurant cinq mètres sur cinq. Les participants peuvent se tenir et marcher sur l'échiquier coiffés de casquettes de différentes couleurs pour qu'on puisse les identifier comme des pions sur l'échiquier. Essayez de trouver un dé proportionnel à la taille de l'échiquier. Si cette option est retenue, cinquante à soixante personnes (joueurs et spectateurs) pourront participer au jeu.

NOTE POUR LES ANIMATEURS

Ce jeu a été conçu dans le contexte de l'Asie du Sud et les formes de violence qu'il aborde peuvent ne pas être significatives dans d'autres cadres. Il a été d'abord adapté d'un jeu de société très connu, Serpents (chutes) et échelles, dans lequel les participants progressent en grim pant vers le haut de l'échiquier au moyen d'échelles ou vers le bas en glissant sur les chutes, les serpents dans le cas présent. Les serpents représentent les actions masculines qui peuvent entraîner de la violence à l'égard des femmes ou qui soutiennent la violence ou les inégalités de genre. Les échelles représentent ce que les hommes peuvent faire pour éviter la violence contre les femmes et pour appuyer l'égalité de genre. Le jeu peut être adapté à différentes réalités en impliquant des groupes de jeunes ou d'autres groupes dans la formulation de messages liés à la violence de genre et/ou le VIH (ou d'autres questions) et les intégrer dans le jeu.

PROCÉDURE

1. Les participants lancent le dé sur l'échiquier et retiennent leur numéro.
2. Ceux qui auront obtenu le numéro 6 commenceront à jouer. L'ordre des autres participants sera déterminé par le nombre obtenu en jetant le dé 3 fois.
3. Chaque joueur lance le dé à son tour. Les joueurs déplaceront les pions, ou se déplaceront eux-mêmes au cas où ils marchent sur l'échiquier, selon le numéro affiché par le dé.
4. S'ils tombent sur une case contenant une échelle ou un serpent, l'animateur demandera que les spectateurs lisent à haute voix les phrases écrites sur l'échiquier. Une discussion s'ensuivra, lancée par les questions suivantes:

QUESTIONS

- Qui a été discriminé ou préjudicié par ce comportement particulier?
- Qui a été affecté par ce comportement?
- Qui est le responsable de ce comportement?
- Ce comportement est-t-il courant dans votre région, votre zone ou votre communauté ? Should it be continued?
- Doit-il être maintenu?
- En cas négatif, qui en assumera la responsabilité?
- Pourquoi ce joueur doit reculer ou avancer?

Quand les spectateurs auront compris le problème et lorsqu'ils en seront convaincus, l'animateur permettra que le participant avance (échelle) ou recule (serpent), après l'approbation des spectateurs.

5. Le vainqueur est celui qu'arrive le premier à la dernière case de l'échiquier (case 100). L'animateur attendra jusqu'à ce que tous les participants atteignent cette case pour annoncer le premier le deuxième et le troisième placés.

L'animateur conclut le jeu en parlant de quelques développements individuels ou en donnant des encouragements par rapport à l'élimination de la violence à l'égard des femmes et des filles. L'animateur devra aussi aborder la question des systèmes patriarcaux et comment ceux-ci peuvent affecter les hommes et les garçons.

²⁵ This activity was created by MASVAW, a non-governmental organization from India - 'By Kriti Resource Centre, Uttar Pradesh, India' - NEED CORRECT REFERENCE

Education: La violence contre les femmes dans le quotidien²⁶

OBJECTIFS

1. Bien comprendre les différentes formes par lesquelles la vie des femmes (et des hommes) est limitée par la violence masculine et ou par les menaces de violence, notamment la violence sexuelle.
2. Identifier quelques actions en vue d'empêcher la violence envers les femmes.

MATERIEL

- Papier journal
- Marqueurs

DUREE

90 minutes

PROCEDURE

1. Tracez une ligne verticale au milieu d'un tableau à feuilles. D'un côté vous dessinerez un homme et de l'autre une femme. Expliquez aux participants qu'ils devront réfléchir en silence sur chacune des questions pendant quelques minutes. Précisez que vous leur laisserez beaucoup de temps pour échanger leurs points de vue dès que tous auront réfléchi en silence.

Poser les questions suivantes:

- Que faites-vous, quotidiennement, pour vous protéger de la violence sexuelle?
 - Que vous manque-t-il pour que vous soyez capable de vous protéger?
2. Demandez aux hommes du groupe d'énoncer leur réponse. Très probablement, aucun d'eux n'aura envisagé qu'il doit se protéger. Au cas où un homme le dirait, assurez-vous qu'il ne plaisante pas avant de noter sa réponse. N'écrivez rien avant que vous ne soyez convaincus que sa réponse est convaincante. Attirez l'attention du groupe sur le fait que la colonne est vide ou presque vide, car les hommes ne pensent normalement pas à prendre des mesures pour se protéger de la violence sexuelle.
 3. S'il y a des femmes dans le groupe, posez-leur la même question. S'il n'y a pas de femme présente, demandez aux hommes de penser à leurs femmes, leurs petites amies, leurs sœurs, leurs nièces et leurs mères et d'imaginer ce que ces femmes font pour se protéger de la violence sexuelle dans leur quotidien.
 4. Lorsque vous auriez noté TOUTES les façons au moyen desquelles les femmes restreignent leur vie pour se protéger de la violence sexuelle, divisez le groupe en paires et instruisez-les à poser l'un

à l'autre la question suivante (en précisant que chaque personne aura cinq minutes pour répondre:

- Qu'est-ce que je ressens lorsque je constate combien la vie des femmes est limitée parce qu'elles ont peur et parce qu'elles ont déjà été confrontées à la violence masculine?
5. Après 10 minutes, reconstituez le groupe et demandez à chaque participant de présenter sa réponse et de partager son sentiment. Laissez-leur beaucoup de temps pour cette discussion, car il est fréquent que les émotions jaillissent. Demandez alors aux paires de se joindre à deux autres paires (pour former des groupes de 6 personnes) et discuter les questions suivantes pendant 15 minutes (écrivez-les sur du papier journal):
- Que saviez-vous déjà en ce qui concerne l'impact de la violence masculine sur la vie des femmes?
 - Que ressentez-vous en constatant que vous ne saviez pas grand-chose auparavant sur cette question?
 - Pourquoi, à votre avis, n'étiez-vous pas capable de percevoir l'importance de l'impact de la violence masculine sur les vies des femmes?
 - Comment la violence masculine peut-elle affecter également la vie des hommes?
 - Que pourriez-vous faire pour changer cette situation et créer un monde où les femmes n'auront pas peur de la violence masculine?

Après 15 minutes, reconstituez encore une fois tous les petits groupes antérieurs et demandez un rapport sur les discussions. Reportez sur le Tableau des Actions les réponses données par les groupes à la dernière question. Résumez la discussion et assurez-vous que tous les points clés ont été abordés.

NOTES POUR L'ANIMATEUR

Cette activité est essentielle pour instaurer une compréhension claire sur la portée et sur l'impact de la violence à l'égard des femmes. Assurez-vous donc de prévoir assez de temps ! Cette activité porte de meilleurs fruits dans les ateliers constitués par des personnes des deux genres et où le pourcentage de femmes et d'hommes est raisonnablement équilibré. Elle peut, cependant être utilisée dans tout type d'atelier.

Si certains hommes sont sur la défensive, soyez attentif à leurs réactions. Précisez bien que vous n'accusez aucune personne présente d'avoir créé ce type d'atmosphère de peur. Rappelez au groupe que vous ne faites qu'essayer de leur montrer que la violence à l'égard des femmes est quelque chose de courant et qu'elle peut être dévastatrice.

²⁶ Taken from The One Man Can Manual developed by Sonke Gender Justice of South Africa. For more information visit the Sonke Gender Justice Website Health website: www.genderjustice.org.za

Cette activité peut déclencher de fortes réactions émotionnelles dont la colère, l'indignation, la gêne, la stupeur, la honte, ou bien mettre les personnes sur la défensive. A mesure que les participants commencent à montrer leurs sentiments, faites-leur savoir que leur réaction est normale et appropriée. Ils sont souvent choqués d'apprendre la portée et l'impact de la violence envers les femmes et peuvent se mettre en colère. Rappelez-leur que la colère peut être une force puissante de motivation pour provoquer des changements. Encouragez-les à trouver des façons de mettre à profit de façon utile leur colère et leur indignation pour empêcher la violence et pour promouvoir l'égalité de genre.

Sachez que quelques hommes peuvent s'imaginer que c'est à eux de protéger les femmes de la violence. Si quelques hommes du groupe expriment cette pensée, rappelez-leur qu'il est important que chacun travaille en vue de créer un monde moins violent. Les hommes et les femmes doivent travailler ensemble, comme alliés dans cet effort. Le danger de considérer que les hommes doivent protéger les femmes est en fait une façon de soustraire aux femmes la capacité de se protéger elles-mêmes.

POINTS CLES

La violence sexuelle et les menaces de violence sont des faits du quotidien des femmes.

La violence sexuelle à l'égard des femmes est un grave problème. Elle sévit dans le pays entier et affecte toutes les couches de la société. Ce genre de violence affecte négativement la vie des femmes de plusieurs façons.

Étant donné que les hommes n'ont pas à vivre cette menace de violence sexuelle dans leur quotidien, ils ne se rendent pas compte de ses effets dramatiques sur les femmes. Il est fréquent que les hommes ne se rendent vraiment pas compte à quel point la violence sexuelle en soi et la menace de violence sexuelle sont communes dans le quotidien des femmes.

La vie des hommes est également affectée par la violence sexuelle envers les femmes. En vérité, ce sont des sœurs, des mères, des filles, des cousines et des collègues des hommes qui sont visées par cette violence – Tous les jours, des femmes aimées par ces hommes subissent des actes de violence sexuelle. L'acceptation par la société de ce type de violence envers les femmes donne en fait aux hommes la permission de les discriminer et rend les hommes plus vulnérables en ce qui concerne leurs partenaires, leurs femmes et leurs amis.

Education: Entraîner les garçons à se transformer en hommes²⁷

Les entraîneurs sportifs jouent un rôle unique dans la vie des jeunes hommes, car exercent sur ces derniers une influence considérable, et agissent souvent comme un parent ou un mentor des garçons auprès desquels ils travaillent. Étant donné cette relation particulière, les entraîneurs sont bien placés pour influencer positivement la façon des jeunes hommes de penser et de se comporter aussi bien sur le terrain de sport, qu'hors de celui-ci. Lorsqu'ils s'adressent à l'équipe, mais aussi pendant l'entraînement ou une conversation informelle, les entraîneurs ont de nombreuses occasions de transmettre leur philosophie aux athlètes. Le programme est basé sur les moments ou les occasions d'enseignement, par exemple, lorsque les joueurs agissent de façon positive ou négative. Autant d'occasions pour que l'entraîneur intervienne, leur parle et souligne les comportements positifs. Ci-après un exemple d'un de ces moments.

LE MOMENT DE TRANSMETTRE UN ENSEIGNEMENT

LE FRANC-JEU

Votre équipe vient de remporter un match. Vos joueurs commémorent et sont un peu surexcités. Deux d'entre eux remarquent une fille sur la ligne de touche. Elle est habillée de façon révélatrice et les joueurs l'interpellent en riant et font des commentaires et de gestes obscènes.

LA DÉFENSE

Intervenez dès que ce comportement inapproprié commence et stoppez ce que vos joueurs considèrent peut-être comme un divertissement innocent.

OFFENCE

- Expliquez que se moquer des autres est un comportement indigne et que personne ne doit être humilié en fonction de ses vêtements ou de son apparence.
- Expliquez que la plupart des personnes réprouvent ce genre d'attitude et qu'elle n'impressionnera personne.
- Soulignez que, en tant que membres d'une équipe, ils connaissent l'importance de se respecter les uns les autres. Expliquez qu'il en va de même pour d'autres secteurs de la vie et qu'ils doivent toujours se rappeler que leurs actions peuvent affecter d'autres personnes.
- Enfin, faites-leur savoir que vous admirez les hommes qui n'ont pas besoin d'insulter les femmes pour attirer leur attention.

NOTES DE L'ENTRAÎNEUR

Les commentaires grossiers et suggestifs sont irrespectueux

²⁷ Taken from Coaching Boys into Men (CBIM) created by Family Violence Prevention Fund. It engages athletic coaches through the Coaches Leadership Programme to help shape the attitudes and behaviours of young male athletes. For more information go to: http://www.endabuse.org/content/action_centre/detail/806

Services:

Carte d'évaluation de la violence domestique ²⁸

Cette carte doit être utilisée par le personnel soignant pour les aider à détecter la violence domestique subie par leurs patients.

La violence domestique est un type de comportement agressif et coercitif qui inclue des attaques physiques, sexuelles et psychologiques de la part d'adultes et d'adolescents envers leurs partenaires intimes. Sans intervention, elle prendra normalement de l'ampleur en termes de fréquence, mais aussi de la gravité, et donnera souvent lieu à des blessures graves et à des visites répétées aux établissements de soin.

EVALUEZ TOUS LES PATIENTS POUR DECELER DES MANIFESTATIONS DE VIOLENCE DOMESTIQUE

1. Parlez seul à seul avec le patient dans un environnement sûr et privé
2. Posez des questions simples et directes telles que:
 - Étant donné que la violence est quelque chose de fréquent dans la vie d'un grand nombre de personnes, j'ai commencé à interroger de façon routinière tous mes patients à ce sujet.
 - Entretenez-vous une relation avec quelqu'un qui vous maltraite ou qui vous menace?
 - Est-ce que quelqu'un a provoqué ces blessures? Qui?

La meilleure façon de dépister la violence domestique est de poser directement des questions. Ceci englobe:

- Les blessures traumatiques ou agressions sexuelles;
- Les tentatives de suicide, overdose;
- Les symptômes physiques liés au stress;
- Les plaintes vagues;
- Les problèmes ou blessures pendant la grossesse;
- Le manque de cohérence entre l'histoire et les blessures;
- La lenteur dans la recherche de soins ou de la répétition des visites ;

DES INDICES COMPORTEMENTAUX

- Une personne évasive, qui hésite à parler devant le conjoint;
- Un conjoint excessivement protecteur ou qui exerce sur l'autre un contrôle excessif.

DES INDICES PHYSIQUES

- Des blessures physiques; des blessures inexplicables, multiples ou anciennes.
- Histoire ancienne de violence domestique, agressions sexuelles
- Historique d'abus envers un enfant
- Vous n'êtes pas seul;
- Vous n'êtes pas coupable;
- Vous pouvez être aidé;
- Vous ne méritez pas d'être traité de la sorte.
- Avez-vous peur de rentrer chez vous?
- Il y a-t-il eu des menaces de meurtre ou de suicide?
- Il y a-t-il des armes impliquées?
- Pouvez-vous vous faire héberger par des personnes de votre famille ou par des amis?
- Avez-vous besoin d'un centre d'hébergement?
- Souhaitez-vous que la police intervienne?
- Faites intervenir des travailleurs sociaux, s'il y en a;
- Fournissez une liste de centres d'hébergement, de ressources et de numéros d'urgence;
- Rapportez le cas en appelant un numéro d'urgence contre la violence domestique, s'il y en a;
- Fixez un rendez-vous de suivi.
- Reprenez les mots employés par le patient quand il fait référence aux lésions et aux abus;
- Documentez toutes les lésions de façon lisible; utilisez une carte du corps;
- Prenez des photos des blessures.

²⁸ This assessment card for health providers is adapted from The Family Violence Prevention Fund. For more information visit the Family Violence Prevention Fund website:

Playdoyer et Politique

Nouer des alliances

OBJECTIFS

1. Examiner les possibilités, les avantages et les défis de nouer de nouvelles alliances
2. Accroître l'efficacité et la portée des efforts pour sensibiliser les hommes à la prévention contre le VIH

DUREE

90 minutes

MATERIEL

- Tableau de feuilles et marqueurs
- Feuille de ressources 3: Gestion des partenaires /Alliances

PROCEDURES

1. Réflexions générales concernant l'établissement de nouveaux partenariats (20 à 25 minutes):

Les questions ci-après ont été conçues pour aider les groupes à réfléchir sur leurs attentes, ainsi que sur les bénéfices et les obstacles perçus dans ce partenariat. Il peut être intéressant que le groupe réfléchisse à des institutions ou à des individus avec lesquels il est particulièrement difficile de travailler, mais avec qui, cependant, ils souhaiteraient établir des partenariats.

Il est important de garder à l'esprit que ces questions ne sont qu'un premier pas d'un processus plus long. Elles ne devront se concentrer que sur les sentiments concernant d'éventuels nouveaux partenariats. Des discussions plus spécifiques sur les partenaires potentiels et sur les nouvelles étapes viendront plus tard. Après les questions liées à la discussion, réétudiez rapidement la Feuille de ressources - Gestion des partenaires/Alliances avec le groupe.

- Que pensez-vous de travailler en partenariat ou d'établir des alliances avec d'autres institutions?
- Quels en pourraient être les bénéfices? Quels en pourraient être les difficultés?
- Imaginez-vous en travail suivi avec des personnes que vous n'envisagiez pas auparavant comme des alliés.
- Que pensez-vous de travailler avec eux?
- Comment les autres organisations perçoivent la vôtre (ou ses parties constituantes)?

- Comment ces perceptions peuvent-elles agir comme des obstacles aux collaborations?
- 2. Histoires de réussite (10 minutes): Les questions ci-après invitent le groupe à réfléchir sur des exemples réussis de partenariats dans le passé et aux leçons qu'ils peuvent en retirer pour la construction de nouveaux partenariats.
- Comment avez-vous œuvré dans le passé à faire tomber les barrières faisant obstacle à l'établissement de nouvelles alliances pour impliquer les hommes et les garçons? Décrivez quelques actions réussies dans ce domaine.
- Quelles ressources, approches ou réussites précédentes ont pu vous ouvrir des possibilités d'élargir vos alliances? Que pouvez-vous offrir?
- Quelles leçons en tirez-vous?

3. Identifiez des partenaires potentiels (20 à 25 minutes): L'objectif de cette étape est de faire un brainstorming pour découvrir de nouveaux partenaires. Avant les séances, l'animateur doit tracer des tableaux avec des colonnes portant les titres ci-dessous sur plusieurs pages du tableau de feuilles et inviter les participants à faire un brainstorming sur chaque colonne. L'explication des titres peut aider à identifier ce qui peut convenir à chaque colonne. Le groupe doit garder en tête qu'il ne s'agit pas pour le moment d'évaluer ou de débattre les pour ou les contres des partenaires potentiels. Cela sera fait au stade suivant.

Titre des colonnes:

- Partenaires potentiels
- Avantages/raisons de travailler ensemble
- Barrières au travail conjoint
- Ressources et idées pour surmonter ces barrières
- Comment le travail avec ce partenaire s'adapte (ou ne s'adapte pas) à nos priorités et atouts

Partenaires potentiels:

Toute une gamme d'institutions et entités (comme par exemple, des organisations masculines, des clubs et associations masculines; des organisations féminines, des clubs et associations féminines; des institutions religieuses; des groupes communautaires; des entreprises; des syndicats et associations professionnelles, des associations professionnelles, des clubs de sport et autres associations de jeunes; des personnalités en vue, différents niveaux du gouvernement et organisations non gouvernementales).

Raisons pour travailler ensemble et les bénéfices qu'on peut en tirer:

Arguments en faveur d'un travail conjoint et les bénéfices qui découlent d'un partenariat avec une association ou un groupe en particulier. Vous pouvez, par exemple, souhaiter travailler avec une institution pour établir un contact avec une autre institution à laquelle la première est affiliée. Vous pouvez aussi souhaiter profiter de l'importance de l'institution dans une communauté; (du fait, par exemple, qu'elle la plus importante dans votre zone, ou la seule université, etc.).

Les barrières au travail conjoint:

Ce sont les obstacles potentiels à l'établissement de partenariats avec des entités spécifiques ou avec des groupes.

Ressources et idées pour surmonter les barrières :

Ressources et des idées concrètes pour surmonter ces barrières (contacts personnels, proximité physique).

4. Priorisation (15 à 30 minutes): L'animateur doit analyser le schéma développé au stade 3 et inviter le groupe à diviser en catégories les partenaires potentiels, selon les critères ci-dessous.

Liste A : Haut potentiel de partenariat. Les entreprises ou les institutions présentes dans cette liste sont très importantes, et l'on peut retirer plusieurs bénéfices d'un travail conjoint. Toutes les barrières sont franchissables et le partenariat pourrait convenir à votre mandat et à vos priorités.

Liste B: L'institution présente dans cette liste est dotée d'un certain potentiel, mais il n'est pas consistant pour certaines catégories ou, en ce qui concerne l'une des catégories, il peut apparaître comme risqué.

Liste C: Travailler avec ces institutions offre peu de bénéfices ou bien présente trop de barrières insurmontables.

5. Un plan d'action (25 à 60 minutes): Les questions ci-dessous sont destinées à aider le groupe à développer un plan d'action. Tout d'abord, le groupe doit se concentrer sur les institutions présentes dans la liste A. Ces mêmes questions peuvent être répétées par rapport à la liste B.

- Il y a-t-il des initiatives, des campagnes, des questions ou des événements particuliers dans la communauté au moyen desquels vous pourriez vous rapprocher de cette institution?
- Préférez-vous commencer par un seul groupe ou en approcher plusieurs? Dans ce dernier cas, préférez-vous prendre des initiatives séparément ou essayer de former une coalition? (Gardez en tête que votre institution devra rencontrer chaque groupe séparément.)
- Comment pouvez-vous sensibiliser quelques-uns de vos alliés et partenaires fidèles par rapport à cette initiative et quelles informations devez-vous partager avec eux sur ce que vous êtes en train de faire?
- Qui prendra la responsabilité de rédiger une proposition ou d'établir un premier contact?

FEUILLE DE RESSOURCES: Gestion des partenaires, des alliances

Nouer des alliances est la pierre angulaire d'un engagement efficace et durable avec la communauté. Les voix collectives des différentes organisations et parties prenantes peuvent aider à obtenir plus d'attention de la part du gouvernement, des médias et du public en général sur l'importance de travailler avec les hommes et de contribuer à un environnement favorable au changement des normes de genre qui augmentent la vulnérabilité au VIH.

Les alliances peuvent être locales, nationales, régionales et peuvent englober plusieurs institutions – des groupes de la société civile au gouvernement, en passant par les institutions religieuses et le secteur privé. Pour nouer des alliances il est tout d'abord nécessaire d'identifier les institutions dont l'inclusion est particulièrement

stratégique en ce qui concerne les initiatives de programmes, les efforts communautaires et de plaidoyer sur la question des hommes et de la prévention. En voici quelques exemples:

- Des institutions ayant accès à des hommes normalement difficiles à atteindre (comme les groupes de migrants ou de personnes en dehors du système scolaire);
- Des institutions pouvant offrir des services particulièrement attrayants pour les hommes, comme les associations sportives; et
- Des organisations qui ont accès à un grand nombre d'hommes et qui exercent une influence sur eux, comme les syndicats et organisations militaires.

29 Taken from Engaging Men at the Community Level, The ACQUIRE Project/EngenderHealth and Promundo, 2008

Evaluation et suivi des besoins

Exemple de questions pour un Groupe de Discussion (*Focus Group*) de jeunes hommes

Lieu:
Date:
Heure de début de la séance:
Heure de la fin de la séance:
Intervieweur (s):
Nombre de participants: Hommes

INTRODUCTION

1. PRESENTEZ L'ANIMATEUR OU LES ANIMATEURS.

2. EXPLIQUEZ L'OBJECTIF DU GROUPE DE DISCUSSION:

Par exemple: "Nous avons besoin d'aide pour comprendre les attitudes des hommes et des garçons par rapport aux questions de genre et de violence ..." "Nous poserons des questions et nous voulons que vous vous sentiez suffisamment à l'aise pour répondre honnêtement..." "Nous appartenons tous à une institution à but non lucratif qui travaille dans cette communauté et toutes vos réponses seront confidentielles. Nous ne divulguerons le nom d'aucuns d'entre vous. La participation à la discussion est absolument facultative et vous n'êtes pas obligés de répondre à toutes les questions si vous ne le souhaitez pas." Vous confirmez souhaiter participer des entretiens de groupe?

DISCUSSION

Vous trouverez ci-dessous un jeu de questions-types que vous pouvez utiliser pour la création d'un guide de groupes de discussion pour explorer les attitudes et les expériences des jeunes hommes par rapport à une série de sujets et dans un contexte donné. Selon l'objectif du groupe de discussion, vous pouvez mélanger des questions appartenant à différents thèmes. Plusieurs de ces questions peuvent être adaptées pour le travail auprès d'hommes plus âgés.

SUR LES ROLES DE GENRE ET LES NORMES

- Que signifie être un jeune homme dans votre communauté? Existe-t-il des attentes par rapport aux actions des jeunes hommes? Donne-t-on aux jeunes hommes des responsabilités?
- Pensez-vous qu'il est facile d'être un jeune homme? Expliquez, s'il vous plaît.

- Qui vous assure que votre modèle de rôle a représenté vraiment ce qu'est être un homme. Cette personne est-elle un modèle de rôle?
- Quand et comment un garçon devient un homme? Comment un jeune homme peut-il se faire respecter?
- Que signifie être un homme? Un père? Un mari?
- Que pensez-vous des mecs que vous connaissez à l'école ou, dans votre communauté. Comment vous comparez-vous avec eux (concernant leur façon de traiter les femmes ou prendre part à des actes de violence)?
- Que signifie être une jeune femme? Comment sont traitées les jeunes femmes dans votre communauté? À quels genres de problèmes sont-elles confrontées? Comment les gèrent-elles? Pensez-vous qu'il est facile d'être une jeune femme?

SUR LES BESOINS DES JEUNES HOMMES EN GENERAL

- Quels sont les plus problèmes les plus sérieux auxquels vous et les autres jeunes hommes sont confrontés dans votre communauté? Quelles seraient à votre avis, quelques solutions à ces problèmes. Existe-t-il des endroits où les jeunes hommes peuvent trouver de l'aide pour résoudre leurs problèmes?
- Etes-vous d'avis que les adultes et les personnes âgées comprennent les problèmes des jeunes hommes d'aujourd'hui? Est-ce que les jeunes hommes sont capables d'exprimer leurs points de vue et de les partager avec les adultes et les personnes âgées?
- Que peut-il être fait pour améliorer la compréhension et la coopération entre jeunes hommes et adultes /personnes âgées?

ÉCOLE/INSTRUCTION

- Comment décririez-vous votre école? Les écoles d'aujourd'hui répondent-elles aux besoins des jeunes? Les jeunes hommes sont traités de façon différente des jeunes femmes dans votre école? De quelle façon?
- Qu'il y a-t-il de bon dans votre école? Qu'est-ce qui devrait être amélioré? Comment amélioreriez-vous votre école?
- Votre école vous prépare-t-elle pour le monde du travail? Comment?

LES NORMES SEXUELLES ET LES ATTITUDES EN RAPPORT AVEC ELLES

- Que signifie le sexe pour les jeunes hommes ?
- À quel âge environ les jeunes hommes entretiennent leurs premiers rapports sexuels ?
- Les jeunes hommes ont-ils en général plusieurs partenaires sexuels? À titre d'exemple, combien de partenaires différents les jeunes hommes ont en moyenne en un mois?
- Est-il acceptable pour une jeune femme d'avoir autant de partenaires qu'un jeune homme? Pourquoi? Ou pourquoi pas?
- Est-il acceptable pour un jeune homme d'avoir des rapports sexuels avant le mariage? Est-il acceptable pour une jeune femme d'avoir des rapports sexuels avant le mariage?
- Que veut dire pour un jeune homme avoir une partenaire stable? Que veut dire pour un jeune homme avoir une partenaire occasionnel? Les jeunes hommes préfèrent avoir des partenaires stables ou occasionnels? Pourquoi?
- Y a-t-il des jeunes-hommes dans la communauté qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes? Si oui, sont-ils traités de façon différente par d'autres jeunes-hommes ou adultes? Si non, croyez que c'est ok pour des jeunes hommes d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes?
- Il est-il acceptable pour jeune homme de refuser toujours le sexe? Si oui, dans quelles situations? Si non, pourquoi pas?
- Que penseriez-vous d'une jeune femme qui sort ou qui a des rapports sexuels avec des hommes plus âgés qu'elles (papas gâteau) en échange de cadeaux, d'argent, etc.? Les jeunes hommes sont-ils aussi impliqués dans ce genre de rapport avec des femmes ou des hommes plus âgés?
- Avez-vous déjà entendu parler des méthodes pour éviter la grossesse? À qui revient la responsabilité de l'utilisation de ces méthodes? Les jeunes les utilisent-ils?
- Considériez-vous acceptable qu'un homme force une femme à avoir des rapports sexuels avec lui? Si oui, dans quelles situations?

LES ATTITUDES ET LES CONNAISSANCES AUTOUR DU VIH/SIDA

- Les jeunes hommes connaissent-ils les IST et le VIH/SIDA? Les jeunes hommes savent-ils comment les prévenir? Où les jeunes hommes vont-ils chercher les informations sur MST et le VIH? Savez-vous où vous pouvez passer un test de dépistage du VIH? A quel endroit?

- Croyez-vous que les jeunes hommes dans votre communauté se font des soucis par rapport aux MST ou au VIH? Pourquoi ou pourquoi pas?
- Les jeunes hommes s'engagent dans des attitudes à risque par rapport au VIH ? Si oui, quel genre d'attitude? Comment à votre avis les programmes et les gouvernements peuvent-ils encourager les jeunes hommes à pratiquer du sexe à moindre risque?
- Les jeunes hommes utilisent des préservatifs? Si oui, comment les obtiennent-ils ? Si non, pourquoi ne l'utilisent-ils pas?
- Lors des relations sexuelles, qui décide normalement si le couple utilisera un préservatif?
- Connaissez-vous un adolescent ou un jeune ayant contracté VIH ou qui est décédé du SIDA? Ces personnes étaient traitées différemment par leur famille, leurs amis, leurs professeurs, etc.? Où peuvent-ils aller chercher de l'appui pour leurs problèmes?

VIOLENCE AND CONFLICT (GENERAL)

- La violence est un problème dans votre communauté? Quel genre de violence?
- Qui provoque la violence dans votre communauté? Les jeunes gens sont impliqués dans cette violence? Pourquoi, à votre avis, ces personnes/groupes provoquent-ils cette violence? Certaines personnes ou certains groupes sont la cible de cette violence? Il y a-t-il des jeunes hommes victimes de violence dans votre communauté?
- Vous sentez-vous en sécurité dans votre communauté? Si oui, qu'est-ce que vous fait sentir en sécurité? Si non, qu'est-ce que vous fait sentir en danger?
- Avez-vous déjà été agressé dans votre école ou dans votre voisinage? (Avez-vous déjà été volé, ou victime d'un autre type de violence? Racontez. Avez-vous déjà été victime de la violence policière, ou de groupes rivaux?)
- En général, comment réagit la police à la violence des jeunes hommes?
- Il y a-t-il des jeunes hommes comme vous qui s'engagent dans des bagarres? Au sujet de quoi? Avec quelle fréquence?
- Des jeunes hommes que vous connaissez ont-ils déjà participé à des émeutes ou à des attaques contre d'autres personnes?
- Et quant aux gangs? (Vérifiez s'il y a un équivalent local des gangs) Existence-ils dans votre voisinage? Vous ont-ils déjà approché? Comment avez-vous réagi? (Avez-vous des amis, des frères et sœurs ou des membres de votre famille qui appartiennent à des gangs?)
- Il y a-t-il des jeunes hommes dans votre communauté qui portent des armes? Si oui, de quel genre et pourquoi? Un grand nombre de jeunes hommes portent des armes?

- Certains jeunes hommes dans votre communauté s'engagent dans des activités criminelles? Si oui, dans quels types d'activités et quelles en sont les conséquences? Offrez-nous quelques stratégies pour éviter la violence et le crime entre les jeunes hommes?

VIOLENCE FAITE AUX FEMMES

- Est-ce correct pour un jeune homme d'agresser une femme? Dans quelles situations? De quelle façon?
- Avez-vous vu ce type de violence dans votre communauté? Dans quelle situation?
- Avez-vous déjà été tellement en colère contre une petite amie que vous avez songé à la frapper? (Que s'est-il passé?)
- Que feriez-vous si vous voyiez un homme employer de la violence contre une femme?

PARTICIPATION ET ASPIRATIONS DE LA COMMUNAUTE

- Considérez-vous que les jeunes ont suffisamment d'opportunités de participation dans les prises de décision au sein de la commune? Si oui, de quelle façon participent-ils? Si non, comment peuvent-ils se faire écouter dans la communauté?
- Qu'espérez-vous de l'avenir? Comment vous voyez-vous dans cinq ans? Que ferez-vous et de quelle aide avez-vous besoin pour atteindre vos objectifs?

Les neuf stades du contrôle et de l'évaluation

Le tableau des "neuf stades" pour la conception et l'exécution du contrôle et de l'évaluation, par le "Développement des communautés" (Banque mondiale), en partenariat avec les "Affaires pour la responsabilité sociale" (Business for Social Responsibility):

1. MODELE LOGIQUE ET INDICATEURS

Après avoir achevé le modèle logique de planification et gestion, il est nécessaire de créer des indicateurs associés en consultation avec les parties prenantes, pour contrôler l'accomplissement de chaque stade du projet, depuis les apports et les activités, jusqu'aux réalisations et aux résultats. Les indicateurs doivent être spécifiques, mesurables, réalisables, pertinents et opportuns (Specific, Measurable, Achievable, Relevant and Timely (SMART), en anglais).

2. VALIDER LES INDICATEURS AUPRES DES PARTIES PRENANTES

La conception des indicateurs est une occasion très importante pour faire participer la communauté. Lorsqu'ils peuvent contribuer aux indicateurs, les membres de la communauté prennent non seulement

connaissance de ces indicateurs, mais, ce qui est encore plus important, ils peuvent contribuer à la conception du projet et à la définition de l'objectif de celui-ci. Ce processus de vérification des indicateurs aide à construire un sentiment d'appartenance et de transparence.

3. REALISER UNE EVALUATION DE REFERENCE

L'évaluation des conditions actuelles est nécessaire pour créer une référence de base qui servira d'étalon pour la mesure du progrès dans le temps. On ne pourra mesurer de façon efficace, par exemple, l'augmentation des inscriptions scolaires dans le temps que si l'on possède des informations sur les niveaux d'inscription au début du projet.

4. ÉTABLISSEZ DES CIBLES ET UNE ECHELLE

Après avoir conclu la liste des indicateurs qui vont être mesurés pour contrôler le progrès, il est nécessaire de fixer des cibles pour chaque indicateur. Les cibles sont les objectifs que vous souhaitez atteindre à un certain moment.

5. CONTROLEZ LES CONTRIBUTIONS, LES RESULTATS ET LES REALISATIONS

Le cycle de collecte de données spécifiques dépendra du calendrier d'objectifs prévu, même si une collecte de données périodique, comme s'il s'agissait d'un rapport trimestriel d'une l'entreprise, est une bonne façon d'intégrer le développement de la communauté aux processus utilisés par le monde des affaires. L'idéal est que la collecte de données soit participative. Lorsque l'on implique la communauté dans ce contrôle, les habitants concernés peuvent se tenir au courant des progrès et faire des suggestions pour des corrections immédiates, et les partenaires du projet peuvent bénéficier du soutien accru et du ralliement qui résulte de cette transparence.

6. CONSULTEZ LES PARTIES PRENANTES POUR CE QUI CONCERNE LE CONTROLE DES RESULTATS

Quand on présente un rapport sur les données de performance récoltées pendant le contrôle, une entreprise peut satisfaire les attentes de transparence de la communauté et continuer de dialoguer sur la conception, la gestion et les résultats du projet. Les informations obtenues doivent être annoncées de façon "culturellement appropriée", accessible à toutes les personnes concernées, externes à la gestion (dans la langue locale et peut-être sur les ondes de la radio, ou à l'occasion de réunions de la communauté, au lieu d'être présentées exclusivement par écrit, etc.).

7. AJUSTEZ VOTRE PROJET

Le fait d'engager les personnes impliquées dans la collecte de données et l'élaboration du rapport aidera les gestionnaires du projet à obtenir des informations sur la façon dont ceux-ci devront être ajustés pour mieux garantir que les objectifs

seront atteints de façon consistante. Dès l'annonce des informations, il est nécessaire de procéder aux ajustements nécessaires en vue d'en améliorer la performance. Il s'agit d'un cycle interactif qui devra être répété tout le long de la vie du projet.

8. ÉVALUEZ LES IMPACTS DU PROJET

L'évaluation du projet se fait après sa conclusion. C'est une analyse qui aide à expliquer pourquoi le projet a produit ou n'a pas produit certains résultats. Contrairement au contrôle, il ne vise pas la gestion en cours, mais les résultats finals. Les évaluations peuvent prendre la forme d'enquêtes de large échelle réalisées par un groupe externe faisant preuve d'expérience dans le domaine de la statistique et des sciences sociales, comme, par exemple, une université. Cela peut aussi prendre la forme d'une rapide estimation à petite échelle qui utilisera des méthodes de participation, comme des entretiens de groupe et des informateurs clés, ainsi que les données disponibles comme des études de cas. L'évaluation peut non seulement aider à découvrir si les coûts du projet sont justifiés, mais aussi à informer sur les décisions concernant la conception et la gestion des projets pour d'avenir et servir de mécanisme de responsabilisation.

9. RAPPORT ET ENGAGEMENT DES PARTIES PRENANTES

Le stade final d'un M&E est de partager amplement avec les parties prenantes, les communautés et le public, les informations sur les impacts du projet, par de multiples canaux. Le rapport ne doit pas être considéré comme une fin en soi, mais plutôt comme une invitation au dialogue avec les parties prenantes extérieures à la gestion du projet. L'entreprise peut utiliser le M&E pour informer le public sur le progrès et l'apprentissage, mais aussi pour demander et accueillir des réactions sur les efforts plus accrus de développement réalisés par l'entreprise dans la communauté.